

Pandemia pela Covid-19

Os coletivos da Covid-19

JOSÉ DA ROCHA CARVALHEIRO¹

A O ESTUDAR um fenômeno que atinge a população de diversos continentes, estamos analisando um *coletivo* de pessoas.

Não é este o *coletivo* do título. Temos um processo mórbido massivo, originado numa feira de produtos naturais em cidade da China, espalhou-se pelo mundo e chegou ao Brasil. Apareceu como doença esporádica: não sendo nativa, os especialistas chamam ecdêmica. Pode seguir esporádica no quadro nosológico ou instalar-se, em área geográfica limitada, constituindo uma endemia no quadro epidemiológico local com prevalência definida. Quando a prevalência se eleva, temporariamente, de maneira explosiva torna-se uma epidemia (limitada no tempo e no espaço). Essas condições não são permanentes: “ser epidêmica” não é boa maneira de definir uma doença. É melhor considerar: doenças sofrem um processo endemo-epidêmico. Considera-se pandemia quando há um limite no tempo mas não há limite espacial: estende-se por grandes áreas, chegando a envolver todo o universo. É onde estamos.

Repetimos: o título não se refere a este coletivo. Esta pandemia traz a humanidade em sobressalto. Relativamente desconhecida, há maneiras de entendê-la e propor modos de agir. Sempre aparecem coletivos no discurso: coletivo do pensamento, aglomeração, rede, teste, UTI, rebanho, comboio.

Problemas, métodos e serviços de saúde

A Medicina Social volta à casa paterna (Carvalho, 1999, p.7):

O livro de Medicina Social (McKeown & Lowe, 1968) pode ser considerado um clássico contemporâneo. Contribuiu para minha formação. É dividido em três partes que tratam de problemas, métodos e serviços: como se identificam problemas de saúde, se formulam propostas de solução e se criam organizações sociais para aplicar as medidas propostas para resolver os problemas. Mas não se deve negligenciar a capacidade dos diversos grupos sociais em erigir como magnos os seus próprios problemas.

É uma maneira, quase esquemática, de pensar a medicina social. Os problemas; os métodos ou propostas para enfrentá-los; e a própria organização dos serviços, todos admitem abordagens individuais e/ou coletivas. A proposta do livro torna-se tanto mais precisa, quanto mais concreta é a realidade. Numa pequena comunidade, o pensamento implícito na proposta permite dimensionar cada um desses três eixos de maneira mais precisa. Para realidades mais complexas, como o sistema de saúde, a situação muda de maneira dramática.

O livro apresenta uma Medicina Social ideal concebida por um *coletivo de pensamento*. A Medicina Social, na vida real, depende, para sua existência, da

superação dos entraves representados pela luta política pelo poder, previsto por Mário Testa.

O Postulado de Coerência de Testa e a questão do poder

Postulado de Coerência: existe uma relação necessária entre propostas, métodos para alcançá-las e organização das instituições que se encarreguem disso... É necessário criar condições que possibilitem ações que levem a mudanças sócio-políticas e econômicas nos países. Essas condições implicam na existência de atores oponentes, donde emerge a necessidade de exame do poder que cada um deles dispõe. (Testa, 1992, p.110)

Reinterpretando o *Postulado de coerência* de Mário Testa (Carvalho, 1999, p.7):

A identificação dos problemas, os métodos propostos e os serviços criados devem ser coerentes. Essas dimensões do processo precisam ser encaradas em sua complexidade histórica, geográfica e temporal. E a questão do poder deve estar sempre à vista. O poder técnico, o poder administrativo e o poder político. É mais fácil conceber o postulado em realidades concretas no nível local. No entanto, é no nível global que se encontrarão determinações com valor supremo na compreensão da saúde. É também neste nível macro que devem ser buscadas as propostas de organização do sistema de saúde.

O problema: é uma pandemia com hemiciclos (endógeno e exógeno)

Há momentos em que a questão das prioridades (eleição de problemas) é atropelada pelas circunstâncias. Deve ter sido sempre assim na história da humanidade quando atingida por um fenômeno dos que se convencionou chamar “pestilências” (Carvalho, 1992, p.25):

Existem Doenças que, pela natureza de seus processos endemo-epidêmicos, tornaram-se grandes fantasmas que assolaram a humanidade durante séculos – as “pestilências”. Relacionam-se seus respectivos processos com a história da humanidade, a organização das medidas e as próprias técnicas de combate. Os fantasmas do passado são as Doenças Quarentenáveis. Preocupa o seu ressurgimento no mundo atual e a emergência de novos fantasmas que assolam a humanidade: doenças crônico-degenerativas, violência e trauma, AIDS, influenza. Os velhos fantasmas, quando ressurgem o fazem com características e estruturas epidemiológicas mudadas.

Estamos, neste momento, acuados por um fenômeno novo já reconhecido formalmente pela OMS como uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (PHEIC), uma PANDEMIA. Esta é a atual prioridade número 1. Quando todas as atenções científicas, sociais e políticas estão voltadas para o fantasma “da vez”, não podem ser abandonados os demais que, nem por isso, deixam de existir

Vale a pena identificar, em textos “clássicos” (Sinnecker, 1976), o processo endemo-epidêmico e como se deve analisá-lo. Parte dos “surto em massa de doenças” e se debruça, prioritariamente, nas infecciosas transmissíveis e seus

“pontos de partida”. Pode ser ocorrência esporádica de doenças ecdêmicas (não nativas na área) ou, então, endêmicas (já instaladas, usuais, nativas ou moradoras). A partir daí, dispara um processo massivo com características variáveis dependendo da natureza do agente causal. Ver “Epidemias em escala mundial e no Brasil” (Carvalho, 2008, p.7):

Epidemia deve ser considerada não como um tipo especial de doença, mas sim como um complexo processo de uma patologia, concentrada no tempo e no espaço. As cartas de controle, empregadas pelo serviço de saúde, permitem uma aproximação à fase, endêmica ou epidêmica, em que se encontram doenças sujeitas a vigilância em todo o mundo, as quarentenáveis. Um surto pode ser encarado como um indício de concentração de episódios que merece estudo mais profundo.

Temos, com a Covid-19, um caso típico de “surto massivo de doença infecciosa”. Podemos identificar e estudar a sua “cadeia infecciosa” (transmissão de um hospedeiro a outro) com seus: hospedeiros, agente causal (organismo infeccioso), processo de transmissão e efeitos ambientais. A cadeia infecciosa ocorre em ciclos e os autores clássicos identificam dois “meio ciclo”: endógeno e exógeno. O meio ciclo endógeno envolve o processo que se dá no indivíduo infectado; o exógeno é a parte da cadeia que ocorre fora do hospedeiro e conduz ao envolvimento de novos hospedeiros.

Pela maneira clássica (Sinnecker, 1976) de encarar: o atual processo é, no Brasil, obviamente uma ecdemia com origem na China e trânsito pela Europa. Da Itália veio para São Paulo o primeiro caso formalmente diagnosticado no Brasil. O foco original, um mercado, na cidade de Wuhan, onde se misturavam animais silvestres, consumidos como alimento pela tradição local. Vivendo em promiscuidade em gaiolas, o vírus pode ter passado do morcego (origem remota) para o pangolim, mamífero dos mais apreciados, com papel ainda não totalmente esclarecido. Conceitualmente, não é um foco natural apesar de a doença ser uma zoonose que atinge a população humana. Assume o caráter de um processo massivo, concentrado no tempo e no espaço: uma epidemia, segundo Sinnecker (1976). Expande-se para outras cidades, para o país inteiro, para outros países e para outros continentes, limitado no tempo, mas não no espaço: uma pandemia.

No Brasil, futuramente, a ecdemia que virou epidemia se constituirá em doença não limitada no tempo, mas sim no espaço: uma endemia ou, talvez, uma coleção de endemias com características diversas distribuídas pelo território nacional. Pela diversidade, as propostas de controle fatalmente terão características próprias. O que exige um esforço de coordenação e uma habilidade política por parte dos dirigentes.

Os métodos: a HND (a Medicina preventiva e os Níveis de Prevenção, inclusive a Prevenção Primordial)

Estamos com um processo inusitado, lutar contra um agente pouco conhecido. A sua relação parasita/hospedeiro é ainda pouco elucidada. O que

sabemos deriva da observação empírica de hospedeiros atingidos. A ciência vai, devagar, construindo o quadro da História Natural da Doença Covid-19. Almejamos, assim, identificar ações que conduzam ao controle: descobrindo como se dá o estímulo patogênico e propondo ações (métodos) para os diversos níveis de prevenção.

Não é uma frase feita, mas reconhecimento de ignorância: nunca vi um quadro tão claro da “natureza histórica da História Natural”. Sendo pouco conhecido o meio ciclo endógeno, o meio ciclo exógeno oferece as melhores ofertas de ação: “procedimentos não farmacológicos”. Ainda não temos vacina nem medicamento específicos. Estamos sem os instrumentos usuais da proteção específica (prevenção primária) e do diagnóstico precoce e tratamento oportuno (prevenção secundária). O achatamento de curvas, o distanciamento social e a etiqueta respiratória, em condições normais poderiam ser incluídos nos procedimentos de promoção da saúde (do pré-patogênico). Assumem, provisoriamente, um papel de prevenção primordial (situada entre a promoção da saúde e a prevenção primária). Também convém lavar as mãos com água e sabão, esfregar álcool em gel e usar máscaras.

A proposta de ação (os *métodos*) é marcada pelo isolamento das pessoas e suas versões: absoluto (*lockdown*), com variações menos drásticas (horizontal e vertical). As decisões dependem de algum grau de conhecimento (estimativas aproximadas) de incidência, prevalência e duração. Sendo essas pouco confiáveis, pela reduzida execução de testes diagnósticos, adota-se como base de raciocínio a “saúde do sistema de cuidados”. Com a seguinte lógica: nosso sucesso depende da qualidade e da quantidade das instalações disponíveis, com seu instrumental adequado e seguro, além de recursos humanos especializados. Também, da redução de novos demandantes das instalações, mediante ações de quarentena. O número de instalações disponíveis deve ser compatível com o número de novos infectados que lhe batem à porta e morrem se não forem atendidos. A saúde da população depende da “saúde” do sistema de cuidados.

Os indicadores empregados são, portanto, bastante objetivos: número conhecido de novos atendidos (registro dos serviços); número de mortos (registros: dos serviços de saúde, dos cartórios civis e dos serviços funerários); número e localização dos testes diagnósticos realizados (para detectar o vírus e os anticorpos circulantes); número de instalações de atendimento existentes, especialmente, mas não só, as Unidades de Terapia Intensiva. Outro indicador importante está associado à maneira como as pessoas respondem ao pedido de que se mantenham isoladas (em casa). Toma-se como *proxi* a proporção, presumivelmente imensa, de pessoas que circulam com aparelhos celulares. Usam-se aplicativos, criados especialmente para localizar onde estão os aparelhos.

A inovação em Saúde

Há um terreno imenso a percorrer para superar a ameaça que paira sobre o planeta. Um novo patógeno, oriundo de um foco natural (ou antropúrgico)

na China, demonstrou surpreendente poder de infecciosidade e de virulência, ameaçando pandemicamente todos os continentes. Precisamos inovar (Sakellariades, 2008, p.102):

Os dois planos de inovação em saúde: Agenda de Lisboa, sobre inovação em saúde na União Europeia, define inovação numa perspectiva de saúde pública: Ver a inovação como um grande motor de mudança nas sociedades contemporâneas nos convida a refletir sobre suas implicações na saúde pública. Com esse propósito em mente, sugere-se que a inovação em saúde pública pode ser percebida em duas dimensões diferentes, mas complementares: I - inovações políticas de saúde lideradas por autoridades públicas legítimas e II - inovações de produtos, serviços, processos, impulsionadas por stakeholders de inovação comunitária.

Nessa maneira de conceber a Inovação, devemos considerar ambos os planos para análise do sistema de PD&I no Brasil.

Em primeiro lugar, o que se espera da ciência brasileira na criação de inovações em produtos, serviços e processos. Entre os produtos: os medicamentos, vacinas e até os antigos soros hiperimunes (e os anticorpos monoclonais, principal novidade nesse terreno dos coronavírus). Mas há também equipamentos em geral: respiradores, máscaras, aventais, ambientes protegidos etc. Temos avanços respeitáveis de C&T, num ambiente maduro de desenvolvimento nas universidade e institutos de pesquisa, públicos e privados.

Também existem polêmicas que tumultuam o ambiente pela maneira como são disparados nas redes sociais verdadeiros torpedos de “*fake news*”. Vários serviços e processos inovadores correspondem ao que já mencionamos como “Procedimentos não Farmacológicos” e, ao adotá-los, a contradição aparece com intensidade inusitada. Estamos no terreno das Inovações em Políticas de Saúde, onde a questão do poder é soberana.

Os serviços: o SUS e a Política

Na proposta de McKeown e Lowe (1968), com a versão de Testa (1992) e seu postulado de coerência, resta-nos analisar os serviços propostos para empregar métodos adequados à solução dos problemas. É indispensável situar-nos na organização dos serviços de saúde: temos uma análise em “Construção da Saúde Pública no Brasil no Século XX e início do século XXI” (Carvalho et al., 2013).

Em anos anteriores já tratamos dessa questão (Carvalho, 1999, p.7):

O Brasil tem uma proposta: no plano nacional, a Constituição de 1988 previu um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, com integralidade das ações, descentralizado e participativo, com controle social. Fui um dos depoentes perante a Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente da Assembléia Nacional Constituinte (Carvalho, J.R., 1987). Quando tive a palavra afirmei que “A ciência brasileira apoia o relatório da CNRS”. Falava em nome da SBPC e aponte o Relatório impresso, já distribuído aos constituintes. Esse relatório foi fruto de um longo processo. Momentos

marcantes: VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e sua seqüência, na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que levou ao debate da Assembléia Nacional Constituinte as posições defendidas pelo Movimento Sanitário. Resultado foi o capítulo referente à saúde na Constituição de 1988, que definiu para o Brasil um Sistema Único, cujas ideias prevaletes eram as de Saúde para Todos, alardeadas pela Organização Mundial da Saúde e perfeitamente congruentes com o conceito de Atenção Primária em Saúde, cunhado na Reunião de Alma Ata (1978). As leis fundamentais do SUS (8.080 e 8.142) são de 1990. É importante reconhecer, ao se analisar o atual momento da saúde no País, que se trata de um processo com raízes profundas no pensamento crítico da saúde, muito mais antigo.

Voltamos ao mesmo tema em “A saúde na metrópole”(Carvalho, 2003, p.203), num “recorte espacial e temporal”:

No processo social de construção do sistema de saúde no Brasil, é necessário reconhecer no passado o arranjo que situou o atendimento público individual numa rede, e as ações coletivas em outra. O individual (assistência médica), a princípio responsabilidade dos Institutos de Previdência especializados por categoria profissional, foi unificado no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). As ações coletivas, de Saúde Pública propriamente dita, eram responsabilidade do Ministério da Saúde. Tinham como princípio básico a universalidade e gozavam do que os economistas denominam “ações com fortes externalidades positivas”, com efeitos para além do âmbito restrito em que se aplicam. As ações individuais, ao contrário, eram destinadas apenas a uma parcela da população: os trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes. Sobravam os muito ricos e os muito pobres, com mecanismos diferentes na busca da atenção. Filantropias e hospitais-escola para os pobres, chamados “indigentes”; medicina privada para os abonados. A discussão, no início da década de 1980, redundou em diversos ensaios de unificação, colocando à prova o princípio da universalidade também na assistência médica às pessoas. É necessário reconhecer, apesar das contradições, ser este o mais importante movimento social contemporâneo no Brasil: com organização formal em cada um dos quase seis mil municípios. O processo de implantação do SUS pode ser considerado exemplar por integrar os três níveis de governo, incluindo as relações com o Legislativo e o Judiciário, além do Ministério Público e da necessária participação da sociedade. Passados 30 anos, na área da saúde, todos os municípios estão no SUS.

Resgatamos nossas ideias de décadas passadas, pela sua importância no debate a respeito das contradições do momento atual.

O federalismo na saúde no Brasil e a questão do poder

A Constituição Federal é explícita: na área da saúde, não há dúvidas a respeito de quem exerce o poder:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de

acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

A disputa política ocorre em dois planos: (1) entre o poder central (nacional) e periférico (estados e municípios); (2) entre instituições (Executivo, Legislativo e Judiciário). Todas essas esferas estão politicamente mobilizadas, tentando resolver potenciais litígios de superposição de poderes.

Os principais pontos em debate, no contexto da Covid-19, são: o achatamento de curvas, o distanciamento social e o ritmo com que se implementarão as medidas propostas (os *métodos*) e quem as implementará (os *serviços*). Há um potencial conflito entre as propostas em defesa da saúde, alegadamente prejudiciais à esfera econômica. Até a existência da pandemia (o *problema*) é posta em dúvida: consensual, pelo menos no ambiente científico da saúde, nem sempre o é no poderoso ambiente da política econômica. Não é demais lembrar que a efetividade de novas políticas, formuladas por cientistas, médicos, economistas, sanitaristas e outros intelectuais, depende do acordo com os detentores do poder político:

Lord Keynes, foi um dos mais importantes economistas do século XX. Frase notável, suas ideias foram transformadas em verdadeiros axiomas (quotations) (Keynes, 1937). Um deles vem bem a calhar: “O que os dirigentes mais odeiam são as coisas muito bem explicadas, pois lhes tiram a margem de manobras”. Esta fala de Lord Keynes traduz uma realidade de então (1937), mas ainda é vigente. Quase um universal da cultura política. (Carvalho, 2012, p.199)

Contradições no debate da pandemia

Não bastasse o rigor da invasão epidêmica do vírus, sofremos uma invasão léxica inédita (Pereira, 2020): “achateamento de curvas, distanciamento social e etiqueta respiratória”. Essas ideias inundam a imprensa e as *redes sociais*. Achatamento da curva banaliza o debate sobre o formato da curva de incidência e sua derivada. A ideia é abrandar a natureza exponencial do processo, por meio de mudanças no comportamento das pessoas: manter distância interpessoal, evitando aglomerados; usar máscaras, evitar formar nuvens de partículas de Pflugge (os populares perdigotos) e contaminar objetos (fômites).

Ciência *versus* Ideologia: cloroquina (sim ou não) e o populismo de direita (manipulando redes sociais)

O fadário da cloroquina, ainda antes do sal cloroquinado.

O alcaloide quinino é produto natural de um extrato da casca da árvore peruana cinchona ou quina, capaz de controlar febres desde o século XVII. Em 1820, é isolada desse extrato a droga quinina, usada no quadro agudo da malária. Com gosto amargo, foi muito consumida por colonizadores na África, em áreas endêmicas. Geógrafo médico britânico (Stamp, 1964) afirmou que a

fama de “tumba do homem branco nos trópicos” devia-se mais ao gim do que às febres. Para tolerar o amargor do remédio diluído em água gasosa, os ingleses inventaram o gim tônica. Inspirados nesse alcaloide, os laboratórios da Bayer, em 1934 na Alemanha, sintetizaram a cloroquina.

No Brasil, Mário Pinotti foi ministro da saúde nos anos 1950, nos governos de Getúlio e de Juscelino. No controle da malária na Amazônia, implantou uma novidade: misturava cloroquina no sal de cozinha vendido no armazém. Apesar do limitado sucesso, conseguiu introduzir a ideia em países africanos assolados pela malária. Também aí, o sucesso foi duvidoso e ocorreu o inesperado: em razão do péssimo sabor do produto à venda no mercado normal, apareceu um mercado negro de sal de cozinha.

O populismo de direita em viés de alta

Tendência preocupante na atualidade política ocorre em todo o mundo (Woods, 2014). Trata-se do populismo de feição conservadora nos costumes e neoliberal na economia: o populismo de direita. Diferentes contextos, em todos os continentes, assistem à tomada do poder político por líderes com esse perfil. A prática obedece a um padrão definido: (1) é fundamental escolher como inimigo um alvo claro ao qual se oferece permanente oposição; (2) o líder assume que fala em nome do povo e é seu verdadeiro defensor; (3) o oponente é sempre falso e corrupto, geralmente defensor de ideias “comunistas”; (4) os veículos de disseminação das ideias “verdadeiras” são as redes sociais; (5) uma prática adequada à conquista de seguidores, disparada por robôs com identidades falsas, é recheada de “*fake news*” que confirmam a periculosidade dos opositores; (6) há sempre um forte esquema financeiro sustentado por parceiros, frequentemente ocultos.

De todos os “coletivos da Covid-19” essas contas falsas nas redes sociais são os mais perigosos. É importante assinalar que a liderança do populista de direita está sempre associada à sua competência de criar inimigos. Referem-se, internacionalmente, os exemplos dos Estados Unidos e do Reino Unido. Nos Estados Unidos, com Trump, o inimigo escolhido foram as correntes de imigrantes que atravessam a fronteira mexicana, chegando-se ao extremo de construir um muro (nada virtual). No Reino Unido, com os *tories* de Boris Johnson, o inimigo principal também foram correntes de imigrantes do Leste Europeu e foi proposta uma separação da União Europeia (Brexit). No Brasil, o inimigo principal foi Lula (e o PT), “notoriamente corrupto e comunista” (sic). À medida que o processo avança, vão-se criando novos “inimigos perigosos” em série, para manter a beligerância típica do populismo. Uma alternativa será eleger novas atitudes de um “perpétuo inimigo”. Um exemplo atual, em diversos países onde triunfa o populismo de direita, é a defesa do uso da cloroquina para “curar” Covid-19. Apesar da falta de evidência científica, mantém-se a polarização indispensável à continuidade do poder populista. Vale nos Estados Unidos e, também, no Brasil.

O Instituto Borborema, de Campina Grande, cultiva as ideias de Olavo de Carvalho e Steve Bannon da “*alt-right*”, a direita alternativa dos filhos de Bolsonaro. Produz vídeos de debate entre membros da mesma linha. Um desses, disponível “nas redes”, defende o uso da cloroquina disseminando notícias falsas (*fake news*) e alimentando uma guerra que só interessa por negar ideias cientificamente comprovadas (dos “negacionistas”).

Esse surpreendente *coletivo* (“as redes”) é um dos mais notáveis no debate ao redor da pandemia de Covid-19. Num vídeo recente, chegou-se ao absurdo de “prescrever” que, para curar a Covid-19, é suficiente tomar uma garrafa do refrigerante água tônica de quinino!

Contradições a serviço dos negacionistas

Vamos contextualizar: negacionistas, comprometidos com a farsa populista, se aproveitam da existência de grupos sérios que cultivam verdades e saberes, igualmente dignos, que não são disciplinas científicas. Essa afirmação não é inédita: foi do epistemólogo argentino Juan Samaja. Discutindo “Transdisciplinaridade em Saúde Coletiva” (Samaja, 2000), introduziu a ideia de “trans sapiência” que incorpora e supera o conjunto das disciplinas científicas: existem outros “saberes dignos”, além dos disciplinares da *ciência normal*. Entre outras, ideias sobre saúde podem estar presentes no senso comum, em crenças religiosas e até mesmo em chistes inteligentes.

Nenhuma novidade. Na promoção da saúde, é essencial levar em conta o “saber popular” para divulgar práticas adequadas. É notável no grupo de Victor Valla, da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), a produção compartilhada do saber em saúde. Compartilhada com o “saber popular” (Oliveira; Valla, 2001). Para dar conselhos saudáveis, não basta saber ver “condições de vida”: esgoto a céu aberto, lixo no ambiente, falta de água, casas precárias. Essas condições objetivas devem ser complementadas pela “experiência de vida” dos moradores, essencialmente subjetiva.

Em nossa área de pesquisa acadêmica em Saúde, também temos que nos haver com coletivos de pensamento portadores de saberes igualmente dignos, que relutam em se submeter à “ditadura epistemológica” da Medicina Baseada em Evidências (EBM) (Crowther et al., 2011).

O *British Medical Journal* (BMJ, 1998) fez um desafio. Durante vários meses, nesse ano, conclamou os leitores a eleger “vacas sagradas” a serem conduzidas ao matadouro no número de Natal (*Sacred cows: to the abattoir!*). Ganhou a Medicina Baseada em Evidências e, nos comentários finais do número natalino, foi mencionada a tradição da Medicina Baseada em Narrativas. No ano seguinte (1999) o BMJ dedicou diversos números ao tema dessa tradição mult centenária, não apenas inglesa, de dar a palavra a membros ilustres da comunidade médica. Entre nós, ainda hoje se publicam obras de autores célebres no seu respectivo ambiente: “Doutor Fulano: como eu trato a doença X”. O debate atual no meio médico, sobre o tratamento da Covid-19, está eivado desta disputa com a EBM.

Área da medicina merece atenção especial: a Homeopatia. Com longa tradição de lidar com epidemias: desde o século XVIII, seu fundador Hahnemann criou o conceito de “gênio epidêmico”. Para medicar uma doença epidêmica é necessário, antes de tudo, anotar os sintomas que diversos doentes apresentam; em seguida deve-se procurar um remédio homeopático que sirva para a maior parte deles. Hahnemann teve oportunidade de tratar diversas epidemias e seus seguidores brasileiros estão envolvidos numa análise da atualidade da Covid-19 (Haviaras, 2020). Pela essência do procedimento básico, descrever minuciosamente sintomas em cada fase do processo da doença, os resultados encontrados pelos hahnemannianos serão úteis para aprimorar a ainda não totalmente esclarecida HND da Covid-19.

Vertical versus Horizontal

O primeiro caso confirmado da Covid-19 no Brasil, proveniente da Itália, foi diagnosticado em São Paulo, 26 de fevereiro de 2020. Desde logo vimos análises por renomados intelectuais internacionais. Previsões do que nos espera durante o processo, como serão a saída da crise e a recuperação. Até mesmo a imprensa leiga foi ágil na divulgação, copiando a científica.

El País publica o filósofo coreano (Han, 2020): “O coronavírus de hoje e o mundo de amanhã”. Dá grande destaque às diferenças: “A Ásia controla melhor a epidemia do que a Europa, valendo-se da vigilância digital e da tradição cultural autoritária do confucionismo. Os países asiáticos estão lidando melhor com essa crise do que o Ocidente: lá se trabalha com dados e máscaras, aqui se chega tarde e fecham fronteiras”.

Carta Maior dá espaço ao israelense (Harari, 2020): “O mundo após o coronavírus: a tempestade passará, mas as escolhas que fizermos hoje mudarão nossas vidas”. Previsão catastrófica para o futuro do mundo.

No *Lancet* (2020), os sucessivos Editoriais de Richard Horton são sempre instigantes e críticos. Em fevereiro “Facts are not enough”, mergulha na luta pela essência da saúde global, entre dois grupos: os idealistas inteligentes, fanáticos pela “Cobertura Universal de Saúde” e os cínicos inocentes que antecipam “o pior” e desprezam o idealismo dos rivais. Horton considera que “equidade” deve ser o valor supremo. Mas não se pode desprezar “liberdade” como outro valor fundamental, em vista do autoritarismo visível no esforço chinês para conter a epidemia. Em maio, um Editorial francamente crítico (“Covid-19 in Brazil: ‘So what?’”), aponta o pânico (“*pot-banging*”) que acompanhou a resposta de Bolsonaro (“e daí?”) quando confrontado com o trágico quadro de mortos no Brasil.

Ainda em março, *Science* publica texto crítico sobre diferenças entre países quanto ao processo escolhido para lidar com a epidemia (Cohen; Kupferschmidt, 2020). Assegura que há poucas escolhas que países podem fazer na “guerra” contra coronavírus: testar em massa, fechar escolas, confinar pessoas (*lockdowns*). Relevam a importância de “testar e isolar” como um mecanismo

vantajoso: testar e isolar os infectados (quarentena), descobrir e manter também em quarentena apenas os seus contatos.

Submeter toda a população à limitação rigorosa de atividades (*lockdown*) tem sido a estratégia de maior sucesso (chamada “horizontal”) para controlar a epidemia. Manter serviços abaixo de sua capacidade máxima, estratégia chamada “mitigação”, pode ser associada metaforicamente a uma espécie de “férias de remédio” coletivas. Nessas, o rigor do confinamento é suspenso para determinados setores da economia até que o número de casos e mortes volte a aumentar. Quando, então, “acabam as férias” e volta o confinamento rigoroso. O relaxamento draconiano suspenso só de vez em quando permite que pequenos surtos da Covid-19 vão criando parcela imune na população. Pode ser um cenário pouco atraente para os sanitaristas, mas, para o setor econômico, “Não é possível que a Terra deva parar por um ano ou dois”, frase curiosamente atribuída ao epidemiologista Seth Berkley, coordenador da Vaccine Alliance (Gavi).

A proposta da estratégia “vertical” com a criação intencional de uma intensa imunidade coletiva (“*herd immunity*”) é contraintuitiva: soa como uma “quarentena às avessas”, em que se confinam os sadios. Embora sendo “população de risco”, pessoas acima de 60 anos e os portadores de comorbidades, são sadios. Deixado à própria sorte, quem não é “grupo de risco” fica sujeito a ser atingido por um vírus de suposta pequena infectividade. Ainda supondo que seja baixa (nesse caso), aplicada a uma população de 12 milhões de pessoas (em São Paulo), causará imensa proporção de casos e de óbitos. Muitos consideram a estratégia chamada “vertical”, baseada na “conquista da *herd immunity*”, uma proposta “darwiniana”.

A “*herd immunity*” é uma categoria de análise e não um objetivo a conquistar, como veremos. A Epidemiologia “clássica” (Sinnecker, 1976) trabalha essa questão considerando dois grupos na população, em sua relação com um vírus: suscetíveis e imunes. Numa doença inédita para a humanidade, Covid-19, no início todos são suscetíveis. Passado algum tempo, são imunes os que se infectaram e resistiram. Em doenças para as quais há vacinas, aumenta a proporção de imunes também a vacinação. Uma população sujeita a doença que se transmite de pessoa a pessoa, como Covid-19 que o faz por via respiratória, tem uma proteção coletiva que supera o número de imunes. Quanto maior for a proporção de imunes, ainda maior será a imunidade do conjunto, pela dificuldade de o agente encontrar novos suscetíveis na cadeia epidemiológica. Uma espécie de “externalidade positiva”.

Embora não seja único, devemos a Katz (2020) a preciosa, embora equivocada, maneira de combater a pandemia. Combater é bem empregado pois sua proposta se baseia em estratégia de guerra: “*Is our fight against coronavirus worse than the disease?*”.

Já começa definindo que estamos em guerra, o que é controverso: (Albuquerque, 2020) em “Susan Sontag acertou ao denunciar metáfora que

compara doença a Guerra”, na *Folha de S.Paulo*, comenta que “tornou-se comum usar expressões militares para caracterizar medidas contra a pandemia de coronavírus”. Katz, pensando em estratégias de guerra, considera que atacando em massa perdem-se vidas em excesso e os bons guerreiros escolhem “alvos definidos” para combater-o-bom-combate (“*There may be more targeted ways to beat the pandemic*”).

O caso da herd immunity na meningite meningocócica

Diversas vezes “sofri” epidemias, nunca em termos apenas conceituais. Sempre envolvido, de fato, como professor de Epidemiologia e editor de revista científica ou como agente público, ou ambos. Na epidemia de influenza A(H1N1), conduzi amplo debate na *Revista Brasileira de Epidemiologia* (Carvalho, 2009, p.101). Na epidemia de HIV/Aids, fui investigador principal do Projeto Bela Vista, de factibilidade de ensaios de vacinas. Fui coordenador da Comissão de vacinas HIV/Aids do Ministério da Saúde e membro de Comissão de vacinas HIV/Aids da OMS (Carvalho, 1997, p.191).

Na epidemia de meningite meningocócica, nas décadas de 1970 e 1980, estive envolvido como professor universitário da USP e agente público na Secretaria de Saúde do ESP, no Ministério da Saúde e na Fundação Oswaldo Cruz. Nos anos 1980, ligado à presidência da Fiocruz, participei de diversas missões a Cuba negociando a compra e a transferência de tecnologia da vacina vamengoc-bc. Na derradeira, dezembro de 1989, diretamente com o comandante Fidel Castro.

Na década anterior, anos 1970, assessor do ministro da Saúde Almeida Machado, participei ativamente do controle da epidemia de meningite. Numa primeira etapa, sem produção local de vacina, propusemos prevenção secundária: alerta para rigidez de nuca como diagnóstico precoce e tratamento oportuno com penicilina. Em seguida, contratamos a produção da vacina do Laboratório Mérieux, com o compromisso de construção de um laboratório para produção local (Bio Manguinhos, Fiocruz). Aplicamos, em todo o país, 80 milhões de doses, iniciando pela cidade de São Paulo, um dos polos de maior incidência. Pela invasão de interessados em se vacinar, o registro do número de doses aplicadas não expressava a cobertura vacinal da cidade de São Paulo. Realizamos um inquérito domiciliar para cálculo de efetividade da vacinação, que o ministro apresentou numa reunião da OMS, em Genebra.

“Herd Immunity” é uma categoria de análise e não um objetivo a perseguir!

Foram realizados estudos de incidência de meningite nos diversos setores censitários da cidade de São Paulo (Moraes et al., 1982). Empregamos esses resultados da distribuição geográfica, construindo um *proxi* de posição de classe social pela moradia dos infectados. Buscamos explicação para sustentar a hipótese de associação da incidência com a classe social do *coletivo*. Surgiu então, entre as categorias de análise, a Imunidade Coletiva ou Imunidade de Rebanho (*herd immunity*). Transcrevemos parte essencial (Carvalho, 1983, p.27):

Nossa análise inclui conceitos, como características epidemiológicas e estrutura epidemiológica. A estrutura epidemiológica é referida a Topley (SES, 1974; Schmid, 1960). É trabalhada em capítulo de conhecido livro de Bacteriologia e Imunologia, na discussão da imunidade de massa, imunidade coletiva ou imunidade de rebanho (“herd immunity”) (WILSON & MILES, s/d). Características epidemiológicas descrevem a distribuição da doença no coletivo, nas dimensões: espaço, tempo e pessoa. Acessíveis a posteriori, após a doença ter ocorrido, as características epidemiológicas são o correspondente coletivo das características clínicas no indivíduo. A estrutura epidemiológica é o símile da fisiopatologia: um conjunto de estados instantâneos de diversos processos simultâneos. Segundo marchem os processos a nível molecular, enzimático, celular etc., assim estarão definidas a saúde e a doença num indivíduo. No símile coletivo, a estrutura é definida por elementos de distinta natureza: imunidade coletiva, poluição atmosférica, tratamento de água, destino dos dejetos. Ao desvendar as estruturas, no individual ou no coletivo, pode-se ter acesso aos processos a priori, antes da instalação de uma doença num indivíduo ou de sua distribuição na comunidade.

Admite-se que um grupo no qual circula o meningococo apresenta uma certa imunidade coletiva: os contactos com a bactéria, que coloniza a nasofaringe, vão conferindo imunidades individuais que dificultam sua livre circulação. Imunidade coletiva transcende a mera soma das individuais: mesmo os indivíduos não imunes do grupo estarão relativamente protegidos pela imunidade dos demais. Pagam maior tributo os recém-vindos de todos os tipos: em locais e períodos com baixa imigração, os recém-nascidos ou os muito jovens. Pela própria natureza do mecanismo de transmissão, através de gotículas de Flugge, o confinamento e aglomerações estarão estreitamente ligados às variações de incidência. Serão os indivíduos pertencentes a determinadas frações de classe os mais expostos ao risco de contacto com o meningococo. O que não impede que elementos de outros grupos da população possam vir a ser atingidos, de maneira difícil de prever, por estar sujeita ao acaso da multiplicidade de possíveis contactos efetivos.

As diferenças de imunidade coletiva nas diversas classes sociais não se podem desvincular de suas condições de vida e trabalho, dos seus mecanismos de reprodução social, que incluem o consumo de bens e serviços, entre os quais a moradia e suas características. O subproletariado urbano: insere-se de uma determinada maneira no processo produtivo (terciário inferior: empregados domésticos, ambulantes, tomadores de conta de automóveis, biscateiros, em geral) (Singer, 1981); possui pautas especiais de consumo (incluindo moradia em condições de confinamento); no seu perfil de saúde e doença a meningite meningocócica terá lugar de certo destaque, mesmo na fase endêmica, com as características epidemiológicas apontadas; na fase epidêmica, os membros desta fração de classe continuarão a ser os que maior risco terão de contacto com o meningococo e, por conseguinte, será nesse mesmo grupo a incidência suprema da meningite. Em outras classes sociais, verificaremos uma incidência menor da meningite no perfil S/D

do proletariado e, ainda menor, no da burguesia gerencial ou empresarial. Numa epidemia de grande porte, como a ocorrida na cidade de São Paulo na década de 70, os perfis S/D das demais classes poderão alterar-se a ponto de projetar, no nível político, a necessidade de enfrentar o problema. A classe hegemônica sempre encontrou mecanismos de fugir às epidemias, a história está repleta de exemplos: ou bem fugia, literalmente, para locais menos insalubres, ou afastava (confinava) os pobres e/ou os doentes e criava mecanismos de vigilância.

Comboios

Esse coletivo podia ser de aviões e outros transportes enfileirados, conduzindo: respiradores, máscaras, EPI em geral para socorrer o SUS ameaçado de caos. Mas não é: são os detratores, uma fila de muare transportando ideias que colidem científica, política e eticamente com os esforços por conter o processo epidêmico. São portadores de *fake news* contidas numa infodemia, uma epidemia de informações tão devastadora quanto a do vírus.

Em nosso âmbito há um projeto de “Democracia Infectada”, no Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário, da Faculdade de Saúde Pública da USP. Reproduzimos a sua ementa de “Ciência contaminada” (Cepedisa, 2020):

CIÊNCIA CONTAMINADA / maio de 2020: Analisando o contágio de desinformação sobre coronavírus via youtube.

O projeto Democracia Infectada acompanha a liberdade de expressão e dinâmicas democráticas em ambientes digitais. O objetivo é produzir estudos sobre como a sociedade incorpora redes sociais online, suas plataformas e aplicativos de mensagens instantâneas, e demais serviços da internet no contexto da participação democrática e formulação de políticas públicas.

PRINCIPAIS RESULTADOS: Sétimo: O dano maior da desinformação no campo da saúde advém do fato que as únicas medidas atualmente eficazes no enfrentamento da pandemia de Covid-19 são as intervenções de saúde pública não farmacológicas, cuja eficácia depende da observância de certos padrões de comportamento pela população. O discurso da desinformação, ao minimizar a gravidade da doença ou cogitar medidas contrárias a esses padrões, mas ineficazes para prevenir a doença ou minimizar seus danos, prejudica justamente a capacidade de se obter esse comportamento social eficaz.

A imprensa diária (*Folha*, nesse caso) aproveita os estudos desse Centro da FSP para analisar os riscos a que estamos sujeitos: “Canais de fake News no You Tube têm quase 3 vezes mais audiência” (Mello, 2020). Veículos sérios e confiáveis misturam-se na fila de muare. Discernir quais são os confiáveis conduz à luta política pelo poder e à maneira como nos inserimos. Já analisamos a tendência atual de maré montante do populismo de direita em todo o mundo, imenso produtor de “*fake news*”. E nós não escapamos desta encruzilhada.

Referências

ALBUQUERQUE, J. Susan Sontag acertou ao denunciar metáfora que compara doença a Guerra. *Folha de S.Paulo*, 21 abril 2020.

BMJ. Sacred cows: to the abattoir! *BMJ*, v.317, p.1730, 1998. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.317.7174.1730>>.

CARVALHEIRO, J. R. Processo migratório e disseminação de doenças. Textos de Apoio – Ciências Sociais. *Abrasco*, RJ, p.27-55, 1983.

_____. Depoimento à Assembleia Nacional Constituinte. Subcomissão de Saúde, Segurança e do Meio Ambiente. Atas de Comissões. Anexo à Ata da 14ª reunião realizada dia 6 de maio, 1987.

_____. Pestilências: velhos fantasmas, novas cadeias. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.1, p.25-42, 1992.

_____. A vacina da Aids, a quimera e a vaca gorda. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.11, n.31, p.191-207, set. 1997.

_____. Os desafios para a saúde. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.13, n.35, p.7-20, abr. 1999.

_____. A saúde na metrópole. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.17, n.48, p.203-8, ago. 2003.

_____. Epidemias em escala mundial e no Brasil. *Estudos Avançados*, [online], v.22, n.64, p.7-17, set. 2008.

_____. Pandemia popular. *Rev Bras Epidemiol.*, v.12, n.2, p.101-4, 2009.

_____. Incorporação dos resultados de pesquisa pelos gestores do Sistema (Único) de Saúde num contexto atual. *Boletim do Instituto de Saúde*, v.13, n.3, p.199-204, 2012.

CARVALHEIRO, J. R.; MARQUES, M.C. C.; MOTA, A. A Construção da Saúde Pública no Brasil no século XX e início do século XXI. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. (Org.) *Saúde pública: bases conceituais*. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

CEPEDISA. Analisando o contágio de desinformação sobre coronavírus via youtube. In: *Repositório de Acesso Aberto da UNESCO*, 2020. Disponível em: <<http://www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-en>>.

COHEN, J.; KUPFERSCHMIDT, K. Mass testing, school closings, lockdowns: Countries pick tactics in 'war' against coronavirus. *Science Translational Medicine*, Mar 18, 2020.

CROWTHER, H.; LIPWORTH, W.; KERRIDGE, I. Evidence-based medicine and epistemological imperialism: narrowing the divide between evidence and illness. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v.17, n.5, p.868-72, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01723.x>>.

HAN, B. C. O coronavírus de hoje e o mundo de amanhã. *El País*, 22 mar. 2020.

HARARI, Y. N. O mundo após o coronavírus: a tempestade passará, mas as escolhas que fizermos hoje mudarão nossas vidas. *Carta Maior*, 29 de maio de 2020.

HAVIARAS, H. A Homeopatia e o Covid-19. Associação Médica Homeopática de Santa Catarina. Instagram@hayde,haviaras. 2020.

- KATZ, D. K. Is Our Fight Against Coronavirus Worse Than the Disease? *The New York Times*, Opinion section, March 20, 2020.
- KEYNES, J. M. The times. *Collected Writings*, v.21, p.409, 1937.
- LANCET. Editoriais. February 22 “Facts are not enough” and May 9, 2020 “COVID-19 in Brazil:’So what?’”. Disponível em: <www.thelancet.com > v.395, 2020.
- McKEOWN, T.; LOWE, C. R. *An introduction to social medicine*. Oxford; Edinburgh: Blackwell Scientific Publications, 1968.
- MELLO, P. C. Canais de fake news no You Tube têm quase 3 vezes mais audiência. *Folha*, saúde, 21 de maio 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/05/canais-de-fake-news-sobre-covid-19-no-youtube-sao-vistos-quase-3-vezes-mais-que-os-de-dados-reais.shtml>.
- MORAES, J. C.; GUEDES, J. S.; BARATA, R. C. B. Método de estudo do processo epidêmico. In: CARVALHEIRO, J. R. (Ed.) *Curso de Epidemiologia das doenças transmissíveis*. XVIII Congresso da Soc. Bras. Med. Trop., Ribeirão Preto, 1982.
- OLIVEIRA, R. M.; VALLA, V. V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17(Suplemento), p.77-88, 2001.
- PEREIRA, R. A. Ver a Netflix tem quatro sílabas: O lirismo da Covid, apesar de inexistente, tem sido buscado por poetas. *Folha* Opinião, 17 maio 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/ricardo-araujo-pereira/2020/05/>.
- SAKELLARIDES, C. A Lisbon agenda on health innovation: Editorial. *European Journal of Public Health*, v.18, n.2, p.102-3, 2008.
- SAMAJA, J. Trans sapiência. In: CARVALHEIRO, J. R. et al. (Coord.) *Transdisciplinaridade em Saúde Coletiva*. Mesa-Redonda no “VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva”, em Salvador, BA. Coleção de vídeos do VI Congresso, 2000.
- SCHMID, A. W. Contribuição para o estudo da epidemia de febre tifóide no município de Itatiba em 1954. *Arq.Fac. Hig. S. Publ.*, v.14, n.1/2, p.1-86, 1960.
- SES. Estrutura epidemiológica. *Apostila do Curso de atualização em Epidemiologia*. Secret. Saúde E.S.Paulo/Deptº Medicina Social FMRP-USP, 1974, mimeo.
- SINNECKER, H. *General epidemiology*. Transl. N. Walker. London: John Wiley & Sons, 1976. 228p.
- STAMP, L. *Medical geography*. London: Oxford University Press, 1964.
- TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; Abrasco, 1992.
- WILSON, G. S.; MILES, A. A. *Topley and Wilson’s principles of bacteriology and immunity*. 5.ed. Baltimore: Williams & Wilkins Co., s.d.
- WOODS, D. The many faces of Populism: diverse but not disparate. *Research in Political Sociology*, v.22, p.1-25, 2014.

RESUMO – Ao estudar um fenômeno que atinge a população de diversos continentes, cuidamos de coletivo de pessoas. A pandemia que assola a humanidade é pouco conhecida. Buscando entendê-la, aparecem outros coletivos no discurso: coletivo do pensamento,

aglomeração, rede, teste, UTI, rebanho, comboio. Na análise desses coletivos, buscamos elucidar controvérsias. Na formulação de políticas inovadoras em saúde, aproveitamos textos próprios, de análise de epidemias anteriores. Pelo limitado conhecimento da História Natural da Covid-19, têm relevância os “procedimentos não farmacológicos”, ligados ao comportamento das pessoas. Não bastasse o rigor da invasão epidêmica do vírus, sofremos uma invasão léxica inédita: *achatamento de curvas, distanciamento social e etiqueta respiratória*. Principais controvérsias: a disputa pela cloroquina, com populistas em ação e o equivocado uso da Herd Immunity como objetivo a alcançar, e milhões de óbitos.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia, Covid-19, Imunidade de rebanho, Cloroquina, Redes sociais.

ABSTRACT – By studying a phenomenon that affects the population of several continents, we care for people collectively. The pandemic that plagues humanity is barely known. Seeking to understand it, other collectives appear in the discourse: a collective of thought, agglomeration, network, testing, ICU, herd, convoy. By analyzing these collectives, we seek to elucidate controversies; in the formulation of innovative health policies, we resort to our own texts that analyze previous epidemics. Due to the limited knowledge of the natural history of covid-19, “non-pharmacological procedures” associated with people’s behavior are relevant. As if the rigor of the virus’ epidemic invasion was enough, we also suffered an unprecedented lexical invasion: *flattening of curve, social distancing and breathing etiquette*. The main controversies: the chloroquine dispute, with populists in action and the mistaken use of herd immunity as a goal to achieve, and millions of deaths.

KEYWORDS: Pandemic, Covid-19, Herd immunity, Chloroquine, Social networks.

José da Rocha Carvalheiro é médico, professor titular de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, membro do Observatório de Inovação e Competitividade do Instituto de Estudos Avançados da USP, professor colaborador do Núcleo de Serviços e Sistemas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, subcoordenador do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Inovação em Doenças de Populações Negligenciadas do Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde (CDTS, Fiocruz). @ – jrcarval@usp.br / <https://orcid.org/0000-0002-3745-4802>.

Recebido em 31.5.2020 e aceito em 18.6.2020.

¹Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

