

COVID-19 e Cirurgias Urgentes: O Que Mudou?

COVID-19 and Urgent Surgeries: What Has Changed?

Palavras-chave: Coronavírus; COVID-19; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Tempo para o Tratamento

Keywords: Coronavirus; COVID-19; Surgical Procedures, Operative; Time-to-Treatment

Caro Editor,

Lemos com muito interesse o artigo *Excess Mortality Estimation During the COVID-19 Pandemic: Preliminary Data from Portugal*,¹ publicado na vossa revista. O Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte encontra-se em fase de interpretação de dados relacionados com a atividade anestésica para cirurgia urgente realizada na nossa instituição entre os dias 1 de março e 30 de abril de 2020.

Os dados preliminares indicam uma redução de 31,2% da atividade cirúrgica urgente em março de 2020 quando comparado com o mês homólogo de 2019 e de 18,3% em abril de 2020 em comparação com o mesmo mês em 2019. Quando a comparação é feita com os meses de julho e agosto de 2019, que se poderiam assemelhar à realidade

da pandemia que vivenciamos,¹ e que vai ao encontro do artigo referenciado, a redução é de 34,7% e 29,3%, respetivamente. No entanto, nesta altura do ano há geralmente um aumento do número de cirurgias urgentes na nossa instituição, atribuído às transferências de doentes de outros hospitais com menor capacidade de recursos humanos. Poderá, de facto, ter havido menos intervenções cirúrgicas devido ao confinamento? Podemos especular que se verificaram menos situações de trauma ou menos abordagens cirúrgicas de complicações da cirurgia eletiva? Poderá ter havido menos cirurgias urgentes no âmbito da Urologia, Cirurgia Geral ou Vasculiar em plena pandemia? Podemos dizer que sim. Estarão os doentes a recorrer a estabelecimentos hospitalares privados? Estarão os hospitais a transferir menos? Não temos tanta certeza.

Poderá esta redução percentual no número de cirurgias urgentes estar associada a uma maior mortalidade global? Embora estes dados sejam ainda preliminares, e com inúmeras variáveis que teremos que aprofundar, verificámos uma redução importante no número de cirurgias urgentes, situação que não seria expectável, e que poderá ir ao encontro do aumento da mortalidade verificada no artigo publicado.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira PJ, Nobre MA, Nicola PJ, Furtado C, Carneiro AV. Excess mortality estimation during the COVID-19 pandemic: preliminary data

from Portugal. Acta Med Port. 2020 (in press). doi.org/10.20344/amp.13928

Joana RIBEIRO✉¹, Patrícia NAVE¹, Ana PAULINO¹, Lucindo ORMONDE¹

1. Serviço de Anestesiologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.

Autor correspondente: Joana Ribeiro, joribeiro_91@hotmail.com

Recebido: 13 de maio de 2020 - Aceite: 14 de maio de 2020 | Copyright © Ordem dos Médicos 2020

<https://doi.org/10.20344/amp.14126>



COVID-19 e os Danos Invisíveis: O Papel do Médico de Família

COVID-19 and The Invisible Damage: The Role of The Family Physician

Palavras-chave: Coronavírus; COVID-19; Cuidados de Saúde Primários; Médico de Família

Keywords: Coronavirus; COVID-19; Family Physician; Primary Health Care

Caro Editor, foi com grande interesse que li o artigo publicado na Acta Médica Portuguesa intitulado “COVID-19 e os Danos Invisíveis”.¹ De forma semelhante aos serviços de urgência hospitalares, também nos cuidados de saúde primários (CSP) os médicos de família (MF) têm-se confrontado com uma redução significativa da afluência à consulta de doença aguda desde o início da pandemia de COVID-19. Outra consequência referida por Melo *et al* é o

efeito que esta pandemia pode ter sobre outras populações e programas de saúde.¹ A nível dos CSP preocupam-nos os idosos e os portadores de doenças crónicas como a diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias, por estarem associadas a formas mais graves de infeção.²

O MF tem um papel fundamental no serviço nacional de saúde, sendo normalmente o primeiro ponto de contacto do utente com o sistema de saúde.³ Ao constatar um medo generalizado das pessoas em recorrer aos serviços de saúde, como pode o MF simultaneamente tranquilizar, responder de forma eficaz às inúmeras solicitações por via telefónica e *email* e manter um correto acompanhamento dos seus utentes, ainda que mais à distância? Isto ao mesmo tempo que tem de conciliar estas tarefas com a realização de novas atividades clínicas nas áreas dedicadas ao COVID-19 (ADC-Comunidade) e plataforma Trace-COVID.

Na unidade de saúde familiar (USF) onde trabalho implementámos várias medidas, de acordo com orientações

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

1. Melo RB, Tavares NT, Duarte R. COVID-19 and the invisible damage. *Acta Med Port.* 2020;33:293-4.
2. 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.
3. 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.
4. 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/x9smz5wy81fngi40swnfjnrupk0v3e1>.

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