

da Direção Geral de Saúde (DGS), do ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras e da Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar,⁴ para tentar reduzir o risco de infeção mas também garantir uma boa acessibilidade e um correto acompanhamento dos utentes: criação de duas equipas com turnos fixos de seis horas de modo a reduzir a aglomeração de profissionais de saúde; criação de uma escala de atendimento telefónico composta por um enfermeiro e/ou médico de modo a orientar as situações clínicas dos utentes que ligam para a USF (permitindo uma triagem das situações que devem ser orientadas para as ADC, das que necessitam de observação presencial na USF e daquelas que podem ser resolvidas por teleconsulta); estabelecimento de dois gabinetes para uso exclusivo nas situações de doença aguda; orientação de múltiplas situações de doença aguda através de teleconsulta e *email*; espaçamento no agendamento das consultas presenciais de forma a reduzir o aglomerado de pessoas nas salas de espera mas conti-

nuando a privilegiar as teleconsultas sempre que possível; proatividade no contacto telefónico com os idosos e outros grupos de risco. Em relação aos equipamentos de proteção individual (EPI) utilizados, apesar da DGS recomendar apenas o uso de máscara cirúrgica pelo profissional e utente, temos utilizado máscara FFP2, luvas e bata de manga comprida (sempre que possível) e opcionalmente viseira, sobretudo nas consultas de doença aguda.

Continuarão a ser tempos difíceis, de contínua adaptação dos profissionais e utentes mas também de reinvenção, de proatividade e de interajuda, tentando sempre privilegiar a relação médico-utente e a situação da “pessoa” com doença e não da “doença” na pessoa. O papel do MF é, e continuará a ser, essencial na prevenção e no tratamento de doenças agudas e crónicas, atuando como gestor de saúde e como primeiro contacto do utente com o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- Melo RB, Tavares NT, Duarte R. COVID-19 and the invisible damage. *Acta Med Port.* 2020;33:293-4.
- Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA.* 2020;323:1239-42.
- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P, et al. A definição Europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar). *Rev Port Med Geral Fam.* 2005;21:511-6.
- Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar. Recomendações para a organização das equipas para a “retoma” progressiva da oferta assistencial presencial: mediante evolução favorável da pandemia. Porto, Portugal: USF-AN; 2020 [consultado 2020 mai 17]. Disponível em: <https://app.box.com/s/x9smz5wy81fngi40swfnjnrupk0v3e1>.

Maria GOUVEIA^{✉1}

1. Unidade de Saúde Familiar de São Julião. Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras. Lisboa, Portugal.

Autor correspondente: Maria Gouveia. maria.folque.gouveia@gmail.com

Recebido: 18 de maio de 2020 - Aceite: 20 de maio de 2020 | Copyright © Ordem dos Médicos 2020

<https://doi.org/10.20344/amp.14157>



Carta ao Editor sobre o Artigo “Estimativa do Excesso de Mortalidade Durante a Pandemia COVID-19: Dados Preliminares Portugueses <https://doi.org/10.20344/amp.13928>”

Letter to the Editor about the Article: “Excess Mortality Estimation During the COVID-19 Pandemic: Preliminary Data from Portugal <https://doi.org/10.20344/amp.13928>”

Palavras-chave: Coronavírus; COVID-19; Infecções por Coronavírus; Mortalidade; Pandemia; Portugal

Keywords: Coronavirus; Coronavirus Infections; COVID-19; Mortality; Pandemics; Portugal

As teses essenciais do artigo de Nogueira PJ *et al*¹ partem de *baselines* próprias, cuja justificação não é convincente: “*the current lockdown situation can be thought as having some similarities to a summer holiday period*”. São destacadas semelhanças, mas são desvalorizadas diferenças importantes. Por exemplo, destacaria os muitos idosos subitamente privados de apoio – idosos que vivem sozinhos e lares de idosos sem funcionários. O artigo não provou a afirmação que, “*individuals below age 55 benefited*

from this lockdown period”, nem isso teria sido relevante.

Não parece convincente que o aumento da mortalidade geral tenha sido causado fundamentalmente por “*decreased in access to health care*”. Não é plausível que as 1291 mortes “*occurring within the ED 24-48 hours after admission*” teriam todas sido evitadas se as pessoas tivessem ido a essas mesmas Urgências, como parece implícito; 1291 seriam 77% das 1683 mortes acima da média, o que é inverosímil. A Fig. 5 do artigo em questão mostra que as idas às Urgências se mantiveram uniformemente baixas durante o confinamento. Tal implicaria correspondente continuidade da mortalidade em excesso, facto que não se verificou: a mortalidade desceu em abril (Fig. 1 do mesmo artigo). Se o excesso de mortes foi fundamentalmente nos muitos idosos, não é crível que os hospitais as pudessem evitar tão substancialmente.

Dados do artigo contrariam a sua própria tese de que “*it is unlikely that deaths due to known or unknown COVID-19 infections would account for the total observed excess mortality*”: a) “*Excess mortality seems associated with the increasing number of observed official COVID-19 deaths (Fig. 1B)*”; b) “*Excess mortality is geographically*

superimposed with districts where more COVID-19 cases were observed (Fig. 2)”; c) As correlações apresentadas (Fig.s 3 e 4 do artigo de Nogueira PJ *et al*) são fortes (R e Rho, 0,98/ 0,78/ 0,45/ 0,52) e significativas ($p < 0,001/ < 0,001/ < 0,06/ < 0,028$). Usando dados do INE,² verifica-se que tanto a subida em março, o cume no início de abril e a descida posterior dos novos casos COVID-19 como o excesso de mortalidade foram simultâneas. Estes dados, juntamente com os dados do relatório nº 55 da DGS reforçam a importância já denotada do factor COVID-19: a) as mortes por COVID-19 explicarão a esmagadora maioria

das mortes em excesso verificadas, b) a grande maioria de ambas verificaram-se nas idades acima de 84 anos; recorda-se que 40% das mortes por COVID-19 foram em lares de idosos (DGS), que se desconhecem as causas de muitas mortes nos lares ou em instituições de cuidados continuados,³ e que os dados são de auto-preenchimento por parte dos lares.⁴ O grupo mortalidade nos com mais de 74 anos é demasiado grande e heterogéneo, pelo que seria benéfica a análise de subgrupos. As mesmas razões para análise separada por sexos.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira PJ, Araújo Nobre M, Nicola PJ, Furtado C, Vaz Carneiro A. Excess Mortality Estimation During the COVID-19 Pandemic: Preliminary Data from Portugal. Acta Med Port (in press). doi.org/10.20344/amp.13928.
2. Instituto Nacional de Estatística. COVID-19: uma leitura territorial do contexto demográfico e do impacto socioeconómico. INE destaque 8MAIO2020. Lisboa: INE; 2020.
3. Vieira A, Ricoca V, Aguiar P, Abrantes A. Excesso de mortalidade, em Portugal, em tempos de COVID-19. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2020.
4. Maia A, Campos A, Gomes M. Cerca de 15% dos mortos por covid-19 eram idosos que viviam em lares. 2020 abr 9. Público. [consultado 2020 mai 10]. Disponível em; <https://www.publico.pt/2020/04/09/sociedade/noticia/cerca-15-mortos-covid19-idosos-viviam-lares-1911793>.

António Óscar MOTA✉¹

1. Internista Reformado. Aveiro. Portugal.

Autor correspondente: António Óscar Mota. oscmota@gmail.com

Recebido: 18 de maio de 2020 - Aceite: 20 de maio de 2020 | Copyright © Ordem dos Médicos 2020

<https://doi.org/10.20344/amp.14155>



Reply to a Comment about the Article Published in Acta Med Port 2020; Apr 27; doi:10.20344/amp.13928

Resposta a Comentário sobre o Artigo Publicado em Acta Med Port 2020; Apr 27; doi:10.20344/amp.13928

Keywords: Coronavirus; Coronavirus Infections; COVID-19; Disease Outbreaks; Mortality; Pandemics; Portugal

Palavras-chave: Coronavírus; COVID-19; Infecções por Coronavírus; Mortalidade; Pandemia; Portugal; Surtos de Doenças

We are grateful for the interest and comments¹ of our recently published study on excess mortality estimation during the COVID-19 pandemic in Portugal.²

The aim of our investigation was essentially to be factual about the observed excess all-cause mortality. Therefore, in our paper we separate excess mortality calculations from possible contributory explanations, where several could be acting simultaneously. From our perspective, usual estimates are performed by comparing with homologous period in recent years, assuming 'normal conditions'. We found it important to highlight that such procedure might not be correct in the real lockdown period. Our scenarios are intended to promote discussion and to demonstrate that the observed excess mortality is higher than what has been discussed. There is nothing alarming about assuming at least 2400 to 4000 deaths as the estimations are explained and supported by both science and data.

We hypothesize that the observed reduction in access to health care should have had its impact on the death toll. It is important to clarify that our estimate for access to healthcare during the study period was done independently and it is not included in any of our all-cause excess mortality estimations. It rather represents an academic exercise to potentially explain part of the observed excess mortality. Therefore, the imputation of potential deaths due to the increased non-attendance of emergency care, while using 2008 study mortality risk estimators according to severity level, is not relevant to the observed excess mortality, as it is not part of its calculation. Furthermore, one can argue that the mortality risk in those not attending the emergency department while actually needing to do so will supposedly be higher than the mortality observed in those who attend, regardless of any improvement in healthcare services since 2008. Additional hypotheses for the observed excess overall mortality also includes deaths with identified COVID-19 infection and deaths with unidentified COVID-19 infection. Moreover, our study did not aim to calculate unidentified COVID-19 deaths.

Finally, several studies have been consistently pointing towards excess mortality quite above the number of deaths in those infected with COVID-19, both in Portugal³ and in other countries.⁴⁻⁶ We acknowledge that further research is necessary to integrate the different estimates in our main calculation, and we hope that such studies will be performed.