

Mortalidade por COVID-19 dos doentes internados no Hospital de Campanha de Viana. Luanda. Angola

Odalys Rodríguez Martín¹
Junior Vega Jiménez²
Miriel Betancourt Valladares¹

¹ Direcção dos Serviços de Saúde do Estado Maior General, Luanda, Angola, Correo electrónico: odalysedgar@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-5950-1374>

² Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy/Departamento Medicina Interna, Matanzas, Cuba, Correo electrónico: drjrvega@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-6801-5191>

² Facultad de Estomatología/ Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Camagüey, Cuba, Correo electrónico: betancourtvalladares@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-5301-4057>

Resumem: Introdução: em Luanda, no mês de Junho do ano 2020, após do início da pandemia do COVID-19 foi construído e habilitado o Hospital de Campanha de Viana (HCV), com o propósito imediato de oferecer atenção médica especializada aos doentes com COVID-19 das Forças Defesa e Segurança, assim como dos vários pacientes vindos das instituições civis. Objectivo: caracterizar a mortalidade por COVID-19 dos doentes internados no HCV. Métodos: estudo descritivo, constituído por 167 óbitos ocorridos no Hospital de Campanha de Viana, confirmados com SARS-CoV2, no período de Junho de 2020 a Setembro de 2021. Resultados: até Setembro de 2021, foram emitidas 1302 altas a partir de 1651 internamentos e registou-se 167 óbitos, com uma taxa de mortalidade de 16,7 óbitos por cada 100 altas e de 11,6 óbitos por cada 100 doentes internados, observando-se um comportamento irregular ascendente na série da taxa de mortalidade, sendo elevada no último mês de Setembro de 2021 (48,6 óbitos por cada 100 altas). A maioria dos óbitos ocorreu depois das 48 e mais de internamentos (70,1%), sendo 52,1% em maiores de 60 anos de idade e do sexo masculino (65,9%). Predominaram os falecidos, provenientes/pertencentes ao MINSA (75,4%), considerados ao internamento como doentes Graves/Críticos 51,5%, e com doenças associadas 74,9%, sendo a HTA/Cardiopatas presente em 50,9% dos óbitos como a comorbidade mais frequente. Conclusões: apesar de observa-se um comportamento irregular ascendente na série da taxa de mortalidade, sendo elevada no último mês de Setembro de 2021, o trabalho desenvolvido na instituição é considerado positivo.

Palavras-chave: COVID-19, Angola, Taxas de mortalidade.

I. INTRODUÇÃO

A pandemia COVID-19 em África está afectando os países do continente de forma desigual, agravado pelas fragilidades dos respectivos sistemas de saúde e a conjuntura social e económica prevalente em cada lugar. A Organização Mundial da Saúde (OMS) alertou sobre a gravidade da pandemia em países africanos desde o primeiro ano.(1-3) De acordo com a Directora Regional da OMS para a África, a terceira onda de COVID-19 é esperada em África com um alto risco de ressurgimento do vírus. Além disso, o número real de infecções por COVID-19 em países africanos é muito maior do que o anunciado e notificado, devido aos testes disponíveis, que são realizados, porque são limitados no continente africano.(2, 4)

Certamente, a pandemia da COVID-19 quebrou muitos conceitos sobre as doenças em geral, mas também sobre África. Os números da pandemia registados em Angola estão muito a quem das previsões iniciais da OMS.(2,5,6) Perante a situação de pandemia, o Governo de Angola implementou várias medidas, com vista a reduzir cada vez mais o número de infectados e cortar a cadeia de transmissão do vírus, desde a criação de novos hospitais de campanha que contribuíssem de forma oportuna, para aumentar a capacidade e oferecer maior e melhor atenção aos doentes de COVID-19, assim como através da aplicação de protocolos rígidos sanitário.(2) A OMS reconhece e felicita o governo e o povo Angolano pelos resultados alcançados no controlo da pandemia da COVID-19 no país.(7-11)

Na África, a taxa de mortalidade é relatada 18% maior do que a média mundial e a situação é ainda pior com pacientes gravemente doentes.(4) Uma recente meta-análise da mortalidade em África relata uma mortalidade hospitalar de 48,2% e uma mortalidade global de 31,5%. Os pacientes que necessitaram de ventilação mecânica tiveram uma taxa de mortalidade de 78,9%. O excesso de mortalidade pode ser explicado pela escassez de recursos e de equipa médica para a terapia intensiva, bem como, as comorbidades apresentadas pelos pacientes.(12)

Em Angola neste momento, não se verifica o colapso das unidades de saúde do país, e até hoje, não se concretizaram, aquela que eram as previsões devastadoras da pandemia feitas pela OMS, os Angolanos resistem à pandemia graças à implementação das medidas de prevenção e combate, individual e colectivas, o que pode explicar o baixo número de infecções e mortes.(1, 2) Poucos estudos foram realizados em Angola. (13, 14), e mais; ainda não existem estudos que analisaram o comportamento da mortalidade hospitalar por COVID-19. Além dos problemas de gestão nos hospitais e centros de saúde, a emergência sanitária produzida pela COVID-19 também abalou o mercado internacional, transformando alguns produtos como respiradores e ventiladores mecânicos em bens escassos e altamente cobiçados. (15)

Em Luanda, no mês de Junho de 2020, após do início da pandemia do COVID-19 foi inaugurado e habilitado o Hospital de Campanha de Viana (HCV), com o propósito imediato de oferecer atenção médica especializada aos doentes de COVID-19 pertencentes as Forças de Defesa e Segurança, assim como pacientes vindos de outras instituições civis. Pelo exposto motiva a realização deste trabalho com o objectivo de caracterizar a série da mortalidade dos doentes internados no HCV no período de Junho de 2020 a Setembro de 2021.

II. MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo a pacientes testados e confirmados com SARS-CoV-2 no período de Junho de 2020 a Setembro de 2021, localizado em Luanda, Capital de Angola.

O presente estudo, foi executado a partir dos dados dos relatórios mensais do Centro de Estatística, Documentação e Informação Sanitária do Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas, com autorização prévia do chefe da Direcção dos Serviços de Saúde. Trabalho com um universo constituído por 167 óbitos registados no Hospital de Campanha de Viana (HCV), falecidos com menos de 48 horas e com 48 horas e mais de internamentos.

As variáveis estudadas foram: faixa etária, género, órgão que pertence: Ministério da Saúde (MINSA), nas Forças de Defesa e Segurança (FDS), Ministério de Defesa Nacional e Veteranos da Pátria (MINDENVP), Ministeria do Interior (MININT) e das Unidades, órgãos do Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas (UEO DO EMG/FAA), grau de gravidade ao internamento e doenças associadas.

O programa estatístico SPSS versão 22.0 para Windows foi empregado para a preparação do banco de dados na recolha e processamento das informações. As informações foram resumidas em medidas de resumo para variáveis qualitativas, frequências absolutas, percentagens e taxas, bem como, medidas de resumo para variáveis quantitativas, média e desvio padrão e apresentou-se em gráficos estatísticos.

III. RESULTADOS

Gráfico 1. Série de Mortalidade por COVID-19. Taxas Bruta de Mortalidade. Hospital de Campanha de Viana. Junho/2020- Setembro /2021.



Fonte: Registo de Internamentos. Base de Dados do HCV/CEDIS/ Posto Comando FDS

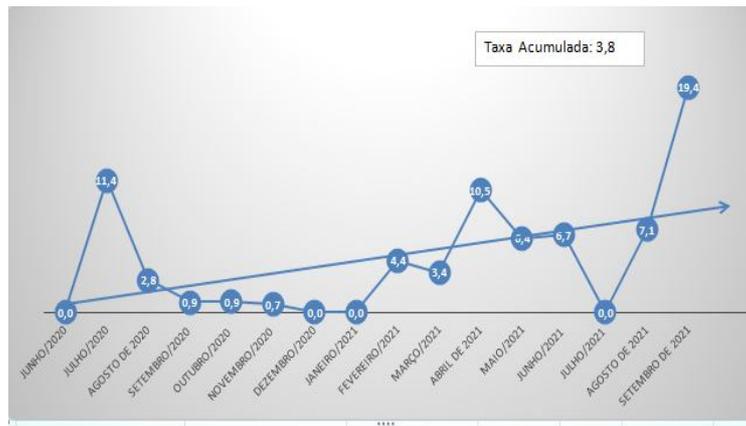
Gráfico 2. Série de Mortalidade por COVID-19. Taxas de Letalidade. Hospital de Campanha de Viana. Junho/2020- Setembro /2021.

Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2022



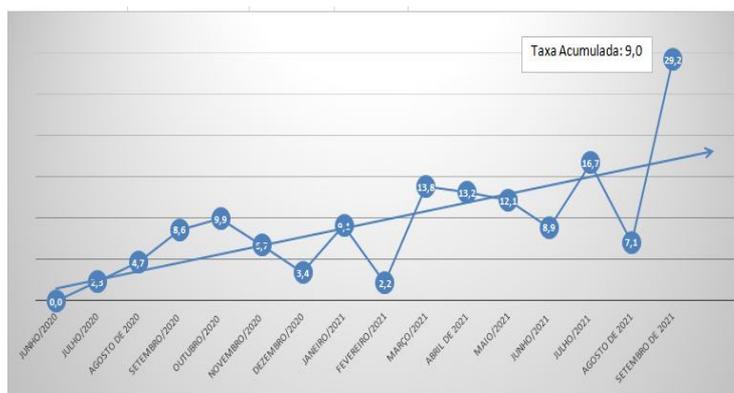
Fonte: Registro de Internamentos. Base de Dados do HCV/CEDIS/ Posto Comando FDS

Gráfico 3. Série de Mortalidade por COVID-19. Taxas de mortalidade dos óbitos com $<$ de 48 horas de internamentos. Hospital de Campanha de Viana. Junho/2020- Setembro /2021.



Fonte: Registro de Internamentos. Base de Dados do HCV/CEDIS/ Posto Comando FDS

Gráfico 4. Série de Mortalidade por COVID-19. Taxas de mortalidade dos óbitos com \geq de 48 horas de internamentos. Hospital de Campanha de Viana. Junho/2020- Setembro /2021.



Fonte: Registro de Internamentos. Base de Dados do HCV/CEDIS/ Posto Comando FDS.

No HCV, desde a sua inauguração, presta cuidados apropriados aos casos esperados da COVID-19. Até a actualidade, Setembro de 2021, foram emitidas 1302 altas médicas a partir de 1651 internamentos. As taxas de mortalidade acumulada (Gráfico 1) foram de 12.8 óbitos por cada 100 altas. A Taxa de Mortalidade no mês alcançou 48.6 por cada 100 altas, extremamente elevada sendo a mais alta a partir do início do funcionamento da unidade, com mortalidade máxima entre o mês de Março e Maio com pico máximo em Abril, a tendência histórica segundo meses do ano, ainda mentem-se em incremento.

Ao que diz respeito a letalidade (Gráfico 2), foi de forma semelhante, ao acumulado (10.1% óbitos x 100 doentes internados) e muito elevada no mês de Setembro 2021, com 18.5% em cada 100 internamentos, com uma tendência de acréscimo da taxa a partir do início do funcionamento da instituição. Os falecidos com menos de 48 horas de internamentos (Gráfico 3), foram 50/29.9% do total dos óbitos acumulados, com taxas de mortalidade de 3.8 por cada 100 altas. No último mês da série de dados (Setembro de 2021), foram registadas os riscos mais elevados do período em estudo (19.4 por cada 100 altas), sendo a série histórica irregular com tendência ascendente.

Quanto ao acumulado registou-se um predomínio dos óbitos com 48 horas e mais de internamento (Gráfico 4) (117/70.1%), com taxas de mortalidade de 9.0 por cada 100 altas, sendo no mês de Setembro de 2021 o risco mais elevado desde o início do funcionamento da unidade. De forma similar a série de dados mostra riscos irregulares de forma mensal, com tendência ao incremento. Com relação a faixa etária em acumulados 87/52.1% do total dos óbitos foram maior de 60 anos, 36/21.6% entre os 50-59 anos, 46/27.5% entre os 60 – 69 anos e 41/24.6% com 70 e mais anos, destacar que 17/10.2% tiveram menos de 40 anos. A idade média dos óbitos em acumulado 57.9 anos com IC 95% (56.4;67.7). O comportamento de acordo ao género mostra predomínio do sexo masculino, com acumulado de 110/65.9% nos homens e 57/34.1% nas mulheres.

Em relação a os óbitos acumulados no período, 126/76% foram do MINSA, predominam nas FDS os falecidos do MINDENVP e MININT 10/6.0% cada e 8/4.8% das UEO DO EMG/FAA. As outras unidades/Órgãos tiveram menor representatividade. Do total dos falecidos desde o início da pandemia, 86/51.5% foram classificados como Graves e Críticos ao internamento, 35.3% foram Moderados, 7.2% Assintomáticos e 6.0% Leves Dos 167 falecidos neste período no HCV, 125 (74.9%) tiveram doenças associadas, (37/22.%), não apresentaram comorbidade enquanto 5/3.0 % não tiveram dados preenchidos sobre a presença de comorbidade. Considera-se importante apontar que 72/43.1% dos óbitos registados no período de trabalho no HCV, apresentaram a combinação de pelo menos 2 doenças, e 27/16.2% entre 3 as mais doenças associadas. Entre as mais frequentes foram a HTA/Cardiopatias presente em (85/50.9%) dos óbitos, Diabetes Mellitus (45/26.9%) é IRC (15/9.0%).

Uma meta-análise da mortalidade em África, coorte representada por dez países, refere que a mortalidade hospitalar após o internamento em cuidados intensivos por infecção por COVID-19 é 48.2% (IC 95% 46.4–50.0), com uma mortalidade intra-hospitalar de (43.5%), taxas maiores do acumulado obtido no estudo atual e semelhante ao reportado no último mês de Setembro de 2021 analisado.(12) O estudo também relata que os pacientes que necessitaram de ventilação mecânica tiveram uma taxa de mortalidade de 78.9%.(12) Um estudo realizado em Madrid, relataram mortalidade bruta acumulada de 8.08% no período de pré-alarme e de 17.5% no período de estado de alarme, este último superior ao acumulado no presente estudo. A máxima de mortalidade relatada pelo estudo é semelhante à série obtida. (10) A análise de um estudo no Brasil mostra que a mortalidade hospitalar foi elevada (38%) e aumentou para

60% entre os internados na unidade de terapia intensiva (UTI) e para 80% nos que receberam ventilação mecânica. Apesar de que a COVID-19 sobrecarregou o sistema de saúde em todas as cinco regiões. (11)

A meta-análise em África relata resultados semelhantes aos obtidos, com uma mortalidade global de 31.5%, mortalidade excessiva, de 11 (no melhor cenário) a 23 (no pior cenário) mortes por 100 doentes. A taxa de letalidade em África foi aproximadamente 0.1% maior do que na Europa e na média global, e semelhante à taxa de letalidade da América do Norte. (12) Os autores consideram que as taxas de mortalidade apresentadas em Angola estão bem abaixo do que inicialmente estava prevista pela OMS em relação a pandemia, quando comparadas com estudos realizados no Brasil e Espanha que disponham de um sistema de saúde totalmente diferente. É importante destacar que na metanálise conduzida em África não incluiu Angola neste estudo, dez países africanos foram estudados (Egipto, Etiópia, Gana, Quênia, Líbia, Malawi, Moçambique, Níger, Nigéria e África do Sul)

Em relação à idade dos falecidos, resultados similares são relatados pelo estudo em África, onde os pacientes incluídos no estudo tinham idade média de 56 anos. (12) Assim, um estudo realizado na Espanha constatou que dos casos hospitalizados que morreram, durante todo o período estudado, 69% tinham mais de 50 anos. (16) No estudo realizado em Madrid, relatam que a maior taxa de mortalidade em pacientes COVID-19 positivos ocorreu em pessoas com mais de 70 anos de idade. Idade avançada é a variável com maior potência relacionada aos óbitos em pacientes COVID-19 positivos. No entanto, outro grupo de pacientes com menos de 51 anos apresentou curso fatal. (10) No Brasil, um estudo mostra que quase metade (47%) dos pacientes internados no hospital com COVID-19 tinha menos de 60 anos. (11) De acordo com o sexo, os estudos realizados descrevem comportamentos semelhantes. Na Espanha, ao longo do período, os casos hospitalizados, que morreram, relatam o maior percentual no sexo masculino com 55,6%. (10) Em África, os homens (60.6%) e 39.4% eram mulheres. (12)

Em termos de grau de gravidade, na admissão, o estudo realizado em África indica que o 75% dos pacientes com COVID-19 encaminhados para cuidados intensivos desenvolvem síndrome de dificuldade respiratória aguda. (12) O estudo de Madrid mostra que 67% dos falecidos apresentam mau estado geral à admissão no hospital. Esse percentual sobe para 81.9% quando se trata de pacientes COVID-19 positivos. Os falecidos em mau estado geral têm quase 1.5 vez o risco de ser COVID-19 positivo. (10)

Em relação à presença de doenças associadas dos falecidos por COVID-19, o estudo em África sugerem que a mortalidade em cuidados intensivos está associada com o aumento da idade, as comorbidades do paciente de HIV/AIDS, Diabetes, Doença Hepática Crónica e Doença Renal, a gravidade da disfunção orgânica na apresentação para cuidados intensivos e a necessidade inicial de aumento respiratório e suporte cardiovascular. Os dados sugerem que o HIV/AIDS é um importante factor de risco para mortalidade por COVID-19. (12)

Na série de casos hospitalizados publicada na Espanha, a presença de comorbidades variou entre 23.2% e 51%; sendo as doenças cardiovasculares (em particular a Hipertensão Arterial) e a Diabetes as mais frequentes. (16) No estudo realizado em Madrid, os autores revelam que daqueles que morreram de COVID-19 positivo têm história de diabetes em 36.5% dos casos. Não foram demonstradas diferenças entre óbitos COVID-19 positivos e negativos. Ao analisar a presença de história de insuficiência cardíaca, insuficiência renal e DPOC, observa-se 14% mais positividade para COVID-19 nos óbitos por asmáticos, história oncológica, 19.9% e os percentuais de história de tratamento anticoagulante e cardiopatia isquêmica foram em torno de 20% grupo COVID-19 positivo. (10)

Análises do estudo em África indicam que é possível que a mortalidade geral após a infecção por SARS-CoV-2 seja menor em África do que em outras partes do mundo. No entanto, a mortalidade hos-

pitalar em cuidados intensivos foi mais elevada para os países africanos do que para outros países não africanos e existem várias razões possíveis para explicar este achado. Os Recursos hospitalares e de cuidados intensivos são escassos em África, os recursos humanos disponíveis para essas unidades de cuidados intensivos eram relativamente bons, no entanto, o efeito de recursos humanos limitados.(12)

IV. CONCLUSÕES

Apesar de observa-se um comportamento irregular ascendente na série das taxas de mortalidade, que foi muito elevada no último mês de Setembro de 2021, o trabalho desenvolvido na instituição é considerado positivo. O maior número dos óbitos ocorreu depois das 48 horas e mais de internamentos em maiores de 60 anos e do sexo masculino. Predominaram os falecidos, pertencentes do MINSA, definidos ao internamento como Graves/Críticos e com doenças associadas sendo a HTA e Cardiopatias a comorbidade mais frequente dos óbitos registados.

REFERENCIAS

1. Arraisa M, Diasa W, Gamac J, Brito M. Physicians' perceptions of their knowledge and the preparedness of health facilities in Angola to diagnose and manage COVID-19 Luanda, Angola. *International Health* [Internet] 2021 [citado 10 Oct 2021];0:1–8 Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/13244/1/Physicians%20E2%80%99%20perceptions%20of%20their%20knowledge%20and%20the%20preparedness%20of%20health%20facilities%20in%20Angola%20to%20diagnose%20and%20manage%20COVID-19.pdf>
2. Simões C. A gestão da pandemia SARS-CoV-2 em Angola. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.* [Internet] 2021 [citado 19 Oct 2021];10(2):277-85. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/765>
3. Documento de políticas: Efectos de la COVID-19 en África. 2020 [Internet] [citado 10 Oct 2021]: 1-31 Disponível em: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/africa_covid_brief_spanish.pdf
4. Coronavirus en África: el aumento sin precedentes de las muertes por covid. *News Mundo.* [Internet] 2021 [citado 10 Oct 2021]: Disponível em: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-58101094>
5. Relatório relativo à Resposta Estratégica à COVID-19 na Região Africana da OMS. Fevereiro a Dezembro de 2020 [Internet] 2021 [citado 10 Oct 2021]. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2021-06/012_WHO-AFRO_Strategic-Response-to-COVID-19_A4_P_V3.indd%20-%20FINAL%20-PT.pdf
6. Monié F. África subsaariana diante da pandemia de Coronavírus/COVID-19: difusão espacial, impactos e desafios. *Espaço e Economia* [Internet] 2020 [citado 10 Oct 2021];18. Disponível em: <https://journals.openedition.org/espacoeconomia/13629#tocfrom3n1>
7. OMS reitera apoio para o combate à Covid-19 e reforço do sistema de saúde. Angola. [Internet] 2021 [citado 10 Oct 2021]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/news/oms-reitera-apoio-para-o-combate-Covid-19-e-reforco-do-sistema-de-saude>
8. Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19): Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. [Internet] 2021 [citado 10 Oct 2021]. Disponível em:

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2021-mar-11-phe-actualizaci%C3%B3n-epi-COVID-19_0.pdf

9. Actualización epidemiológica: Incremento de la variante delta y su impacto potencial en la región de las Américas- Organización Panamericana de la Salud. [Internet] 2021 [citado 10 Oct 2021]. Disponible em: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/download_30.pdf

10. Sáez-García MA, García-Anaya MP, Sánchez-González B, Fernández-Pascual C, Gracia-Martínez M, Marqueta-García O et al. La mortalidad del primer cuatrimestre de 2020 en la pandemia por COVID-19. Análisis del Comité de Mortalidad del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla», Madrid. *Sanid. Mil.* [Internet]. 2020 [citado 18 Oct];76(2):64-70. Disponible em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712020000200003&lng=es

11. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM et al. Characterisation of the first 250000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *Lancet Resp Med.* [Internet]. 2021 [citado 18 Oct];(20):30560-9. Disponible em: <https://www.isglobal.org/documents/10179/8761301/NdP+COVID+in+Brazil+Lancet+Resp+Med+15012021+es.pdf/6d7ec8f0-d744-42bb-9da4-d6df430e3183>

12. Biccari B. Investigadores do Estudo Africano de Resultados de Cuidados Críticos COVID-19 (ACCCOS) assistência ao paciente e resultados clínicos para pacientes com infecção por COVID-19 admitidos em unidades de alta terapia ou terapia intensiva africanas (ACCCOS): um estudo de coorte observacional, prospectivo e multicêntrico. *Lancet.* [Internet]. 2021 [citado 18 Oct];36(21):6700441-4. Disponible em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2900441-4>

13. Sebastião CS, Neto Z, Martinez P, Jandondo D, Antonio J, et al. Características sociodemográficas e fatores de risco relacionados à infecção por SARS-CoV-2 em Luanda, Angola. *PLOS ONE* [Internet]. 2021 [citado 18 Oct];16(5):0252254. Disponible em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0249249>

14. Sebastião CS, Galangue M, Gaston C. Serological identification of past and recent SARS-CoV-2 infection through antibody screening in Luanda, Angola. *Health Sci Rep.* [Internet].2021[citado 18 Oct];4: 280. Disponible en: <http://www.cisacaxito.org/contents/bibliotecaitens/16219492803762.pdf>

15. Enríquez A, Sáenz C. “Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA”, serie Estudios y Perspectivas-Sede Subregional de la CEPAL en México., N° 189 (LC/TS.2021/38; LC/MEX/TS.2021/5), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021 [Internet]. [citado 18 Oct] Disponible em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46802/1/S2100201_es.pdf

16. INFORMACIÓN CIENTÍFICA-TÉCNICA. Enfermedad por coronavirus, COVID-19 Actualización. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN. 2021[Internet]. [citado 18 Oct] Disponible em: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>

17. Manoukian DE, Elder MF. Mortalidad por COVID-19 y sinergia con enfermedades crónicas coexistentes en la provincia del Neuquén, Argentina. *Rev Argent Salud Publica.* [Internet] 2021[citado 18 Oct];Supl 13:19-32. Disponible em: https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol13supl/AO_Manoukiane32.pdf