

VIGILÂNCIA ESCOLAR EM SAÚDE COM PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

Luciana R. Garzoni e Elba R.S Lemos – IOC/Fiocruz
e Eduardo A. Costa – ENSP/Fiocruz

Vigilância Epidemiológica para o enfrentamento de epidemias

As medidas restritivas foram difundidas pela OMS com base na experiência norte-americana com a gripe espanhola de 1918-19, estudada mais recentemente, na primeira década desse século, motivada pela possibilidade de pandemias “gripais” graves. As análises recaíram sobre os índices de mortalidade de cidades levando em conta o grau de isolamento e o tempo que foi mantido. Poucas cidades mantiveram por mais de 6 semanas, mas foi possível examinar e concluir pela importância dessas medidas na ausência de outras quaisquer (Hatchatt, 2008).

No início da atual pandemia, na China, houve a incorporação de um outro elemento, melhor aprendido com a campanha de erradicação da varíola na década de 1960/70, complementar à atividade de vacinação em massa, caracterizado como vigilância epidemiológica, voltada para os casos de varíola e seus contatos. Ou seja, onde há um caso, houve transmissão de alguém - a investigação indicará de quem pegou e para quem já pode ter transmitido. É o rastreamento de contatos. Os doentes são isolados e os contatos assintomáticos vacinados (na adaptação à COVID-19, testados pela técnica de SARS-CoV-2-RT-PCR) e colocados em observação, pelo período de incubação da doença mais o tempo em que se mantém infectante.

A outra atividade consolidada mundialmente a partir da campanha da varíola foi a busca ativa de casos, em vilas remotas, nas áreas mais pobres, em feiras-livres. Se fosse encontrado um caso ou informação de alguém suspeito esses eram visitados e seus contatos também rastreados.

Os chineses fizeram o mesmo com grande foco nos trabalhadores da saúde e de mercados. Esses passaram a trabalhar mais protegidos e ao final da epidemia de Wuhan, a incidência nos mesmos foi igual à da população geral, mostrando que as medidas de proteção foram eficientes (China CDC, 2020).

Esses métodos ditos não farmacológicos da epidemiologia clássica foram avaliados comparativamente, mostrando sua importância decisiva no controle epidêmico (Peak et al, 2017, Hellewell et al, 2020).

A combinação das duas medidas, isolamento social e rastreamento de casos na Ásia (Coreia do Sul, Vietnã, Nova Zelândia) e até na América Latina alcançou êxito (Argentina, Uruguai, Colômbia, Cuba, por exemplo). Aqueles países que não usaram os testes para rastrear os casos e isolá-los continuam enfrentando problemas. Por essa razão, em verdade, o segundo critério da OMS é fundamental para se atingir o primeiro, que é a busca ativa e rastreamento com isolamento de casos e contatos. Em outras palavras, o segundo critério que foca no sistema de saúde preparado para essas atividades de vigilância epidemiológica não está acontecendo na escala necessária para interromper a transmissão da doença. E, assim, o prolongamento do isolamento social indiscriminado sem efetividade começa a apresentar esgotamento, em especial nas populações com piores condições de vida.

Outro aspecto na abrangência do sistema de saúde a ser considerado na tomada de decisão pelos gestores governamentais é a disponibilidade de leitos de UTI, para evitar o colapso do sistema de saúde.

Papel da escola na Vigilância Epidemiológica

A escola é um centro social dinâmico e exatamente por sua característica de aproximar famílias e servidores costuma funcionar em muitas doenças como um local 'sentinela' que avisa que há uma doença transmissível na comunidade.

De fato, tanto através do absenteísmo como por manifestações clínicas no ambiente escolar, os dirigentes escolares costumam notificar (simplesmente ao posto de saúde mais próximo ou diretamente por telefone à secretaria municipal de saúde) sobre a ocorrência de alguma situação que possa trazer contaminação para pessoas daquela comunidade escolar.

Essa preocupação com a transmissão da doença é que diferencia esse tipo de evento de um outro também médico-sanitário que possa ocorrer, como um acidente, ou uma intercorrência clínica crônica, que exigem atenção imediata, mas sem risco de transmissão a outros.

Uma das doenças que exigiu a estruturação da vigilância epidemiológica nas secretarias municipais de saúde do país foram as meningites. Na década de 1970/90 chegou a haver fechamento de escolas por precaução na ocorrência de um caso. A equipe de vigilância visitava a escola e administrava a minociclina profilaticamente para os familiares e alunos da mesma sala da criança com diagnóstico de meningite meningocócica. E fazia o teste laboratorial em servidores para detectar eventual portador sadio (assintomático).

Sem dúvida que, sob o ponto de vista epidemiológico, procedimento semelhante deve ser estratégico e obrigatoriamente usado em relação à COVID-19, na reabertura do ensino presencial, porém, com adaptações ao tipo de enfermidade.

Um dos aspectos importantes para a ação epidemiológica nessa enfermidade é a rapidez na detecção de casos da doença na comunidade escolar e paraescolar (familiares, funcionários ou pessoas de convívio mais próximo) para que sejam evitados novos casos na escola. Por essa razão, precisamos de um sistema de monitoramento de sintomas e sinais de infecção diários nessas duas comunidades, escolar e ampliada, partindo dos princípios da epidemiologia clássica e da inteligência epidemiológica e geográfica (NT - Costa & cols., 2020).

A vigilância epidemiológica com participação da comunidade escolar

A Política Nacional de Vigilância em Saúde apresenta entre suas diretrizes, a necessidade de inclusão da comunidade e do controle social nos programas de capacitação e educação permanente em vigilância em saúde para fortalecer a participação da população nas ações de vigilância em saúde. É a chamada vigilância com participação popular ou comunitária. Na perspectiva da vigilância no ambiente escolar para o controle da COVID-19 e de outros agravos ou situações que ameacem a saúde, esta ideia coloca a comunidade escolar em um papel chave nas ações de vigilância epidemiológica, e poderá inclusive fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica local que deve assumir o seu papel estratégico na detecção de casos e rastreamento de contatos, com a realização dos testes diagnósticos e no controle da transmissão não apenas na escola mas em todo o território.

Todas as recomendações de organismos internacionais como OMS, CDC, UNICEF e UNESCO colocam o papel fundamental do engajamento da comunidade escolar para o controle da COVID-19 na escola e fora dela.

Salientamos a importância das ações de sensibilização e de educação em saúde em sua perspectiva mais ampliada, para garantir o engajamento de todos nas ações de enfrentamento da pandemia de COVID-19, sem o qual qualquer planejamento e estratégia de enfrentamento terá poucas chances de sucesso. Integradas às ações de prevenção e cuidado, bem como às estratégias educativas, a vigilância em saúde com participação comunitária ganha um papel de destaque na escola, fundamental para um momento como o atual. Nossas experiências para o engajamento da comunidade escolar em ações de vigilância com participação comunitária para o enfrentamento das arboviroses incluindo dengue, zika, chikungunya e febre amarela (com alunos da educação básica do Rio de Janeiro de comunidades em situação de vulnerabilidade social), demonstraram o potencial desta estratégia não apenas para a prevenção e controle de doenças, mas para a construção de uma consciência crítica a respeito dos determinantes socioambientais da saúde (Garzoni et al.2018).

Salas de situação de saúde da OMS e o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) do Ministério da Saúde: É possível adaptar tais estratégias para o contexto escolar?

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) criou o conceito de *Sala de Situação de Saúde* e define o mesmo como “um espaço físico e/ virtual onde a informação sobre a saúde de uma população é analisada sistematicamente por uma equipe técnica durante situações de emergência como surtos epidêmicos ou desastres naturais. As salas de situação visam planejar e avaliar ações em saúde por meio da análise de cenários/risco e elaboração de estratégias de vigilância e controle, apoiando decisões e políticas para

melhorar a saúde da população monitorada, incluindo a vigilância das doenças sujeitas a regulamento internacional, como é o caso da COVID-19. As salas de situação apresentam ainda papel estratégico na difusão da informação à comunidade, interagindo e fomentando a saúde_(OPAS, 2020).

Com o objetivo de fortalecer a resposta às situações de emergências sanitárias no Brasil, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde criou em de 2005, os Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS). O CIEVS/SVS/MS compões uma rede mundial de alerta e resposta com o objetivo de prevenir a propagação internacional de doenças. Internamente o CIEVS atua de forma integrada com estados e municípios, implementando salas de situação de saúde locais e formando uma rede nacional de alerta e resposta a emergências em saúde pública. Os CIEVS são integrados por tecnologia de informação e comunicação, atuando nos limites de seus estados e municípios (SES PR, 2020).

Nesse contexto, nossa proposta se fundamenta em apoiar a estruturação de um sistema de vigilância em saúde com participação comunitária na escola, apoiado pela Comissão Interna de saúde e Ambiente e inspirado no conceito de vigilância com participação comunitária da Política Nacional de Vigilância em Saúde e no conceito de monitoramento e análise de risco das *salas de situação de saúde da OMS* (OPAS, 2020) e dos CIEVS (SES PR, 2020). A proposta envolve a formação de uma equipe com membros da comunidade escolar para atuarem como agentes de vigilância na escola e utilizar, obviamente em escala bem menor, a estratégia pensada para as salas de situação de saúde da OMS (OPAS, 2020) e dos CIEVS do Ministério da Saúde (SES PR, 2020), criando então uma

Sala de Controle na escola. Para tal, sugerimos a organização de um espaço físico (uma sala ou parte de uma sala com ou sem um computador), que centralize as informações necessárias para a realização do monitoramento e análise de risco de transmissão da COVID-19 na escola. Nesse caso, a população monitorada será a comunidade escolar e paraescolar, incluindo funcionários, alunos e os contatos dos mesmos (dentro da escola e fora dela, incluindo transporte escolar, familiares e pessoas frequentam frequentemente a casa de alunos e de trabalhadores da escola.

A *Sala de Controle* poderá ser provisória, enquanto durar a crise sanitária atual e poderá ser reativada sempre que necessário, caso a escola considere pertinente. O objetivo é atuar de maneira integrada com a atenção primária em saúde do município, a fim de organizar a adoção de respostas adequadas que reduzam e contenham o risco à saúde da comunidade escolar e da população, entendendo o papel da escola como sentinela de agravos à saúde. Assim, a implementação de um sistema de vigilância comunitária em saúde escolar contribuirá para a redução dos riscos de transmissão da COVID-19 na escola e poderá agora e futuramente fortalecer a capacidade dos sistemas locais (municipais) de vigilância em saúde para identificar precoce e oportunamente situações que possam impactar nas emergências em saúde pública sinalizadas pelas escolas, contribuindo assim para o fortalecimento do SUS.

Referências

1. Chinese center for disease control and prevention. General questions: covid-19 prevention and control.
http://english.www.gov.cn/news/topnews/202002/17/content_WS5e6214d3c6d0c201c2cbdae5.html
2. Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de vigilância em Saúde. 2018.
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>
3. Costa, E. Reportagem no Hora do Povo. 2020. <https://horadopovo.com.br/com-vigilancia-nas-escolas-poderemos-voltar-as-aulas-diz-eduardo-costa/>
4. Costa e. *et al.*, 2020. Nota Técnica 02. Inteligências epidemiológica e geográfica aplicadas ao isolamento social seletivo para viabilizar estratégia de supressão de transmissão do SARS-COV-2. *PrePIdemia*. Universidade de Brasília. <https://horadopovo.com.br/wp-content/uploads/2020/07/NT-02- Metodologia-Controle-Pandemia-1.pdf>.
5. Hatchett, J. Public health interventions and epidemic intensity during the 1918 influenza pandemic. PNAS. USA. May 1, 2007. vol. 104; no. 18. www.pnas.org. cgi. doi:10.1073. pnas.0610941104.
6. Hellewell, J., Abbott., S, Gimma., A. *et al.* Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts - Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 Working Group, Sebastian Funk†, Rosalind M Eggo† - Lancet Glob Health 2020;8: e488–96. Published Online February 28, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30074-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30074-7)
7. Ministério da Saúde do Brasil. Política Nacional de Promoção da saúde. 2010.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

8. Organização Pan-Americana da Saúde. Determinantes ambientais e sociais da saúde. Washington, DC : OPAS, FIOCRUZ; 2011
9. SES PR. CIEVS - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde. 2020. <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Cievs-Centro-de-Informacoes-Estrategicas-em-Vigilancia-em-Saude>
10. WHO. Declaração de Adelaide. 2010.
https://www.who.int/social_determinants/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf
11. WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion. 1986.