

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

EDITORIAL

Ana Escoval – Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0269-4742>

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Ana Escoval – Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. anaescoval@ensp.unl.pt

DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(2\).521.156-158](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(2).521.156-158)

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2021 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2021 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 7 N.º 2 AGOSTO 2021

Falar sobre o hospital e contribuir para um debate profícuo e atual, não se pode deixar de refletir o contexto pandêmico atual, o modelo de financiamento da saúde e o seu papel no sistema de saúde com ênfase em mais anos saudáveis para os cidadãos seniores e maior esforço de suporte aos cuidados de longa duração.

O fenómeno adverso da natureza do surto epidémico da COVID-19 foi sendo apercebido na progressão de acontecimento local, na cidade de Wuhan (China), para processo global em todos os continentes, passando pela descoberta do agente causal, um novo corona vírus, denominado SARS-CoV-2 em fevereiro de 2020 e, pelas declarações da Organização Mundial da Saúde (OMS) de emergência de saúde pública em 20 de janeiro e de pandemia em 11 de março.

A respostas de contenção, limitação da transmissão e de confinamento foram sendo adotadas de acordo com a progressão, no caso europeu, a partir predominantemente de Itália, por parte das autoridade de saúde nacionais, com a prévia preparação possível e opções diversas de abordagem, para ser alcançado o mesmo resultado, que cada sistema de saúde, particularmente as suas redes hospitalares, tivessem suficiência de recursos para tratar todos os casos severos de síndrome respiratório agudo que surgissem no relevo epidémico⁽¹⁾.

Com a atividade epidémica a chegar aos hospitais e estes a delinear a resposta à cada vez maior afluência de casos com sintomas respiratórios de COVID-19 para diagnóstico, tratamento e de reabilitação, esta nos casos graves e prolongados em cuidados intensivos, tiveram de agir com um plano seguro de vigilância e controlo do SARS-CoV-2, com duas áreas distintas, em espaço, profissionais e equipamentos, em tempo recorde, remodelando ou adaptando unidades, principalmente para aumentar a sua capacidade para atender os doentes críticos, munindo-se da flexibilidade dos meios e das condições de superação do *stress* profissional.

Nunca se tinha assistido a uma tão extraordinária mobilização e do pouco fizeram muito, salvando milhares de vidas, dando alívio à dor e esperança a um país inteiro. A sociedade civil mobilizou-se através de doações de bens e equipamentos e levantou a voz em cânticos de agradecimento.

Claramente a missão do hospital continuou sempre a ser cumprida, mas, todavia, à medida que a área COVID-19 teve necessidade de responder a mais casos com esta patologia respiratória, foi gerado um custo oportunidade no atendimento de diversas patologias críticas, traduzido no aumento da espera cirúrgica, a consultas de estudo e vigilância e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Considerando a emergência de saúde pública e a situação excecional que se tem vivido, face à epidemia COVID-19, importa apreciar o seu impacto no sistema de saúde, ao nível da atividade dos hospitais, seja nas áreas de internamento, de ambulatório, de formação e de investigação clínica.

Com a exposição prolongada ao processo epidémico e, com os picos de maior utilização dos hospitais, foram sacrificadas a atenção às doenças crónicas que aumentaram a frequência e as agudizações, gerando mais morbilidade e mortalidade e, impactando na promoção da saúde, na prevenção e na reabilitação, por estar a ser dada prioridade à resposta na pandemia. Urge agora, não descurando a existência dos contágios e de aumento de casos, juntar esforços no tratamento das situações mais complexas e que aguardam respostas adequadas, organizadas de forma inteligente e integrada com os restantes níveis de cuidados.

Salienta-se a importância da reorganização do planeamento da atividade hospitalar aumentar o esforço na recuperação das esperas prolongadas no acesso aos cuidados e, aproveitar a incorporação do conhecimento existente sobre a esperança média de vida ser em Portugal superior à média da União Europeia mas que a maioria dos anos de vida suplementares são vividos com elevada incapacidade⁽²⁾.

A inovação no sistema hospitalar português carece de acelerar a implementação da organização dos serviços assente mais na base clínica e menos na base da burocracia profissional, ajustando a prestação de cuidados dirigida à atenção às multimorbilidades em clínica geriátrica sensível à população sénior que assuma *inclusive* os atendimentos das situações de urgência nas agudizações das doenças crónicas, de forma partilhada com os cuidados de saúde primários, eliminando a inadequação de cuidados prestados a séniores nas urgências médico-cirúrgicas e polivalentes.

Esta inovação compreende também a componente do financiamento hospitalar que pode ser orientada para estimular e interessar os modelos de organização da prestação de cuidados hospitalares que tirem os séniores dos inamistosos internamentos e urgências de hospitais de agudos.

Cabe ainda uma nota sobre a escassez de resposta em Portugal dos cuidados de longa duração, ou seja, da rede de cuidados continuados integrados, com enorme suprimimento de cuidados prestados nos hospitais de agudos, de elevado risco em iatrogenia e desprovidos de racionalidade clínica e económica, sendo responsáveis por muitos milhares de dias de internamento nos hospitais acomodados no impropriamente chamado internamento social⁽³⁾.

REFERÊNCIAS

1. Sakellarides C, Araújo F. Estratégia de Saúde Pública para a Pandemia COVID-19 em Portugal: Contribuições da Experiência Internacional. Act Med Port 2020;33:456-8.
2. OCDE Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Portugal: Perfil de Saúde do País 2019. Lisboa: OCDE OESPS; 2019.
3. Crisp N. Um Futuro para a Saúde: Todos Temos um Papel a Desempenhar. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2014.