



Dr. Josué dos Santos Ferreira

Fundador e Presidente Nacional do Instituto de Estudos Legislativos Brasileiro – IDELB

A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL



O primeiro caso de COVID-19 foi registrado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020. Entretanto, três cepas do SARS-CoV-2 foram identificadas no país entre 22 e 27 de fevereiro; portanto, já estavam bem estabelecidas antes da implementação das medidas não farmacêuticas de distanciamento físico e das proibições de viagens. Esta introdução influenciou o quadro precoce e mais grave de capitais como São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará e Manaus. A transmissão chamada comunitária somente foi oficialmente reconhecida em 20 de março.

A pandemia da COVID-19 no Brasil atingiu uma das mais inclinadas curvas de aumento de casos do mundo. Em 14 dias, o país atingiu 50 casos, dez dias depois chegou a 1.000 casos, em 4 de abril já havia 10 mil casos, um mês depois ultrapassamos 100 mil casos. As semanas seguintes mostraram crescimento significativo da disseminação do vírus entre a população brasileira, em 2 de junho tínhamos meio milhão de casos oficiais notificados, ultrapassando em 19 de junho a casa de 1 milhão de casos novos acumulados e mais de 1.000 casos novos por dia. No início do mês de julho, o Brasil já registra mais de 1,5 milhão de casos oficiais notificados, tornando-se no final do mês de junho o país com mais alta incidência diária de COVID-19 em todo o mundo.

O primeiro óbito aconteceu em 17 de março. Um mês depois (10/4) o total de mortes acumuladas era de 2.143, valor que aumentou expressivamente nas semanas seguintes e chegou a 16.118 em 17/5 e ultrapassou 50 mil óbitos em 23/06. Em meados de junho, o Brasil apresentava coeficiente de mortalidade de 22,1 óbitos/100.000 habitantes por COVID-19, que se torna então a principal causa de morte no país. Em 2/7, o país já registra 60.632 óbitos, o que representa uma mortalidade de quase 300 óbitos/100.000 habitantes por COVID-19, com um índice de letalidade de 4,2%.

A epidemia se disseminou de forma bastante heterogênea pelo país, com uma diferença de 30 a 40 dias para os estados de Sergipe e Tocantins, que começaram a curva epidêmica mais tardiamente. A curva epidêmica foi mais acelerada no Norte e no Nordeste com taxas de mortalidade de 42,2 e 23,8/100.000 habitantes respectivamente, depois de 80 dias do 1º óbito. Nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul as taxas de mortalidade aos 80 dias do 1º óbito foram respectivamente 18,5, 4,6 e 2,8/100.000

habitantes. No início de julho, aos 98 dias da pandemia para as regiões com maior atraso, as taxas de mortalidade por 100.000 habitantes foram: Norte 51,8; Nordeste: 34,2; Sudeste: 27,4; Centro-Oeste: 22,2; Sul: 54,6.

Os estados mais populosos, São Paulo e Rio de Janeiro, registram o maior número de casos e óbitos notificados do país. Em 16/6, São Paulo tinha 190 mil casos acumulados e 11.132 óbitos, enquanto o Rio de Janeiro tinha 83 mil casos e 7.967 óbitos. Em 2/7, São Paulo registra quase 300 mil casos e 15 mil óbitos; Rio de Janeiro acumula 115 mil casos e ultrapassa 10 mil mortes. Assim, estes dois estados respondem por 30% dos casos e 40% dos óbitos no país.

A maior incidência de casos notificados de COVID-19 foi registrada em estados da Região Norte. Em 16/6, a incidência no Amapá era de 2.100/100.000, no Amazonas 1.380/100.000, em Roraima e no Acre 1.120/100.000 habitantes. Na mesma data, os cinco estados com maior taxa de mortalidade eram Amazonas (60,8/100.000), Ceará (55,3/100.000), Pará (49,5/100.000), Rio de Janeiro (46,0/100.000) e Pernambuco 41,2/100.000. Em contraste, os estados de Goiás, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul apresentaram taxas de mortalidade abaixo de 3,5/100.000 habitantes.

No início de julho, a incidência no Amapá era de 3.375/100.000, seguido por Roraima com 2.266/100.000, Amazonas com 1.725/100.000, DF com 1.666/100.000 e Acre com 1.539/100.000 habitantes. Na mesma data, os cinco estados com maior taxa de mortalidade eram Amazonas (67,8/100.000), Ceará (67,4/100.000), Rio de Janeiro (58,8/100.000), Pará (57,2/100.000), Roraima e Pernambuco (51,0/100.000). Os estados de Goiás, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul apresentaram taxas de mortalidade abaixo de 8,0/100.000 habitantes.

Recentemente, alguns estados que apresentam taxas de incidência da doença entre as mais baixas do país, passaram a se preocupar com a tendência de aumento. Embora o Ministério da Saúde e alguns governos estaduais mencionem uma “estabilização da curva epidêmica” e recente análise realizada pelo Imperial College de Londres aponta que houve no Brasil uma redução geral do coeficiente de transmissibilidade (R_0 ou número reprodutivo básico), nos dezesseis estados acompanhados (aqueles onde houve mais de 50 óbitos até o momento), esse índice continua maior do que 1, o que indica que a incidência da doença continua em crescimento.

A suspensão da divulgação de dados sobre a pandemia pelo Ministério da Saúde, juntamente com a tentativa de manipulá-los subtraindo parte dos óbitos do total que deveria ser informado, na contramão do padrão seguido por todos os países do mundo, levou o Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde – CONASS – a imediatamente organizar uma plataforma própria de compilação. Paralelamente, houve a criação, por iniciativa própria, de um consórcio de veículos de comunicação concorrentes para uma ação cooperativa de divulgação dos dados gerados pelas secretarias de saúde dos estados, buscando preencher o vazio do papel do governo federal e o descrédito das informações por ele geradas. Mesmo assim, registros detalhados que eram usados por gestores e pesquisadores deixaram de ser oferecidos, comprometendo importantes iniciativas locais de monitoramento.

O conhecimento epidemiológico acumulado até agora sobre a COVID-19 e a experiência de outros países onde a epidemia chegou mais cedo indicam alguns caminhos e perigos. A expansão da doença não deve cessar espontaneamente, enquanto houver uma proporção razoável de pessoas suscetíveis; até atingir este nível de imunidade coletiva suficiente para conter a transmissão, milhões de pessoas terão sido infectadas, centenas de milhares morrerão. Nesta fase recente, a epidemia avança para o interior dos estados. O número de casos nessas áreas já supera os casos acumulados na maioria das respectivas capitais. Este quadro prevê um agravamento de alguns indicadores como letalidade e mortalidade, considerando que a capacidade de assistência terciária, como leitos de UTI, está concentrada nas capitais e polos urbanos maiores nos Estados.

O Brasil já vive uma tragédia quando o número de casos acumulados ultrapassa 1,5 milhão e a mortalidade avança para além dos sessenta mil óbitos. Projeções otimistas indicam que estes números serão multiplicados por três até o fim deste ano; outras projeções chegam a vinte vezes. Mesmo o melhor cenário é aterrorizante. Nele, a capacidade dos serviços de saúde para atendimento de pacientes graves será ultrapassada em boa parte das cidades brasileiras, o que levará a um aumento na letalidade (por COVID e também por outras causas que terão seu atendimento comprometido), à quebra das medidas de biossegurança nos serviços de saúde abarrotados e a uma desorganização ainda maior da atividade econômica.

ENORMES DESIGUALDADES: CONTEXTO FAVORÁVEL À DIFUSÃO DA PANDEMIA

No Brasil, os desafios para o enfrentamento da COVID-19 se apresentam ainda mais complexos, pois a transmissão do vírus e o impacto da pandemia tendem a ser mais graves num contexto de grande desigualdade econômica e social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso constante à água, em situação de aglomeração e com alta prevalência de doenças crônicas.

Os primeiros casos confirmados eram pessoas de estrato econômico elevado, recém-chegados de viagens ao exterior, mas a doença rapidamente atingiu as comunidades pobres das periferias das grandes cidades e passou a se expandir para o interior do país, atingindo inclusive povos indígenas e populações ribeirinhas. A letalidade nesses grupos tem sido superior à média do país. Estudos têm mostrado também maior letalidade entre negros e negras quando comparada às pessoas de raça branca. Durante a pandemia, as gritantes desigualdades sociais entre os brasileiros têm se refletido em um inaceitável excesso de mortes entre mulheres, pobres, negros e indígenas, nortistas e nordestinos em relação aos ricos, brancos e centro-sulistas, o que decorre de processos de determinação social do processo saúde-doença e de diferenças entre as ofertas de leitos públicos e de leitos privados.

A situação socioeconômica de importante contingente da população brasileira já vinha se agravando antes da epidemia. A COVID-19 veio trazer à tona os mais danosos efeitos da perda dos diversos direitos, em especial da seguridade social e direitos trabalhistas. A morte de idosos, cuja renda provinda da aposentadoria apoiava o sustento de mais de 70 milhões de famílias brasileiras, deverá afetar severamente a situação socioeconômica de famílias que sofreram ou irão sofrer esta perda, levando milhares de pessoas, incluindo mais de 2 milhões de crianças, a cair abaixo da linha da pobreza.

O crescimento do percentual de pessoas desocupadas, subocupadas ou em trabalho informal cresceu e teve um severo impacto no comportamento da epidemia, dificultando a essas pessoas aderir às diversas formas de quarentena, tão necessárias para mitigar os efeitos da COVID-19 na vida e saúde da população. As medidas de distanciamento são muito difíceis de serem seguidas por um grupo enorme de brasileiros, representados pelos trabalhadores informais (cerca de 40 milhões), pelos desempregados (cerca de 13% da população), por trabalhadores autônomos (carpinteiros, bombeiros, pintores, jardineiros, camelôs, etc...), entre outros. São milhões de brasileiros que, em geral, moram em grandes conglomerados, de casas precárias, nas periferias das grandes cidades. Todas essas pessoas terão grande dificuldade em ficar em casa durante semanas, principalmente porque não têm recursos para comprar alimentos, pagar aluguel, água, energia, etc.

Mesmo em momentos em que os maiores percentuais de adoção de medidas coletivas de controle da epidemia foram alcançados

no Brasil, nunca se atingiu níveis elevados de quarentena como em outros países afetados pela pandemia. Assim, no caso brasileiro, que apresenta uma realidade mais complexa, com imensas desigualdades, embora imprescindível, as diversas formas de quarentena têm limites estruturais para sua adoção mais generalizada. É necessária a adoção de outras medidas concomitantes, imprescindíveis para tornar possível a adesão de, pelo menos, 60% da população.

ESTRATÉGIAS EPIDEMIOLÓGICAS PARA REDUZIR A TRANSMISSIBILIDADE

A noção de “distanciamento social” tem como referência longínqua aplicações da teoria matemática de redes à epidemiologia, particularmente no estudo das cadeias de contágio de doenças transmissíveis. Pretende-se com isso limitar a propagação do patógeno evitando a agregação de pessoas em eventos de massa, reuniões, festas, espaços públicos ou transporte coletivo, mantendo efetiva distância de segurança (nesse caso, dois metros) de outras pessoas. Compreende ações preventivas de caráter coletivo, altamente desejáveis no contexto da Pandemia da COVID-19, por seu potencial de intervenção nos elementos biológicos da transmissão.

No presente documento, seguindo recomendações da OMS, da Unicef e da União Europeia, preferimos a expressão “distanciamento físico” para designar tais ações, classificadas no capítulo das quarentenas parciais, reservando o termo “isolamento” para referir à restrição ou supressão de contatos interpessoais para sujeitos potencialmente infectados ou expostos. O distanciamento social seria um resultado colateral indesejável, tanto relativo ao contraste como à ou redução de relações sociais e afetivas; tem-se procurado superar o distanciamento social com apoio das tecnologias de comunicação e do próprio ativismo nas redes digitais. Em suma, para a redução efetiva da transmissão numa epidemia, precisamos ficar fisicamente separados, mas, para superar o potencial impacto negativo da pandemia sobre a saúde mental coletiva, devemos permanecer conectados social e afetivamente.

Na ausência de tecnologias biológicas preventivas ou curativas (vacinas e medicamentos, entre outras), medidas não farmacológicas de controle epidemiológico são importantíssimas. Uma revisão sistemática de 29 publicações, realizada pela Rede Cochrane, a pedido da OMS, mostrou que quarentenas e outras medidas de saúde pública diminuem o risco de contágio e reduzem de 31% a 63% a mortalidade por COVID-19. Estratégias de redução de mobilidade e aglomerações, planejadas na amplitude necessária para cada região, estado, município ou local são, por isso, fundamentais.

Apesar da resistência negacionista da autoridade maior do poder executivo do país e da falta de iniciativa própria de algumas autoridades em outros níveis de governo, a maioria dos estados brasileiros e muitas cidades adotaram estratégias não-farmacológicas que, na prática, compreendem medidas bastante diversas, como quarentenas totais (lockdown) e parciais, isolamentos individuais ou grupais, distanciamento físico, incluindo a redução do tamanho ou proibição de eventos, fechamento de unidades de ensino (escolas e universidades), restrições ao funcionamento do

comércio, serviços e indústria, fechamento e proibição de frequência a parques, piscinas e praias, redução do transporte (municipal, intermunicipal e interestadual) e mudanças no regime de trabalho de servidores públicos. Estas medidas, apesar da complexidade política e socioeconômica do país, salvaram milhares de vidas reduzindo substancialmente a disseminação da COVID-19 nos estados.

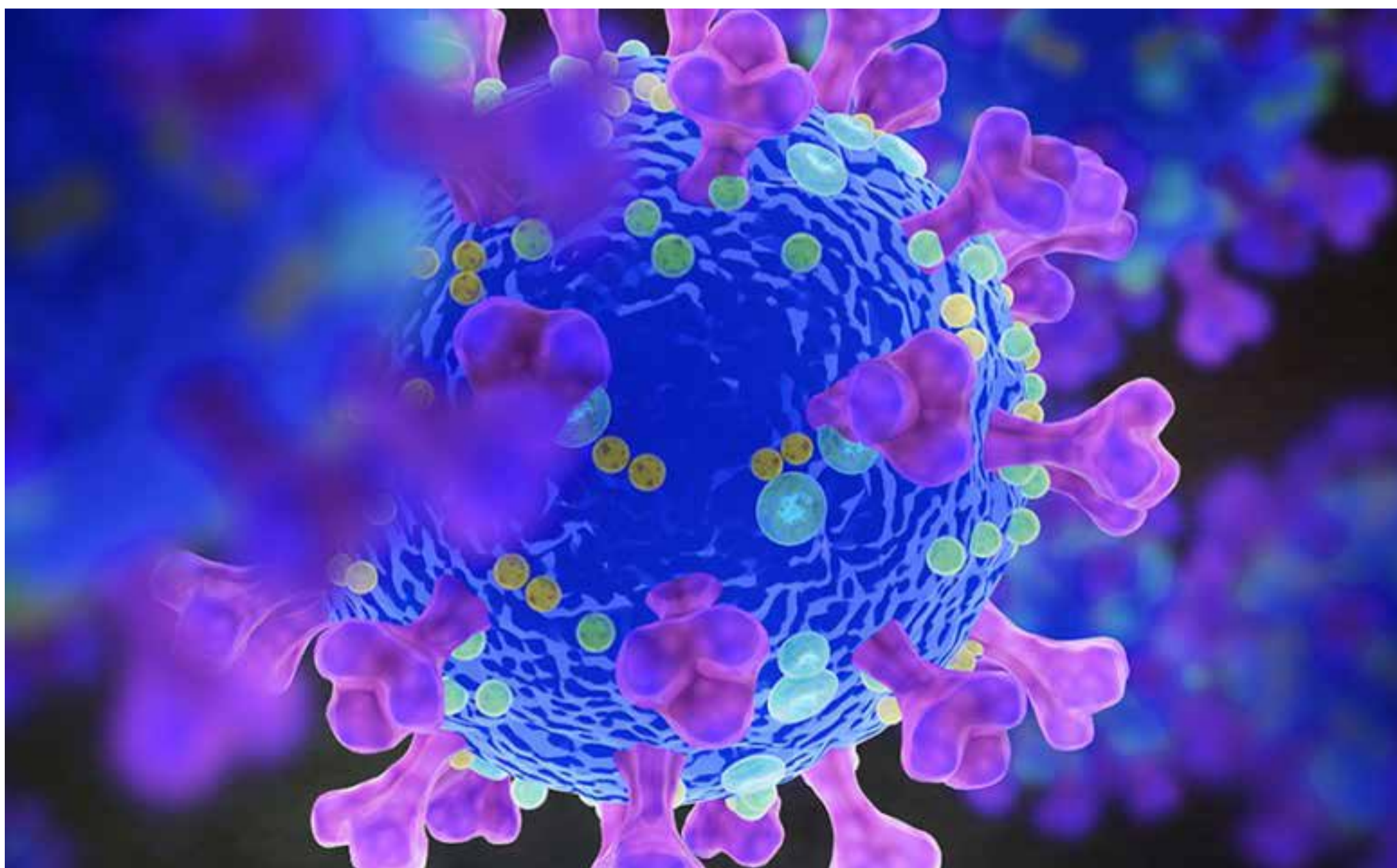
É preciso entender esse conjunto de restrições como apenas uma das vertentes de um conjunto de medidas que devem ser adotadas, tendo em vista a complexidade da sociedade brasileira. Medidas de distanciamento físico e quarentenas setoriais e parciais têm se mostrado estratégia eficaz para diminuir a velocidade de contágio por SARS-CoV-2. A mudança no comportamento de mobilidade urbana e interurbana da população tem sido bastante significativa desde o mês de março. Dados do Relatório de Mobilidade na Comunidade do Google, que analisa dados do Google Maps agregados e com anonimato, comparam volume de deslocamento a diferentes locais assumindo como referência a mediana do dia da semana correspondente entre 3 de janeiro e 6 de fevereiro de 2020. Em todo o Brasil, observou-se redução de 76% no deslocamento a lugares de varejo e lazer, 69% em estações de transporte público, 72% a locais de trabalho e 38% a mercados e farmácias em 10 de abril, e 75% a parques em 22 de março. Esses foram os dias e abril foi o mês com maior redução média de mobilidade. No entanto, tem havido redução do distanciamento. O último mês tem apresentado importante queda nos índices de adesão à quarentena em comparação a janeiro/fevereiro, sendo que no caso de mercados e farmácias já se observa maior deslocamento que no período de referência.

Essa tendência é semelhante ao observado no Índice de Isolamento Social (ISS) da InLoco, que analisa os dados de deslocamento de aproximadamente 60 milhões de brasileiros por meio da posição geográfica de seus telefones celulares. O pico do ISS foi observado em 22 de março (62,2%), chegando a 36,8% em 12 de junho, valor mais baixo da série histórica. Desde 26 de maio até 25 de junho, em apenas dois dias o índice foi superior a 50%.

Tais indicadores mostram forte grau de adesão da população brasileira aos programas de controle epidemiológico da pandemia somente nos períodos em que, muitas vezes por ação do poder judiciário, os governos estaduais e municipais tomaram providências mais enérgicas e restritivas. Porém, os indicadores de distanciamento físico vêm sendo reduzidos como reflexo das reaberturas de diferentes setores econômicos em diversos municípios, mesmo sem queda de casos e óbitos, cenário com perigoso potencial de aumento da disseminação do vírus.



Equipe médica trabalhando no combate ao Coronavírus



Coronavírus