

Entrevista Margarida Câmara deseja que o vírus tenha “mortalidade inferior à gripe sazonal”



Margarida Câmara é o principal rosto dos planos de contingência para o combate ao SARS Coronavírus, o principal agente infeccioso da doença da covid-19, ainda sem cura.

A médica especialista de Medicina Intensiva, Margarida Câmara, foi nomeada pela Secretaria Regional da Saúde e Protecção Civil para integrar a 'Task Force' da Direcção Geral da Saúde (DGS), equipa de especialistas que fazem a coordenação, operacionalização e a implementação de medidas para prevenção, resposta e controlo da infecção por novo coronavírus em todo o território português. Os planos de contingência na RAM foram da sua autoria, já que é a presidente da Comissão para o coronavírus no SESARAM e ainda Coordenadora dos Grupos de Coordenação Regional e Local de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA). Ao JM, a especialista respondeu a várias questões, dando a conhecer um pouco mais daquilo que nos espera em termos de saúde pública nos próximos tempos.

A luta pela terapêutica eficaz torna-se mais difícil devido às pessoas que não apresentam sintomas. Dificulta o diagnóstico e até a deteção da cadeia de transmissão?

MC - Existe evidência que a transmissão do vírus faz-se pessoa a pessoa, através das gotículas respiratórias, libertadas quando uma pessoa tosse, espirra e também por contacto com as membranas mucosas.

A infeção também poderá ocorrer quando uma pessoa toca numa superfície contaminada e depois toca nos seus olhos, nariz ou boca. As gotículas habitualmente não são transmissíveis a mais de 2 metros de distância e não permanecem no ar, a não ser em procedimentos médicos muito específicos.

Até à data, não conhecemos bem se os doentes pré-assintomáticos e assintomáticos têm capacidade para transmitir a covid-19. Isto coloca grandes desafios à prevenção e controlo da infeção, na medida em que é extremamente difícil de identificar pessoas assintomáticas e pessoas com sinais e sintomas inespecíficos, contribuindo assim para um atraso na implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente a instituição do uso de máscara, o reforço à higiene das mãos, o cumprimento da etiqueta respiratória e a instituição de quarentena.

Por exemplo, a ausência de febre é mais frequente no SARS-CoV-2 (12,1%), do que no SARS-CoV (1%) e Síndrome Respiratório do Médio Oriente (MERS-CoV-2; 2%). Por esse motivo, não podemos apenas concentrarmo-nos na medição da temperatura, para identificar as pessoas com infeção.

Esta dificuldade para identificação de pessoas infetadas, contribui para o atraso na implementação do estudo epidemiológico fundamental para a identificação dos contactos próximos, levando à continuidade das cadeias de infeção.

O SARS-CoV teve uma taxa de mortalidade de 10%, o coronavírus que provoca a covid-19 é de 3 ou 4%. Isso quer dizer que este ainda pode ser mais mortal, já que é um pouco desconhecido?

Até à data desconhecem-se as razões para o SARS-CoV-2 ser menos patogénico que o SARS-CoV, ou seja, ter menor capacidade de produzir doença e de ter menor mortalidade. Parece que este facto resultou da adaptação do vírus ao homem, embora atualmente, se desconheça a base molecular para a sua adaptação.

Ambas as infeções levam a uma tempestade inflamatória, mas até à data, é conhecido que o SARS-CoV é extremamente potente em suprimir a atividade antiviral, que deveria ser desenvolvida no nosso organismo e, por esse motivo, tem maior mortalidade.

Os vírus poderão sempre adaptar-se, ou seja, sofrer mutações, as quais irão alterar o seu perfil para causarem doença e terem maior ou menor capacidade de levarem à morte.

O período de incubação é mesmo de 14 dias? Será mesmo assim com os dados já disponíveis?

O período de incubação é cerca de 14 dias após a exposição, ocorrendo a maioria dos casos estudados ao 4º-5º dia após a exposição.

Um estudo que envolveu 182 casos reportados na China com data de exposição identificada, mostrou que 2,5 % dos indivíduos desenvolveram infeção aos 2,2 dias e 97,5% dos indivíduos infetados desenvolveram infeção aos 11,5 dias, com média de incubação de 5,1 dias.

Depois de um contágio, normalmente, em que fase podem ser detetados os primeiros sintomas?

Os primeiros sintomas podem ser detetados a partir do 2º dia até ao 14º dia. Uma pequena percentagem de doentes terá o início dos sintomas mais precocemente, ao 2º dia, enquanto que a maioria, terá os primeiros sintomas a partir do 11º-12º dias. A média de aparecimentos dos primeiros sintomas ocorrerá por volta do 5º dia após o contacto.

Há estudos que dizem que entre 20% a 25% dos casos estão associados a pneumonia e entre 10% a 15% ligados à síndrome de dificuldade respiratória. O que caracteriza estes quadros clínicos e que dados temos relativamente à região?

O que caracteriza a pneumonia é a febre, tosse e, por vezes, a dificuldade respiratória associada a alterações na radiografia de tórax a qual nas situações mais graves poderá evoluir para o síndrome de dificuldade respiratória, que para além da sintomatologia referida poderá estar associada a alteração da oxigenação e a manifestações radiológicas mais exuberantes.

Até à data, na RAM, apenas um caso manifestou-se por pneumonia, mas sem evolução para síndrome de dificuldade respiratória. Este caso é um do recuperados.

Há, também, dados que esta doença afeta mais adultos e o género masculino...

Na RAM a covid-19 atingiu todos os grupos etários, embora tenha afetado muito mais os adultos e o género feminino (59%).

Como decorreu a implementação dos planos de contingência?

Na minha opinião, a aplicação dos Planos de Contingência dos vários setores e o trabalho dos seus profissionais, associado à implementação de medidas de saúde pública, terão tido impacto na alteração da nossa curva epidemiológica.

Não foi fácil implementá-los, uma vez que envolvem muitos setores, muitos profissionais, recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos. O que tem sido mais desafiante são as situações que surgem que requerem alteração e implementação rápida destes Planos.

Quando é que começaram a ser preparados os planos?

Estes Planos tiveram início logo no final de dezembro de 2019 e começaram com a elaboração de um procedimento do GCPPCIRA do SESARAM cuja 1ª versão foi publicada no final de janeiro e iniciada formação. Até

à data, a resposta deste Grupo foi sendo adaptada à situação epidemiológica e à evolução dos conhecimentos científicos, pelo que contamos agora com uma 6ª versão, publicada no início do mês de abril.

Em todo este processo, a formação para todos os profissionais, do setor público, privado e social, foi de extrema importância, o que contribuiu em muito, para a sua implementação.

Até à data o GCPPCIRA efetuou 123 sessões formativas e formou 3534 profissionais, 3015 do SESARAM e 519 do sector público de diferentes setores (Saúde, Educação, Forças Militares, Hotelaria, Social, entre outros).

A par deste procedimento, colaborei no Plano de Contingência Regional do Instituto de Administração da Saúde (IASAÚDE, IP-RAM), o qual foi publicado no início de fevereiro, plano este que envolve vários sectores na resposta à pandemia.

No SESARAM, a Comissão Executiva para a covid-19 e o GCPPCIRA coordenaram a elaboração e implementação dos Planos de Contingência dos diversos Serviços, conjuntamente com as Direções Técnicas e com o Conselho de Administração, os quais permitiram dar uma resposta integrada. Estes planos também têm sofrido as devidas adaptações à evolução epidemiológica da pandemia.

Acha que a população tem correspondido bem ao que se pede por parte da Autoridade de Saúde?



Na minha opinião, a grande maioria da população tem correspondido ao solicitado e recomendado pela Autoridade de Saúde, em especial no que concerne ao confinamento no domicílio ou em alojamento dedicado e agora mais recentemente, tem aderido à utilização de máscaras.

Tem também procurado cumprir o contacto com a Linha de Saúde SRS 24 Madeira, para as situações relacionadas com a covid-19, evitando aceder diretamente às Unidades de Saúde.

Há alguma percentagem a atingir ao nível da população testada?

Não existe um valor a atingir. Os testes devem ser efetuados, de acordo com a situação epidemiológica e nas situações definidas.

Os testes foram iniciados nos casos suspeitos e contactos próximos. No final do mês passado, foi iniciado o rastreio em pessoas assintomáticas que necessitavam de ficar internadas ou de fazer tratamentos em ambiente hospitalar e também em algumas pessoas com algumas doenças crónicas, com maior risco de infeção. Mais recentemente, foram submetidos a rastreio os utentes dos lares.

Muitos países com transmissão comunitária ativa têm efetuado o rastreio em pessoas assintomáticas. Na RAM, até à data só foi identificada transmissão local e um número limitado de casos, pelo que só mais recentemente é que se começou a alargar o âmbito do rastreio.

Gostaria de lembrar que neste momento, mesmo que houvesse capacidade laboratorial para rastrear toda a população, os resultados deveriam ser sempre atendidos com muita cautela. Os testes poderão ser negativos em doentes com covid-19 em cerca de 30% dos casos. Por esse motivo, nas situações que as pessoas têm testes negativo, devem manter sempre o seu isolamento social, porque em contrário, estarão a pôr os outros em perigo.

Há casos que não estão ou não foram notificados na RAM?

Todos os testes efetuados no laboratório do Hospital Dr. Nélcio Mendonça são registados no SIVAVELab e todos os casos suspeitos identificados, são registados no SINAVE med.

Os nossos serviços estão capazes de responder caso exista um acréscimo de suspeitos e de casos positivos?

Os nossos serviços têm atualmente uma capacidade instalada que poderá ser aumentada, caso seja necessária, para outros serviços e, em último caso, para outras instituições.

Como será o futuro próximo na RAM, caso não exista terapêutica extremamente eficaz ou uma vacina?

Na minha opinião, provavelmente o nosso futuro próximo será com a covid-19 e esse futuro irá depender da evolução epidemiológica. Se não houver alterações do vírus que modifiquem a expressão da doença, passará a ser mais uma doença comunitária. Esperamos todos com mortalidade inferior à gripe sazonal. Já temos provas dadas que o distanciamento social e outras medidas como a higiene das mãos, a etiqueta respiratória e o uso da máscara são importantes para prevenir e controlar a doença.

Assim, quando retornarmos às nossas atividades, estas medidas terão de fazer parte da nossa nova forma de trabalhar e de estar.

A identificação precoce de casos e surtos é fundamental para interromper as cadeias de transmissão? Como se detetam numa região como a Madeira?

Uma das formas é através da procura ativa de casos suspeitos, através da aplicação de questionários de avaliação do risco e deteção precoce da infeção pelo SARS-CoV-2. Estes inquéritos permitem identificar as pessoas com critérios epidemiológicos, nomeadamente contacto com doentes com covid-19 e proveniência de áreas com transmissão comunitária e com sinais e sintomas de infeção e submetê-los precocemente a isolamento e investigação laboratorial, de forma a quebrar a cadeia de infeção. A título de exemplo, estes questionários têm sido aplicados nas instituições de saúde, nos lares, na hotelaria, nos aeroportos.

Acha que estamos a ter capacidade de minimizar impactos sociais e económicos adjacentes a esta ameaça em Saúde Pública?

Todas as pandemias têm grandes impactos sociais e económicos. O grande desafio é executar planos eficazes com o mínimo de impacto social e económico. Não é fácil encontrar o ponto de equilíbrio, mas planos pouco restritivos têm mostrado número elevado de casos confirmados e de mortos, ultrapassagem da capacidade de resposta as instituições de saúde, número significativo de covid-19 nos profissionais de saúde e exaustão das equipas.

Por Paulo Graça

In “JM-Madeira”