

# A Medicina Interna e a Pandemia COVID-19 em Portugal

## *Internal Medicine and the COVID-19 Pandemic in Portugal*

Maria da Luz Brazão<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-2584-1573>), Sofia Nóbrega<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-3433-3105>)

**Palavras-chave:** Coronavírus; Pandemia

**Keywords:** *Coronavirus; Pandemics*

As pandemias, ao envolverem fatores económicos, sociais e de saúde, constituem uma séria ameaça à saúde pública e um desafio global, exigindo à população mundial o cumprimento de recomendações/normas, que são dinâmicas e evolutivas, no sentido de minimizar o risco de infeção e a propagação do vírus. Em cada país, é de vital importância a sintonia na ação entre políticos, gestores e as chefias de saúde, no sentido da elaboração de um plano estratégico robusto com o objectivo de uma adequada prestação de cuidados aos utentes.<sup>1</sup>

A pandemia por COVID-19 motivou a tomada de medidas urgentes que mudaram de forma dramática o nosso quotidiano. Nos EUA assiste-se ao conflito entre a necessidade de intervenções urgentes mais restritivas pelo crescente número de casos e de mortes, e a resistência por parte da população devido à interferência das mesmas na liberdade civil.<sup>2</sup> A experiência noutros países como Espanha e Itália, mostra que as medidas de confinamento como o isolamento social, tiveram um efeito benéfico, com redução do número de casos diários, mortes e de internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos.<sup>3</sup>

Apesar de serem imperativas as medidas de confinamento, não podemos esquecer que a redução das mesmas, tem de ser feita de forma gradual e faseada, colocando-se aqui a necessidade da realização de testes em massa e avaliação da imunidade da população aquando do regresso à vida ativa. Apesar de necessária, esta abordagem acarreta um número de testes e de equipamentos de protecção individual (EPI) que ultrapassa a capacidade de alguns países, além de haver sempre o risco de infeção pela presença de falsos negativos ou de aquisição de infeção a *posteriori*.<sup>2</sup>

A doença COVID-19 fez com que os sistemas de saúde se vissem confrontados com um ambiente volátil, incerto (*uncertainty*), complexo e ambíguo, já descrito pelo exército americano com o acrónimo VUCA. Este ambiente criou desafios na

forma de agir, organizar, reestruturar e garantir a segurança em tempos de crise. É fundamental a colaboração de todos e um trabalho de coordenação diário.

Há autores que defendem o suporte em 5 pilares fundamentais<sup>4</sup>:

- Colocar as pessoas em primeiro lugar, assegurando o bem-estar físico e emocional dos profissionais de saúde, que também têm medos e frustrações;
- Criar soluções criativas, tão necessárias numa altura em que o panorama geral vai mudando diariamente e há que saber dar resposta aos problemas que vão surgindo, desde a falta de equipamento, ao número crescente de doentes COVID-19 positivos e que passa pela otimização dos circuitos com triagem por telemedicina, e realização de rastreios *drive-through*;
- Apostar no trabalho em equipa e na comunicação, fundamentais em tempo de crise em que se torna imperativo a rotação de papéis, o alocar de recursos onde eles são necessários e pela necessidade de criar um ambiente de partilha, entreajuda, de aprendizagem e de adaptação constante;
- Criar parcerias, porque nenhuma organização consegue de forma isolada lidar com uma pandemia e com todas as suas implicações em termos sociais, demográficos e económicos e é preciso uma resposta conjunta para tentar manter algum equilíbrio;
- Adotar uma liderança clara e humilde, pois nas alturas de crise é necessário um líder que defina objetivos, dê orientação e confiança, através de mensagens e ações precisas, transparentes e atempadas.<sup>4</sup>

Mas a pandemia que enfrentamos, levantou-nos outros desafios nunca antes experimentados, confrontando-nos com a necessidade de planeamento proactivo na abordagem de doentes frágeis, com comorbilidades e com a inevitabilidade de lidar com os problemas na comunicação. É o caso de doentes em fim de vida ou com evolução clínica desfavorável, num panorama em que as visitas e os contactos são restritos.<sup>5</sup> Outra questão é a sensação de perda da conexão médico-doente, a sensação de impotência perante os medos dos doentes, de colegas e das nossas próprias incertezas e dos receios com a nossa própria segurança.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Assistente Hospitalar Graduada em Medicina Interna, Serviço de Medicina Interna, Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal  
<sup>2</sup>Assistente Hospitalar em Medicina Interna, Serviço de Medicina Interna, Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

<https://revista.spmi.pt> – DOI: 10.24950/rspmi/COVID19/M.L.Brazao/HCF/S/2020

É importante discutir estes aspetos em equipa e tentar sempre que possível que as decisões sejam partilhadas. A informação, a comunicação e a empatia são fundamentais. O desafio é encontrarmos humanidade e bondade no meio deste período de trauma e sofrimento.

Em toda esta temática, a Medicina Interna e os Internistas são de fulcral importância na gestão e abordagem desta pandemia em Portugal. Pela sua transversalidade, multidisciplinaridade e capacidade de liderança, os Internistas são os especialistas ideais para dar resposta adequada nas crises.

### INTEGRANDO OS GABINETES DE CRISE.

Em cada hospital na linha de comando e em sintonia com o Conselho de Administração deve estar um Internista com capacidade de liderança, conhecimento clínico e técnico, conhecimento profundo da instituição, capacidade de diálogo com as diferentes áreas do hospital e disponibilidade a 100%. Este líder centraliza toda a informação da evolução da situação clínica/logística, estabelece comunicação e contacto permanente com os coordenadores das várias áreas assistenciais de gestão da COVID-19, realiza *briefings* diários com todos os coordenadores que estão na linha da frente assistencial, incorporando o seu *feedback* na revisão e atualização do plano de resposta.

### NA REORGANIZAÇÃO HOSPITALAR NOMEADAMENTE:

Na construção/delineação de circuitos e fluxos de doentes. Este tem sido um dos maiores desafios nesta pandemia pois, adaptar hospitais que distam mais de 50 anos da sua construção, alguns de polo único e sem obras de reparação, não é tarefa fácil.

#### O objetivo é:

- Assegurar a separação dos circuitos e fluxos da urgência geral “tradicional”, criar uma pré triagem para doentes respiratórios e não respiratórios e aplicar protocolos de triagem por gravidade de doentes na urgência COVID-19.
- Criar espaços independentes tipo “tendas” dedicadas aos rastreios de sintomas pouco graves (verdes e azuis respiratórios).
- Criar áreas específicas para todos os doentes com sintomas respiratórios à parte dos restantes e de entre estes, distinguir aqueles com critérios de doente suspeito de COVID-19 dos restantes com queixas respiratórias.
- Criar uma área tampão entre o Serviço de Urgência (SU) e o internamento onde ficam os doentes com critérios de internamento, mas ainda à espera do resultado do teste SARS-CoV-2 (demoram cerca de 4-5 horas).
- Assegurar que os circuitos até ao internamento

convencional e dedicado à COVID-19, estão completamente separados.

Na elaboração de protocolos que se pretendem dinâmicos e adaptados às evidências que vão surgindo em ensaios clínicos, de abordagem clínica, critérios de internamento e alta e terapêuticos.

### NA ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DA URGÊNCIA E DO INTERNAMENTO.

A pandemia veio modificar a gestão do SU e do internamento como um todo. De facto, este processo deve ser entendido como dinâmico, evolutivo com adaptação imediata ao aumento da procura, antecipando a cada dia a necessidade de alargar espaços, aumentar número de camas, recrutar mais profissionais, aumentar os *stocks*, etc.

### OS INTERNISTAS INTEGRAM E CHEFIAM AS EQUIPAS DE URGÊNCIA EXTERNA E INTERNA.

Todas as características de uma boa liderança em urgência devem ser cumpridas na íntegra quer nas equipas COVID quer nas não COVID (tradicionalis):

- A segurança dos profissionais deve ser uma prioridade. Todos devem cumprir integralmente as recomendações da Direção Geral de Saúde (DGS) no que concerne aos EPI.
- Adaptar os horários à carga de trabalho, garantindo os períodos de descanso, antecipando a necessidade de recrutar mais profissionais no sentido de evitar stress desnecessário, desgaste físico e emocional na equipa.
- Motivar, dar *feedback*, manter uma boa comunicação, distribuindo tarefas, transmitindo a todos o que se espera de cada um e partilhando com a equipa as mudanças necessárias.

Mas os Internistas também integram as equipas de internamento COVID e não COVID, as equipas de Unidades de Cuidados Intermédios médicos e alguns são chamados a integrar as equipas de Unidades de Cuidados intensivos (de salientar a importância da formação transversal do Internista que tem no seu curriculum formação em Medicina Intensiva, o que tem sido uma mais valia nesta pandemia e não se verifica na nossa vizinha Espanha nem em Itália).

Na gestão de todos os outros doentes “não COVID” através da manutenção de consultas não presenciais (teleconsulta) e da atividade de hospital de dia no sentido de gerir a doença e evitar as descompensações.

Em tempos incertos como este, em que a interpretação da informação disponível e as mudanças nas mensagens de saúde pública são uma constante, muitas populações vulneráveis podem ser ainda mais marginalizadas pela comunicação inadequada em saúde, o que acaba por levar a mais

confusão e inação pública, acarretando riscos substanciais para si e toda a comunidade.<sup>1</sup>

Um desafio que se tem colocado aos Internistas nesta pandemia é o resultado do medo que se instalou na população, especialmente nos doentes idosos com comorbidades e doenças crónicas em recorrerem ao hospital, acabando por fazê-lo apenas em fases já muito avançadas e descompensadas da sua doença. É importante investir na literacia em saúde e urgente fazer sentir a estes doentes que podem recorrer ao SU com segurança.<sup>1</sup>

A este propósito, um estudo americano concluiu também que muitos adultos com comorbidades não tinham o conhecimento necessário sobre a COVID-19 e, apesar de preocupados, não estavam mudando rotinas ou planos. As disparidades observadas sugerem que podem ser necessários maiores esforços de saúde pública para mobilizar as comunidades mais vulneráveis.<sup>1</sup>

Nesta pandemia tem ficado claro que para darem resposta a todas estas tarefas/solicitações o número de Internistas em Portugal está muito aquém do número ideal. Assiste-se por vezes a alguma surpresa por parte das Administrações Hospitalares relativamente a este facto.

Terminamos, salientando dois pontos necessários para o sucesso da abordagem a esta pandemia:

- A colaboração de todos é fundamental. Precisamos estar juntos e funcionar em equipa, pelo que é importante a participação das outras especialidades que não apenas a Medicina Interna, Infeciologia e Pneumologia no apoio ao internamento, integrando equipas de urgência interna e externa e dando resposta mais rápida aos exames complementares de diagnóstico e terapêutica, permitindo assim maior rotação de doentes. É urgente agilizar a burocracia dos processos.
- Na pandemia por COVID-19, a comunicação adequada e a tomada de decisão são um desafio contínuo, uma vez que a informação é dinâmica. Torna-se importante gerir toda a avalanche de informação que surge num curto espaço de tempo, alguma dela de origem duvidosa e sem evidência. É necessário centralizar e validar toda esta informação e depois transmiti-la a quem está na linha da frente.<sup>7</sup> Para este papel podem ser chamados a colaborar os médicos que estão de quarentena, em isolamento obrigatório, a gozar licença de maternidade e paternidade, o que seria uma mais-valia para todos nós. ■

## Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proveniência e Revisão por Pares: Comissionado; sem revisão externa por pares.

## Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Commissioned; without externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) 2019. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) 2019. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Correspondence/Correspondência: : Maria da Luz Brazão - mlbrazao@hotmail.com

Serviço de Medicina Interna, Hospital Central do Funchal, Av. Luís de Camões 6180, 9000-177 Funchal

Received/Recebido: 20/04/2020

Accepted/Aceite: 23/04/2020

Publicado / Published: 4 de Maio de 2020

## REFERÊNCIAS

1. Wolf MS, Serper M, Opsasnick L, O'Conor RM, Curtis LM, Benavente JY, et al. Awareness, Attitudes, and Actions Related to COVID-19 Among Adults With Chronic Conditions at the Onset of the U.S. Outbreak: A Cross-sectional Survey. *Ann Intern Med.* 2020 (in press). doi: 10.7326/M20-1239.
2. Studdert DM, Hall MA. Disease Control, civil liberties, and mass testing – calibrating restrictions during the COVID-19 pandemic. *N Engl J Med.* 2020 (in press). doi: 10.1056/NEJMp2007637.
3. Tobías A. Evaluation of the lockdowns for the SARS-CoV-2 epidemic in Italy and Spain after one month follow up. *Sci Total Environ.* 2020;725:138539. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.138539.
4. Nembhard IM, Burns LR, Shortell SM. Responding to Covid-19: Lessons from Management Research. *N Engl J Med.* 2020 (in press).
5. Back A, Tulsy JA, Arnold RM. Communication Skills in the Age of COVID-19. *Ann Intern Med.* 2020 (in press). doi: 10.7326/M20-1376.
6. Cunningham C. COVID-19: The Worst Days of Our Careers. *Ann Intern Med.* 2020 (in press). doi: 10.7326/M20-1715.
7. Loannidis J. Coronavirus disease 2019: The harms of exaggerated information and no-evidence-based measures. *Eur J Clin Invest.* 2020;50:e13222. doi: 10.1111/eci.13222.