

9 de março de 2020

<http://justnews.pt/noticias/pandemia-de-covid19-preparacao-e-resposta-ou-despesa-e-resultado>



## «Pandemia de COVID-19: preparação e resposta ou despesa e resultado»

Lúcio Meneses de Almeida

Médico Assistente Graduado de Saúde Pública Presidente da Associação Portuguesa de Infeção Hospitalar

Decorridos 3 meses desde que a China notificou a Organização Mundial da Saúde de uma série de casos de pneumonia, na cidade de Wuhan, província de Hubei, encontramos-nos na iminência da declaração da segunda pandemia do século XXI. Uma pandemia é a mais catastrófica de todas as catástrofes. Exige, por parte da sociedade, uma mobilização total, semelhante à de uma guerra instalada no próprio país.

Remontam a 2003 os primeiros esforços de organização do nosso País para enfrentar uma epidemia global. O planeamento de contingência para a pandemia de gripe foi formalmente iniciado em 2006, no contexto da ameaça pandémica pelo vírus A(H5N1), com a constituição de um grupo de planeamento central, sediado na Direção-geral da Saúde.

O Plano de Contingência Nacional do Setor da Saúde para a Pandemia de Gripe, publicado em 2007, teve como “referencial” de evidência científica a epidemia de SARS-CoV de 2002-2003 e como worst case scenario a gripe pandémica de 1918 (“pneumónica” ou “gripe espanhola”).

A resposta, em 2009-2010, foi precedida por um criterioso planeamento, que incluiu a constituição de uma reserva estratégica medicamentosa e um investimento, sem precedentes, em saúde pública. Contemplou duas fases: contenção, com procura ativa de casos e profilaxia de contactos, numa tentativa de retardar a evolução da epidemia até ao desenvolvimento de uma vacina; mitigação, uma vez disseminada a infeção a nível comunitário.

Uma epidemia é semelhante a um incêndio florestal: as árvores são os suscetíveis e quanto mais densa a floresta maior a dimensão e velocidade de propagação do incêndio. Analogamente, autoextingue-se quando o combustível (suscetíveis) é insuficiente para a sua manutenção. Ou seja, quando se atinge a imunidade de grupo/proporção crítica vacinal.

Na fase de contenção apagam-se todas as ignições e pequenos “fogos” identificados pelos “vigilantes da floresta”, que são os serviços de saúde pública /vigilância epidemiológica. Quando o incêndio atinge proporções incompatíveis com os meios disponíveis, há que “deixar arder”, de forma controlada, preservando pessoas e bens: entramos, então, na fase de mitigação.



Lúcio Meneses de Almeida

O número de casos confirmados de infeção pelo SARS-CoV-2 (COVID-19) ultrapassou, decorrido apenas 1 mês do início da epidemia, a totalidade dos casos de SARS-CoV identificados de novembro de 2002 a julho de 2003, sendo a sua disseminação geográfica, em número de países, mais de três vezes superior. À data de 8 de março, contam-se 101 países e territórios com casos confirmados.

A letalidade da doença é, em contrapartida, cerca de 1/3 da de 2002-2003, cifrando-se, presentemente, em 3,4%. Uma vez que a disseminação de um vírus é tanto mais fácil quanto menor a sua letalidade, tal não configura uma boa notícia. A mortalidade é determinada, fundamentalmente, pelo risco de adquirir uma doença e não pelas características da doença em si (letalidade).

Mas também o aumento observado da letalidade, relativamente aos casos acumulados até ao final de janeiro do corrente ano, não configura, inversamente, um ganho em saúde pública. Em 1918 a segunda onda pandémica foi mais letal do que a primeira, uma vez garantida a capacidade de propagação.

Planear a resposta, em termos de serviços de saúde, consiste em ajustar os recursos disponíveis (número de camas hospitalares, de ventiladores, etc.) aos cenários construídos (número de infetados, de doentes "favoráveis" e de doentes críticos). Trata-se de um processo que considera a capacidade máxima (extraordinária) da entidade ou serviço prestador ("surge capacity").

Em 2002-2003 constatou-se que a infeciosidade do SARS-CoV atingia o pico após a primeira semana de período sintomático; manter as precauções necessárias, em contexto de uma enorme pressão assistencial e perante um período de infeciosidade clínica alargado, exige dos profissionais um treino rigoroso e uma motivação permanente.

Mas, para que a resposta seja adequada, os cenários têm que ser realistas. E para serem realistas têm que ser imunes a agendas e condicionalismos político-partidários. Os dados epidemiológicos existentes mostram que a infeciosidade/reprodução populacional do SARS-CoV-2 (COVID-19) é 2 vezes superior à da gripe sazonal. De salientar, quanto a esta última, a imunidade prévia cruzada (ausente relativamente aos vírus pandémicos), a existência de uma vacina com uma elevada eficácia e a expressiva adesão vacinal, por parte dos grupos-alvo.

Na ausência de vacina e perante um número reprodutivo básico ( $R_0$ ) estimado de 2,2, até 54% da população poderá ser infetada. As medidas de saúde pública são as únicas presentemente disponíveis. E devem ser precedidas por uma cuidada ponderação entre o benefício que pretendem e a perturbação societal que podem causar.

Impõe-se, assim, um plano de contingência nacional, transetorial mas tecnicamente liderado pela Saúde/Direção-

geral da Saúde. Mas de pouco servirá se não houver um reforço massivo de meios e recursos – começando por “tecnologias” tão simples como a solução antisséptica de base alcoólica, em instituições de saúde e noutros locais públicos, sabonete líquido e toalhetes de papel, para lavagem e secagem higiénica das mãos e, a “tecnologia” das tecnologias em saúde pública, a comunicação do risco, através de campanhas dirigidas à população em geral e a grupos específicos.

Não obstante a evolução da pandemia de COVID-19 não ser passível de previsão, quanto melhor a preparação (traduzida em despesa observável), mais efetiva será a resposta. E é na resposta que podemos condicionar favoravelmente o seu impacto.