

PARTE III

ENFRENTAMENTO DA CRISE SANITÁRIA NA PERSPECTIVA GERENCIAL

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO RIO DE JANEIRO

Data de aceite: 02/11/2024

Mercedes Neto

Mary Hellem Silva Fonseca

Flávio Dias da Silva

Marina Maria Baltazar de Carvalho

Caio Luiz Pereira Ribeiro

Nadja Greffèe

ENFERMAGEM NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Florence Nightingale, precursora da Enfermagem Moderna, atuou durante a guerra da Crimeia, e distinguiu-se por ter implementado um sistema de cuidados, que à época diminuiu em cerca de 40 % o número de mortes. Além disso, Nightingale implementou mudanças no processo de cuidar e gerenciar o cuidado com o intuito de minimizar os riscos e melhorar consideravelmente a situação sanitária do local onde se encontravam^(1,2). Apesar dos bloqueios de outros profissionais perante mudanças sugeridas por uma enfermeira, o fato foi que sua diferença no manejo

àquela crise sanitária fez com que, 200 anos depois de seu nascimento, ainda executemos suas orientações quanto à prevenção e higiene, pautados na melhoria das condições sanitárias da população assistida⁽³⁾.

Ao longo da trajetória de Florence Nightingale, suas concepções teóricas com base em observações organizadas sistematicamente sobre o seu cotidiano na prática do cuidar dos doentes, por meio de dados estatísticos, que ela dominava, destaca-se o “diagrama da rosa”, gráfico que evidenciou as mortes dos soldados na Guerra mais por doenças infecciosas adquiridas no hospital, do que pelos ferimentos de guerra. Isso teve um impacto no convencimento do governo britânico para tomar medidas de higiene nos hospitais⁽⁴⁾.

Até hoje, diversos profissionais de saúde, além dos enfermeiros, usam como base de seus trabalhos as contribuições de Nightingale para o campo de seus trabalhos no que tange o meio ambiente, a epidemiologia, o sanitarismo, além

da prevenção e controle de infecções. Além disso, tendo sido enfermeira em época de epidemias, de que é exemplo a cólera e o tifo, Nightingale lançou recomendações que continuam sendo utilizadas e validadas, nomeadamente, para enfrentar condições de infecção⁽⁵⁾, no qual tem-se como exemplo atual na pandemia por Covid-19.

Aspectos Conceituais da Vigilância em Saúde

Historicamente, o conceito de “vigilância em saúde” esteve atrelado ao comportamento do processo saúde/doença de cada época. As medidas de isolamento, por exemplo, são práticas mais antigas de intervenção social relativa à saúde na sociedade. No final da Idade Média, o modelo médico e político de intervenção que surgia para a organização sanitária das cidades deslocava-se do isolamento para a quarentena.

O desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e o advento da bacteriologia, em meados do século XIX, resultaram no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação, iniciando uma nova prática de controle das doenças e novas formas de organização e planejamento dos serviços de saúde são apresentadas. Surge, então, em saúde pública, o conceito de ‘vigilância’, ainda em uma condição limitada, na função de observar contatos de pacientes sintomáticos pelas denominadas ‘doenças pestilenciais’⁽⁶⁾.

Em 1963, Alexander Langmuir, conceituou ‘vigilância em saúde’ como a “observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la”. A definição atual da vigilância baseia-se nessa mesma noção de vigilância, com possibilidade de direcionar a tomada decisão na esfera governamental⁽⁷⁾.

As doenças transmissíveis além dos números alarmantes, também disseminam a necessidade de estruturar o pilar da ‘vigilância’ nos serviços de saúde, através da ‘campanha de erradicação da varíola’, nas décadas de 1960 e 1970. Nesse mesmo período, no Brasil, é organizado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (1975), se dá através da instituição do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças. Em 1976, é criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária.

Durante a década de 1990 ficam estabelecidos três elementos que compõem a estrutura da vigilância em saúde: a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e o desafio para a estruturação da vigilância ambiental. A vigilância epidemiológica é um dos pilares estruturantes da vigilância em saúde que tem por finalidade fornecer subsídios permanentes para execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas mesmas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida⁽⁸⁾.

Os sistemas de vigilância epidemiológica do mundo funcionam através de listas de doenças/agravos de notificação compulsória, a atualização destas listas é sempre dinâmica e respeitam critérios epidemiológicos como magnitude, potencial de disseminação, transcendência, vulnerabilidade, disponibilidade de medidas de controle, sendo a lista periodicamente revisada, seja em função da situação epidemiológica atual, emergência de novos agentes ou ainda alterações no regulamento sanitário internacional⁽⁹⁾.

O processo de trabalho em vigilância epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde e ganham cada vez mais destaque no cenário mundial, uma vez que doenças locais ganham rápido potencial de disseminação para uma sociedade que assume perspectiva globalizante e a cada vez mais tecnológica. O mundo contemporâneo tem exigido atualizações constantes, respostas rápidas e efetivas, assim como a incorporação de novas estruturas e estratégias capazes de atender às expectativas, inovações científicas e tecnológicas que ofereçam respostas qualificadas, que elevam o impacto epidemiológico das ações.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia. São funções da vigilância epidemiológica: coleta de dados; processamento de dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas; promoção das ações de prevenção e controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; divulgação de informações pertinentes; entre outras⁽⁷⁾.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO PERÍODO PRÉ-PANDÊMICO

O manejo de uma Emergência de Saúde Pública, pela Vigilância em Saúde, pressupõe um olhar para além da atuação institucional consolidada do setor, à medida que os processos norteadores de construção de uma resposta convergem na enumeração e integração entre todos os seus elementos constituintes.

Entre as competências enumeradas⁽¹⁰⁾ para um gestor de Emergências de Saúde Pública podemos listar “a combinação das capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras, articuladas nas três áreas de competência que delimitam o escopo de atuação profissional, sendo estas *a atenção à saúde, a gestão em saúde e a educação em saúde*”.

Na segunda metade da década de 2000, mais especificamente a partir de 2007, o Brasil e em especial a cidade do Rio de Janeiro, entraram na agenda para realização de eventos de massa mundiais, tais como: *Jogos Pan-Americanos (Rio 2007)*, *Jogos Mundiais*

Militares (Rio 2011), Rio +20 (2012), Copa das Confederações (Rio 2013), Jornada Mundial da Juventude (Rio 2013); Copa do Mundo de Futebol – FIFA 2014, Jogos Olímpicos e Paralímpicos (Rio 2016).

Sediar eventos de massa de importância internacional imputam inúmeros desafios à gestão pública. No âmbito do Sistema de Saúde, esses eventos representam a real necessidade de agendas de convergência e planejamento integrado, dada a complexidade das operações de campo e os riscos potenciais à saúde da população inerentes.

As ESPII são definidas como eventos extraordinários determinados por: a) constituir um risco de saúde pública para outro estado por meio da propagação internacional de doenças; b) requerer, potencialmente, uma resposta internacional coordenada.

Todavia, destaca-se⁽¹¹⁾ que o termo “Emergência de Saúde Pública (ESP)” não restringe os eventos e interesse à ocorrência de natureza infecciosa e transmissível e que combinam ainda problemas de saúde de natureza química, radionuclear ou decorrentes de desastres ambientais.

Há que se considerar o grande desafio interposto à gestão das Emergências de Saúde Pública, por ocasião da eclosão da pandemia por cepa do vírus H1N1 de linhagem suína, a partir de 2009 compreendendo que⁽¹²⁾:

Apesar de situações de emergência de saúde pública causadas por agentes infecciosos foram registrados no campo da saúde pública ao longo dos séculos, eles ainda causam ameaças e insegurança devido à mudança de padrão das doenças infecciosas e da dinâmica de transmissão de seus agentes. No início do século XXI, a gripe suína, que alcançou o status de pandemia pela influenza A (H1N1), constituiu um desafio para gestores e trabalhadores da área de saúde, devido à sua falta de um padrão claro de comportamento, com impacto sobre as decisões gerenciais. Mesmo que este é um campo de idade, ainda é um processo de descobrir as possibilidades de organizar as estratégias para o gerenciamento desses situações de emergência. Este é um desafio para os serviços de saúde, não só nos países em desenvolvimento como o Brasil, mas também nos países desenvolvidos. Por esta razão, a preocupação com os problemas de saúde decorrentes de doenças infecciosas voltou para as agendas dos governos⁽¹²⁾.

É de suma importância o resgate desse histórico, considerando a sinergia de processos e procedimentos quando da preparação de resposta, sendo a Vigilância em Saúde, nesses dois cenários um elemento disparador das atividades.

A descrição de fatos, que narram a epidemia pelo novo coronavírus, inicia-se em 31 de dezembro de 2019, através de detecção do escritório da OMS – República Popular da China sobre declaração da Comissão Municipal de Saúde de Wuhan – província de Hubei, publicada em website, que mencionava casos de uma “pneumonia viral”. O escritório regional da OMS na China transmite o documento e respectiva tradução ao escritório da OMS – ponto focal do Pacífico Ocidental, em cumprimento ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

Em 09 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas informam que o surto é causado por um novo coronavírus e a OMS dispara documentos com orientações para o gerenciamento de surtos de uma doença: prevenção e controle de infecções, provas de laboratório, ferramentas para exames, comunicação de risco e participação da comunidade, lista de produtos, orientações para viajantes, gestão clínica e definição de caso para vigilância. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a epidemia do novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia.

Na região das Américas, o primeiro caso foi identificado em 21 de janeiro de 2020 nos EUA. No Brasil e na América do Sul, o primeiro caso de Covid-19 foi registrado em 26 de janeiro de 2020, na cidade de São Paulo e a partir da segunda metade de maio de 2020, a OMS anuncia a América do Sul como novo epicentro da epidemia, países periféricos marcados pela desigualdade social e econômica. Segundo dados da OMS⁽¹³⁾, atualizados em 28 de julho de 2020, foram contabilizados 16.523.815 casos e 655.112 óbitos confirmados pela doença, letalidade de 4,0 %.

No Brasil, o gerenciamento da atual emergência de saúde pública tem sido impactado pela crise política e intensa troca de ministros durante a pandemia, o que resulta em ações não sistematizadas pela união e perda na capacidade de se antecipar e prevenir o avanço da interiorização da doença no país. Segundo dados do Ministério da Saúde atualizados em 30 de julho de 2020, o país chega a 2.556.765 casos confirmados e 90.383 óbitos confirmados por Covid-19, letalidade de 3,5 %. A pandemia no Brasil, para além dos números, revela um país marcado pela desigualdade social, observada na dificuldade de acesso a serviços essenciais, como por exemplo saúde, política social frágil e desproteção dos mais vulneráveis⁽¹⁴⁾.

Covid-19 e a construção do processo de trabalho da Vigilância em Saúde

A construção dessa resposta teve início em 17/01/2020, momento em que a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde publica o primeiro Boletim Epidemiológico, com a apresentação das definições operacionais e fluxos de investigação preliminares para a denominada “Pneumonia de etiologia desconhecida” identificada na China. Conforme rotina, nos âmbitos Estadual e Municipal (especificamente nas capitais) passam a ser acionadas as estruturas da Rede CIEVS (Centro de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde) como pontos focais para monitoramento inicial do evento, recepção e disseminação de informações.

Em 22/01/2020 o Ministério da Saúde ativa o Centro de Operações de Emergência (COE) para alinhamento, planejamento e organização das atividades entre todos os atores envolvidos, além do fortalecimento do monitoramento internacional do evento.

No âmbito municipal o CIEVS-Rio passa a intensificar a captura de informações para monitoramento internacional do evento e a estruturar orientações técnicas, ajustadas às rotinas locais, para retroalimentação da gestão municipal e rede de serviços de saúde. O CIEVS-Rio passa a ser o ponto focal, na gestão municipal, de comunicação junto ao COE-MS.

Em todo processo de estruturação da vigilância de uma doença/agravo emergente, o dinamismo das modificações nas definições operacionais imputa ao planejamento das ações e operação de campo um desafio adicional, à medida que novas informações são incorporadas aos conceitos previamente disseminados, requerendo revisão/atualização permanente das diretrizes, com a disseminação pelos meios mais rápidos disponíveis, para alcance a todos os atores do sistema de saúde.

Um exemplo dessa questão, refere-se ao primeiro caso suspeito captado em residente do município do Rio de Janeiro que nas primeiras horas do dia 27/01/2020 não atendia aos critérios vigentes para a vigilância de casos, mas que passaria a atender aos critérios no dia seguinte, tendo em vista a atualização de diretrizes que estava em curso no âmbito federal. A cidade do Rio de Janeiro é a segunda cidade do país a identificar um caso Covid-19 em 06 de março de 2020, após 11 dias do anúncio do primeiro caso em São Paulo. As duas grandes capitais do país iniciariam a descrição sobre o comportamento da doença no Brasil.

A primeira publicação própria da SMS-Rio, baseada nas diretrizes editadas pelo COE-MS, foi publicizada em 27/01/2020 (com atualização no dia 28/01/2020), editada no formato mais próximo a um procedimento operacional padrão, alinhando definições operacionais, procedimentos de investigação laboratorial e cadastro de amostras biológicas, bem como orientações sobre busca ativa de comunicantes, cuidados no domicílio e isolamento social⁽¹⁵⁾.

No âmbito municipal, a Superintendência de Vigilância em Saúde define agenda estratégica, no formato de Sala de Situação, com todos os pontos focais da atenção primária, assistência, regulação e comunicação social para organização e planejamento das ações de enfrentamento à Covid-19. Nessa ocasião alinha-se a necessidade de confecção de Plano de Contingência como ferramenta estruturante, pautado nas diretrizes nacionais retroalimentadas pelo Ministério da Saúde a partir do COE-MS.

É importante destacar, que nesse momento a cidade estava em franco enfrentamento de uma outra Emergência de Saúde Pública relacionada ao Sarampo e no período sazonal para a intensificação na circulação das Arboviroses de interesse epidemiológico (Dengue, Febre Chikungunya e Doença pelo vírus Zika).

O surgimento das Emergências de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII) sob a égide da revisão do Regulamento Sanitário Internacional de 1969, foi realizada entre 1995 e 2005⁽⁷⁾, que neste contexto emerge a resignificação de objetos e práticas da vigilância em saúde, atreladas a um cenário epidemiológico cada vez mais dinâmico

e influenciado pelo intenso fluxo internacional de pessoas, tendo como consequências a globalização de doenças e agravos transmissíveis emergentes ou reemergentes.

MODULAÇÃO DO TRABALHO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Na modulação do plano de resposta e enfrentamento à Covid-19, dois elementos cruciais ao escopo de trabalho da Vigilância em Saúde se encontravam ainda em processo de consolidação, sendo eles, a estruturação de um sistema de informação nacional e a limitada capacidade de resposta dos Laboratórios de Referência, do ponto de vista da disponibilidade de testes diagnósticos.

No tocante ao sistema de informação, a solução exequível em um primeiro momento pelo Ministério da Saúde foi a de utilizar um formulário eletrônico, nos moldes do FORMSUS. Inicialmente coube ao CIEVS-Rio a coleta da informação e a primeira qualificação de critérios de elegibilidade e ao CIEVS-SES a segunda validação dos critérios de elegibilidade e por fim, autorizar a inserção dos dados no formulário eletrônico.

Considerando o faseamento do plano de resposta e a medida em que se intensificavam os registros de casos fora da China e por conseguinte as comunicações de casos em egressos de viagem internacional com elegibilidade, o processo de trabalho supra descrito se tornou de difícil condução. Um importante termômetro sobre essa questão foi a elevação exponencial dos acionamentos via plantão remoto do CIEVS (com atendimento por telefone 24 h).

No tocante à investigação laboratorial, as amostras (mesmo aquelas processadas em laboratórios privados) deviam passar por validação no Laboratório de Referência Nacional (FIOCRUZ). Antes da aquisição de kits ou de tecnologia para produção própria, todos os laboratórios deviam encaminhar alíquotas para avaliação pelo Laboratório de Referência. Como eram poucos os habilitados no país a realizar a contraprova, associado ao incremento no volume de solicitações, esse fluxo também se tornou de difícil condução, à medida que impactava na celeridade de liberação ou não dos indivíduos sob suspeita do isolamento social.

Os desafios no incremento da capacidade de resposta da Rede de Laboratórios de Saúde perpassaram todas as fases de planejamento do enfrentamento, à medida que se estabeleciam dissonâncias entre as orientações de organismos internacionais e os direcionamentos no investimento no âmbito federal, alheios às orientações técnicas do próprio Ministério da Saúde.

De modo concomitante, havia uma premência na execução de atividades de educação permanente com a rede de serviços de saúde. Dois pontos eram cruciais nessas ações: a sensibilização dos profissionais para a identificação precoce de casos elegíveis e a adoção das medidas universalmente recomendadas de proteção individual e coletiva

no manejo dos casos, implicando diretamente na revisão dos processos de trabalho a partir do acolhimento dos usuários e sobretudo na aceitabilidade por parte dos profissionais das medidas de mitigação e controle dos riscos ocupacionais inerentes. Tratava-se algo para além dos procedimentos padrão e do necessário aumento na aquisição de insumos, perpassando ao enfretamento de padrões culturais que de sobremaneira subjagam os riscos atinentes à atividade. Foram executados cinco encontros, direcionados a profissionais e gestores da rede municipal de saúde.

Em 06/02/2020 foi publicizado o Plano de Enfrentamento Municipal, com definição de competências por atividade relacionada ao enfrentamento e alinhado às diretrizes nacionais de faseamento de atividades. Essa celeridade na definição do planejamento inicial foi de extrema importância para garantir o tempo necessário à consolidação das diretrizes de ação em toda a rede municipal. Nesse momento, a principal porta de entrada de casos suspeitos elegíveis era a Rede Suplementar de Saúde, considerando o vínculo epidemiológico à viagem internacional. De toda forma essas pessoas, eventualmente, podiam possuir suas redes de contatos potenciais de usuários do SUS, demandando, portanto, alerta e organização da rede municipal para manejo desses casos.

A manutenção do fluxo de viagens internacionais e a elevação na circulação de pessoas na cidade por conta do carnaval, representaram importantes portas de entrada para a transmissão comunitária, identificada na primeira quinzena de março de 2020. Além disso subsidiaram a decisão da Superintendência de Vigilância em Saúde de ampliar a capacidade de resposta rápida do CIEVS, com reativação da Unidade de Resposta Rápida (URR) dotada com 10 profissionais, em regime 40 h, com serviço de transporte dedicado, garantindo assim a cobertura plena da Vigilância em Saúde às ocorrências fora do horário administrativo.

A partir da identificação do primeiro caso confirmado, em egresso de viagem à Europa e posteriormente da identificação do primeiro caso de transmissão comunitária, inicia-se um novo momento na resposta, com a necessidade de monitorar o crescimento exponencial das ocorrências leves e graves. Para as ocorrências graves e óbitos dispúnhamos do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SIVEP) para a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), originado a partir da pandemia por Influenza A H1N1 no ano de 2009, além do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Mas para os casos leves, a denominada Síndrome Gripal (SG) não dispúnhamos de uma Vigilância Universal, que foi se moldando a partir das necessidades impostas pela pandemia. Até que se chegasse à configuração atual, pautada em um sistema de base web, com estabilidade de acesso, padronização de instrumentos de coleta e autonomia da gestão municipal no gerenciamento do banco de dados em seu nível de competência, ocorreram duas transições de sistema que imputaram a Vigilância em Saúde desafios adicionais, no tocante à publicização da informação descritiva do evento a tempo e hora necessários.

Na atual sociedade de consumo de informação rápida, de especialistas instantâneos na epidemiologia de mídia, os embaraços críticos progressos da insuficiência de investimentos na unificação de sistemas de informação em saúde e registros de usuários, aliados ao dinamismo do movimento epidêmico de uma doença emergente (aumento exponencial no registro de casos, dualidade nos sistemas de registro de casos, distinções de acesso ao registro do caso), impactam na qualificação mínima do dado registrado imputando limitações na publicização de análises descritivas mais acuradas sobre o evento em curso.

Aliado a isso, temos o clima beligerante e polarizado das relações interpessoais atuais, em que a falta de argumentos técnicos torna-se questionamentos acalorados sobre qualidade e veracidade das informações, extraídas dos sistemas nacionais de informações, em todos os níveis de gestão. A necessidade de atualização em tempo real de informações, que necessitam de tempos diferenciados para ajuste e processamento adequado, descortinam um novo mundo para a Vigilância em Saúde.

A cidade do Rio de Janeiro foi a primeira no estado do Rio de Janeiro a hospedar em ambiente web um Painel de Dados Públicos relacionados à Covid-19, apresentando dados de morbimortalidade e atenção à saúde. Foi a primeira cidade a disponibilizar acesso público aos dados que alimentam ao Painel, permitindo o monitoramento da situação de saúde relacionada ao evento pela sociedade civil. Foi a primeira cidade a constituir um grupo interdisciplinar de monitoramento e classificação dos óbitos relacionados à Covid-19, com publicização em DO dos critérios de classificação e fluxos de trabalho, frente à necessidade de garantir arcabouço de segurança institucional na avaliação única das ocorrências, dado o dinamismo do conhecimento científico relacionado à morbimortalidade pela doença.

Um fator importante refere-se ao manejo de informações relacionadas aos grupos vulneráveis que direcionava atenção especial às pessoas que vivem em comunidades carentes, enfrentam más condições sociais e econômicas e ao mesmo tempo são a força de trabalho produtiva para suas famílias e na manutenção de serviços da cidade. Também foram grupo de risco os portadores de doenças cardíacas, DPOC, doença metabólica (Diabetes tipo 2), doenças autoimunes e gestantes.

Outro grande desafio para Vigilância em Saúde era estruturar ações para pessoas que vivem em abrigos, especialmente idosos nas instituições de longa permanência e ainda pessoas privadas de liberdade que vivem em prisões superlotadas e recebem visitas de familiares, risco potencial para as complicações de saúde provocadas pela Covid-19 e para transmissão da doença.

Quadro Demonstrativo 1 – Produtos da Vigilância em Saúde na Pandemia

Eixo temático	Quantitativo de produção técnica
Plano de contingência	01
Orientações notificação/investigação casos suspeitos de coronavírus	06
Infográficos	24
Resoluções e Notas Técnicas	14
Mapas georreferenciados (óbitos confirmados e casos confirmados em comunidades)	04
Monitor diário (análise da informação – interna SMS Rio de Janeiro) • <i>Monitor Inconsistência e Monitor encerramento oportuno</i>	02

Fonte: Os autores, 2020.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO PÓS-PANDEMIA – O QUE ESPERAR?

Passada a progressão e seu clímax (com o pico máximo de casos/óbitos), a regressão das curvas de monitoramento faz raiar a egressão no horizonte epidemiológico e ao mesmo tempo abre espaço para várias certezas e incertezas.

Entre as certezas do senso comum, a de que nada será como antes nesse novo normal nos parece uma incerteza epidemiológica. Vivenciamos a retomada de processos de vida e com eles a imersão nos cíclicos processos de saúde e adoecimento da modernidade. A principal medida não farmacológica de mitigação e controle da Covid-19, o isolamento social, colocou em modo hibernação importantes problemas de saúde pública pela simples eliminação de um dos vértices da tríade epidemiológica (o suscetível) sem, contudo, conferir a ele o status permanente de proteção. Novos e velhos inimigos à espreita, em um estranho cavalheirismo de oportunidade. Quem vai ser o próximo?

Em relação à Covid-19, paira a ameaça persistente de novas ondas de adoecimento, à medida que a vida comum toma contornos de vida comum. A sensação de impunidade no consciente coletivo ao deixar em segundo plano o aprendizado baseado em problemas reais. Não aglomerar, lavar as mãos constantemente, utilizar máscaras em espaços públicos parecerão grandes falácias? Poderão ser associadas às demais falácias, tais como não jogar lixo na rua, limpar o vasinho de planta, atualizar a caderneta de vacinação? Não se trata de culpabilizar o usuário, mas refletir sobre o processo de “naturalização” negacionista.

Por outro lado, o exercício da corresponsabilidade nos processos saúde/doença, ou ainda a mobilização cidadã pode ser um dos grandes legados. O que reforça o saber acumulado da vigilância em saúde em trazer as necessidades de saúde em uma perspectiva de coletividade, além de potencializar e integrar ações políticas globais. O mundo clama por respostas mais sustentáveis e participativas.

Do ponto de vista operacional, as certezas momentâneas dão conta da persistência da dualidade de entrada de registros de casos, separando os leves (SG) dos graves (SRAG) mantendo as chances de duplicação de informações à medida que o primeiro é condição para o segundo. Não há no horizonte um sinal de unificação de bases, cadastros e sistemas. Mas já foi possível o aprimoramento da coleta de informações com base nas experiências apreendidas e na incorporação de tecnologia diagnóstica.

Vivemos um momento positivo de investimentos nos inquéritos epidemiológicos de soroprevalência, sendo esta questão urgente e premente para descortinar o mapa da imunidade da população. Essa realmente é a hora e o exato momento para mostrar toda potência e as diversas possibilidades que a vigilância em saúde pode ofertar à população e à gestão em saúde pública. O investimento mais atual da vigilância em saúde refere-se às iniciativas de Vigilância Ativa em população idosa institucionalizada de longa permanência e também na população prisional, o que abre um importante precedente para elencar outras populações de importante vulnerabilidade social que possam ser objeto desta atividade.

REFERÊNCIAS

1. Abecasis L. Notas sobre Florence Nightingale. Loures: Lusociência; 2005.
2. Martins DF, Benito LAO. Florence Nightingale and its contributions to the control of hospital acquired infections. *Universitas*; 2016; 14(2):1-14. Acesso em: 10 maio 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200395>
3. Wills EM. Grandes teorias da enfermagem baseadas nas necessidades humanas. *In*: McEwen M, Wills EM, editores. *Bases teóricas de enfermagem*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
4. Nunes BMVT. Os ensinamentos de Florence Nightingale em tempos de pandemia. [Editorial]. *Rev. Enferm. UFPI [internet]*. 2020; 9:e11185. Acesso em: 10 maio 2021. doi: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v9i0.11185>
5. Aragão JHA. Nightingalean assumptions in hospital practices: Grants for nursing. *Rev Enferm UFPE* 2017;11(supl 4):1625-33. doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.10438-93070-1-RV.1104sup201703>
6. Waldman EA. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. V.7 (Série Saúde & Cidadania).
7. Teixeira MG, Costa MCN, Carmo EH, Oliveira WK de, Penna GO. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2018, v. 23, n. 6. Acessado 05 Jul 2020], p. 1811-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018>
8. Paim JS, Almeida Filho N. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
9. Rouquayrol MZ, Gurgel M. *Epidemiologia e saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013.

10. Petta HL. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do programa nacional de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas (Pró-Residência). *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 72-9, Mar; 2013. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100011>. Acessado em: 17 jul 2020.
11. Carmo EH, Penna G, Oliveira WK. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estud. av.*, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 19-32, Dec. 2008 doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142008000300003>. Acessado em 16 jul 2020.
12. Souza DB, Dall'agnol CM. Emergência de saúde pública: representações sociais entre gestores de um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jul-ago 2013 [acesso em: 10 jul 2020];21(4):[07 telas]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0998.pdf
13. OMS. Organização Mundial da Saúde. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Acessado em: 28 jul 2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Dashboard COVID, 2020. Disponível em: https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html
15. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Orientações para Notificação/Investigação de casos suspeitos por novo coronavírus (2019-nCoV). Acessado em 28 jan 2020. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2020.