



Renato Bessa de MELO^{1,2}, Nuno Teixeira TAVARES³, Raquel DUARTE^{4,5}
Acta Med Port 2020 May;33(5):293-294 • <https://doi.org/10.20344/amp.13911>

Palavras-chave: Coronavírus; Prestação de Cuidados de Saúde; Surtos de Doença

Keywords: Coronavirus; Delivery of Health Care; Disease Outbreaks

O país e o mundo estão a braços com a tentativa de controlo de uma pandemia sem precedentes na era moderna. A COVID-19 tem posto à prova os sistemas de saúde e colocado em causa a forma como vivemos e nos relacionamos.

Todos os dias nos fixamos no número de infetados, internamentos em cuidados intensivos e mortos. Discute-se o momento do pico da curva e o momento de poder regressar à normalidade que não será a normalidade a que estamos habituados, pelo menos por uns tempos.

No meio deste tsunami, esquecemo-nos de outros números. Números menos visíveis que a COVID-19, mas que nos devem igualmente preocupar porque representam um teste à sociedade e em especial aos serviços de saúde.

Temos assistido a uma significativa diminuição do número de episódios de urgência por queixas não respiratórias.¹ Se pensarmos na situação anterior da procura excessiva dos cuidados de saúde sem motivo, essa redução até poderia ser considerada como positiva. Mas quantos tinham indicação para recorrer ao serviço de urgência e não o fizeram? De repente o número de acidentes vasculares cerebrais, eventos coronários, patologia tumoral com apresentação súbita, e até apendicites agudas caiu drasticamente... Será que todas estas patologias diminuíram a ponto de quase desaparecerem? Assim de repente? Alguém acredita?

O que pode apoiar a hipótese de estarmos a falhar a resposta a necessidades urgentes não COVID-19? O número de mortes por todas as causas aumentou relativamente aos anos anteriores. Este agravamento não é só atribuível às mortes provocadas pela COVID-19. Como ficámos a saber pelo estudo realizado pela London Business School, o excesso de mortes nas últimas semanas, quando comparados com os anos anteriores, é superior às mortes usuais mais aquelas atribuídas ao coronavírus.²

Nenhum dos dois fenómenos - redução das visitas ao serviço de urgência e excesso de mortalidade - é exclusiva de Portugal. Por exemplo, a análise dos dados ingleses

estima que a diminuição da procura do serviço de urgência possa ter chegado aos 25%.³ Este fenómeno é conhecido nestas situações e está documentado em contexto de surtos infecciosos.⁴

Os dados relativos à mortalidade também são discutidos noutros países² - por um lado as mortes atribuíveis à COVID-19 podem estar subvalorizadas (não são feitos testes *post-mortem* a todos os óbitos e há países que não o fazem de todo) e por outro lado há doentes que morrem de causas evitáveis por não procurarem atempadamente os serviços de saúde. Estes dois fatores contribuem cumulativamente para este aumento da mortalidade.

Uma outra consequência dos surtos é o efeito que estes podem ter sobre outras populações e programas de saúde. Neste contexto, os doentes oncológicos surgem como uma população mais vulnerável, merecedora de particular atenção, principalmente os que apresentam planos terapêuticos ativos. Em consequência da pandemia, o consumo de recursos humanos e técnicos utilizados para o tratamento de outras patologias tem sofrido constrangimentos. Em Portugal, a capacidade cirúrgica do Serviço Nacional de Saúde ficou comprometida com as medidas tomadas. Se em alguns casos o adiamento das cirurgias não compromete a sobrevida, outros há em que o adiamento tem um impacto significativo. Isto é verdade nomeadamente, mas não exclusivamente, para a patologia oncológica. A capacidade de realização de cirurgias complexas e mobilizadoras de recursos é tarefa quase impossível.

Preocupam-nos os efeitos da pandemia nos doentes oncológicos, já que estes representam um grupo de alto risco de incidência de COVID-19, principalmente das suas formas mais graves.⁵ Uma série italiana, reporta a doença oncológica activa como estando presente em 20% dos doentes falecidos, sendo a terceira comorbilidade mais prevalente nesse contexto.⁶ Os doentes com neoplasias ativas têm um risco aumentado devido ao efeito imunossupressor das terapêuticas e da própria patologia. São difíceis as decisões que iremos ter de tomar nos próximos meses na procura do ténue equilíbrio entre evitar a ocorrência de uma

1. Serviço de Cirurgia Geral. Centro Hospitalar Universitário São João. Porto. Portugal.

2. Departamento de Cirurgia e Fisiologia. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto. Portugal.

3. Serviço de Oncologia Médica. Centro Hospitalar Universitário São João. Porto. Portugal.

4. Serviço de Pneumologia. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho. Vila Nova de Gaia. Portugal.

5. Instituto de Saúde Pública. Universidade do Porto. Porto. Portugal.

✉ Autor correspondente: Renato Bessa de Melo. rbmelo@med.up.pt

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



forma grave e potencialmente fatal de COVID-19 nos doentes oncológicos sem, contudo, comprometer a estratégia terapêutica dirigida ao cancro e o seu prognóstico. O seu atraso pode ter efeitos devastadores na sua esperança de vida. Conhecemos bem o efeito negativo do atraso no início da radioterapia nos tumores da cabeça e pescoço,⁷ ou do início da terapêutica adjuvante nos tumores colorectais⁸ e da mama.⁹ Várias Sociedades Oncológicas e Cirúrgicas têm publicado normas para tentar minimizar estes efeitos e a replicação dessas recomendações ultrapassa os objetivos deste texto. No entanto, esta população de doentes representa um grupo de risco e que precisa de respostas rápidas para não verem o seu futuro comprometido.

Outro grupo que poderá criar problemas a médio/longo prazo são as populações vulneráveis como por exemplo os doentes com tuberculose. A suspeita e deteção de novos casos diminuiu, o tratamento deixou de ser efetuado em regime de toma observada diretamente (e sabemos que a má adesão ao tratamento é fator de risco desenvolvimento de formas resistentes aos antibióticos), e o rastreio das populações de risco abrandou.^{10,11}

Não devemos, nem podemos reduzir a nossa resposta à pandemia pois isso teria efeitos devastadores em termos de vidas e capacidade de resposta dos serviços de saúde.

Mas temos de nos preparar para as três próximas grandes ondas - os casos urgentes que não tiveram a resposta adequada e atempada, os doentes crónicos que deixaram de ser controlados e, por fim a terceira onda do impacto na saúde mental da população isolada, do burnout dos trabalhadores e do efeito global na saúde do efeito económico desta pandemia.

Estamos ainda em plena guerra contra a COVID-19 mas importa referir que, ao atingirmos o pico, o declínio na incidência poderá ser suave e a COVID-19 poderá manter-se um problema activo durante um longo período de tempo. Assim sendo, tornar-se-ia insustentável um cenário de contínua secundarização e submissão das restantes actividades em saúde. É essencial estarmos preparados para progressivamente retomarmos as actividades de rotina, em equilíbrio dinâmico com os desafios que esta pandemia ainda nos vai oferecer, e identificar e desenvolver estratégias que permitam contrariar a tendência do excesso de mortalidade evitável por patologias não COVID-19. E esse diagnóstico e planeamento é agora!

Temos de cerrar fileiras no combate à pandemia mantendo-nos alertas aos efeitos colaterais e estando preparados para os resolver. Caso contrário, a vitória sobre a pandemia pode tornar-se numa Vitória de Pirro.¹²

REFERÊNCIAS

- Public Health England. Emergency Department Syndromic Surveillance System. England. Year 2020, week 13. 1 April 2022. [Consultado 14 abr 2020] Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/877600/EDSSSBulletin2020wk13.pdf.pdf.
- Galeotti A, Surico P. Deaths from Covid-19 - Lessons from Italy and Other Nations. London: London Business School; 2020. [Consultado 8 abr 2020] Disponível em: www.london.edu/news/the-true-death-toll-of-covid-19-1771.
- Thornton J. Covid-19: A&E visits in England fall by 25% in week after lockdown. *BMJ*. 2020;369: m1401.
- Elston JW, Moosa AJ, Moses F, Walker G, Dotta N, Waldman RJ, et al. Impact of the ebola outbreak on health systems and population health in Sierra Leone. *J Public Health*. 2016;38:673-8.
- Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol*. 2020;21:335-7.
- Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. 2020 (in press). doi: 10.1001/jama.2020.4683.
- Chen Z, King W, Pearcey R, Kerba M, Mackillop WJ. The relationship between waiting time for radiotherapy and clinical outcomes: a systematic review of the literature. *Radiother Oncol*. 2008;87:3-1.
- Biagi JJ, Raphael MJ, Mackillop WJ, Kong W, King WD, Booth CM. Association between time to initiation of adjuvant chemotherapy and survival in colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2011;305:2335-42.
- Raphael MJ, Biagi JJ, Kong W, Mates M, Booth CM, Mackillop WJ. The relationship between time to initiation of adjuvant chemotherapy and survival in breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2016;160:17-28.
- Adepoju P. Tuberculosis and HIV responses threatened by COVID-19. *Lancet HIV*. 2020 (in press). doi: 10.1016/S2352-3018(20)30109-0.
- Alagna R, Besozzi G, Codecasa LR, Gori A, Migliori GB, Raviglione M, et al. Celebrating TB day at the time of COVID-19. *Eur Respir J*. 2020 (in press).
- Lewis MA. Between scylla and charybdis - oncologic decision making in the time of covid-19. *N Engl J Med*. 2020 (in press). doi: 10.1056/NEJMp2006588.