

COVID sobe pelo elevador, resposta vai pela escada: a escalada do COVID-19 nos Estados Unidos da América

Carlos Eduardo Siqueira¹

¹Associate Professor of Environment and Public Health - School for the Environment Coordinator of Transnational Brazilian Project -The Mauricio Gastón Institute for Latino Community Development and Public Policy – University of Massachusetts – UMass – Boston, MA, USA - Correspondência: carlos.siqueira@umb.edu

Introdução

Neste artigo discutiremos como a demora e a falta de clareza sobre a estratégia a ser adotada para controlar a transmissão da COVID-19 contribuíram para a escalada da epidemia nos EUA. O autor, residente no estado de Massachusetts há mais de duas décadas e professor de saúde pública e meio ambiente, resume a evolução do controle da COVID-19 no país que hoje tem o maior número de casos a nível mundial, com a intenção de contribuir para fortalecer as medidas de controle necessárias para reduzir o dano econômico e social da COVID-19 no Brasil. Devido à escassez de literatura acadêmica sobre o tema, grande parte das informações usadas neste artigo estão disponíveis na cobertura das grandes redes de televisão e dos jornais com abrangência nacional, como os canais de televisão CNN, MSNBC, Fox News, e os jornais New York Times e Washington Post ⁽¹⁾.

No dia 21 de janeiro o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC, EUA) informou o primeiro caso de COVID-19 no estado de Washington, oriundo da China. Os casos aumentaram drasticamente em março (figura 1). No começo de fevereiro houve um surto em Seattle, na costa oeste, seguido de expansão em março para cidades na costa leste do país. Se no começo de fevereiro os casos foram classificados como importados da China ou Itália, no fim do mês se constatou a chamada transmissão comunitária ou autóctone.

Siqueira CE

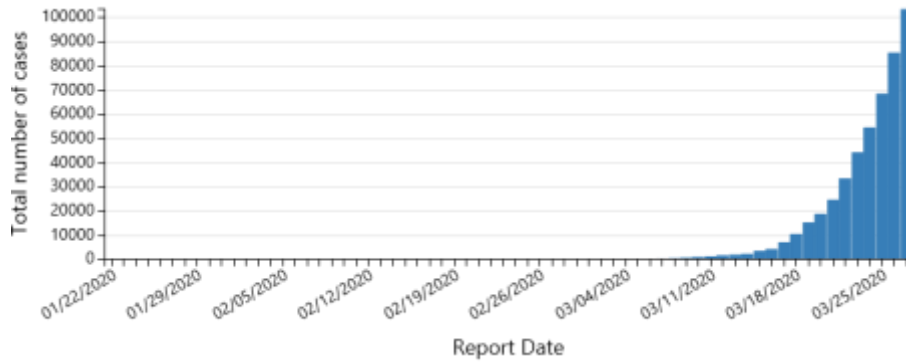


Figura 1- Casos Positivos de COVID-19 nos Estados Unidos

Fonte: CDC. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html>. Acessado em 20 de março de 2020.

O número de casos na cidade de Nova York chegou a cerca de 32,000 casos no final de março (figura 2).

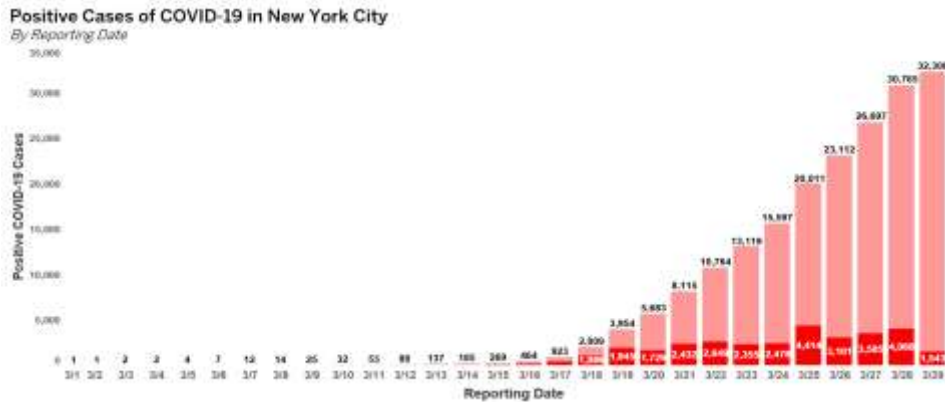


Figura 2- Casos Positivos de COVID-19 na cidade de Nova York

Fonte: Secretaria de Saúde de Nova York. <https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/imm/covid-19-daily-data-summary.pdf>. Acessado em 29 de março 2020.

A semelhança entre as duas curvas não é coincidência, já que o crescimento do número de casos no país é paralelo ao mesmo crescimento em Nova York, que se tornou o epicentro da epidemia desde a terceira semana de março. Enquanto o número de casos crescia aceleradamente em ambas

as costas do país, as estratégias adotadas pelos governos federal e estaduais não deram conta da resposta necessária para conter o avanço da epidemia.

O debate internacional sobre as estratégias de contenção (*mitigation* em inglês) ou supressão (*suppression*, em inglês) propostas por pesquisadores do Imperial College de Londres ⁽²⁾ norteou as diversas ações implementadas ao longo do mês de março em todo o mundo. Nos EUA teve papel crescente nas decisões do Poder Executivo.

Contenção x Supressão: Duas Faces da Mesma Moeda ou Moedas Diferentes?

Tanto a estratégia de contenção quanto a de supressão exigem milhões de exames rápidos para rastreamento de casos suspeitos e contatos (busca ativa), que seriam então isolados em quarentena para evitar a transmissão do vírus. A contenção se concentra em isolar os grupos de risco (principalmente os idosos) e detectar os casos sintomáticos. Por outro lado, a estratégia de supressão ou populacional exige, além da contenção, o afastamento físico, mal denominado de distanciamento social, de cerca de 1.8 metros (2 pés) nos contatos pessoais, a detecção dos portadores assintomáticos do vírus e a quarentena de quase toda a população por um tempo suficiente para achatar a curva transmissão do vírus. São na verdade duas faces da mesma moeda e não estratégias opostas. Alguns países, como a Coreia do Sul, adotaram principalmente a contenção realizando grande quantidade de testes para rastreamento e criação de grande quantidade de leitos a curto prazo.⁽³⁾ A China, por sua vez, adotou as duas estratégias concomitantemente.

O objetivo central da supressão é impedir a sobrecarga temporária dos serviços de saúde para que possam dar conta do excessivo número de casos graves que requerem respiração mecânica em leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), além de recursos humanos qualificados e protegidos adequadamente contra a infecção pelo vírus. A adoção dessas estratégias depende, portanto, de enorme infraestrutura e logística eficiente para obtenção e distribuição de equipamentos de proteção individual (EPI), ventiladores mecânicos, kits diagnósticos, e géis antissépticos, além de muitos outros insumos usados para diagnóstico e tratamento de viroses. Em síntese, um planejamento detalhado sobre a resposta de emergência para epidemias de origem viral se faz necessário previamente para a execução bem sucedida de ambas as estratégias.

Apesar do CDC, órgão responsável pela vigilância epidemiológica nos EUA, acompanhar a evolução da COVID-19 na China desde janeiro, o Presidente Trump minimizou a importância de adotar medidas de controle durante todo o mês de fevereiro, assim como a grande maioria dos governadores, republicanos ou democratas. A única medida importante implementada pelo Presidente foi a proibição, no dia 31 de janeiro, do ingresso de indivíduos que estivessem na China, baseada na correta suposição que o foco principal dos casos da COVID-19 nos EUA era a China. A seguir proibiu também ingressos de países europeus gradativamente. Só a partir do princípio do mês de março, quando começaram a ocorrer óbitos de idosos em um asilo em Seattle sugerindo transmissão autóctone do SARS-COV-2, os diversos órgãos do governo federal, com exceção do CDC, começaram a atuar intensamente na produção de folhetos, instruções oficiais sobre como evitar infecção pelo vírus, e recomendações para ações voluntárias para governos estaduais, municipais e empresas.

Enquanto o Presidente se recusou (ou minimizou os efeitos da epidemia) a adotar partes de ambas estratégias até a semana de 23 a 27 de março, apenas o governador da Califórnia ordenou que as pessoas ficassem em casa e o fechamento de bares, restaurantes, escolas e todos os serviços não essenciais há cerca de 20 dias. Os demais governadores somente tomaram resoluções semelhantes, embora não coordenadas, depois do dia 20 de março. O órgão responsável pela gerência de emergências nos EUA, a Administração Federal de Gerência de Emergências (FEMA, em inglês), só entrou em cena com parte da força-tarefa federal encarregada de gerir a epidemia na semana de 23 de março.

A resposta tardia, contraditória, e não centralizada à COVID-19 acabou obrigando os governadores a competir entre si, e até com o próprio governo federal, para comprar materiais e equipamentos de empresas nacionais e estrangeiras, criando grande demanda que foi explorada pelos fabricantes para aumentar o preço dos produtos solicitados. Este tipo de falta de coordenação pode ser caracterizado sem nenhum exagero como resposta “colcha de retalhos.”

As figuras 1 e 2 indicam que a velocidade de transmissão do Coronavírus se dá exponencialmente em dias; logo, a implementação das estratégias de controle não pode aguardar que o número de casos confirmados cresça para só então se tornarem políticas oficiais. Como resultado, o Coronavírus continua disseminando-se em todo o país porque os estados que ainda não adotaram a estratégia de supressão ficaram em compasso de espera ou se recusaram a aceitar as evidências

sobre a expansão da epidemia. Quando os governos e prefeitos resolveram agir com profundidade, a situação já estava fora do controle, como se observa agora em New Orleans, Detroit e Chicago. Em suma, todo o país está correndo atrás do vírus.

Outro aspecto importante da experiência dos EUA no combate à COVID 19 diz respeito à inexistência de um sistema público de saúde integrado, capaz de coordenar a ação de hospitais e serviços de saúde e facilitar o acesso da população a atenção médica, tema bastante estudado por inúmeros pesquisadores e hoje candente nas plataformas políticas dos candidatos a presidente. ⁽⁴⁾ Por exemplo, o governador de Nova York afirmou recentemente que a falta de coordenação é um problema sério quando se trata de decidir sobre onde realocar pacientes de hospitais superlotados para outros com capacidade instalada ociosa. Como os diversos hospitais na cidade e no estado em geral competem entre si por pacientes em tempos normais, resulta muito difícil administrar internações na situação atual da epidemia no estado.

Conclusões

Emergências de caráter nacional só são enfrentadas com sucesso na velocidade necessária através de intervenções nacionais, complementares e proporcionais às necessidades das unidades federativas. Nunca a unidade nacional, acima de divergências partidárias, ideológicas ou de qualquer outra natureza, é tão essencial para uma resposta rápida e integral, porque recursos econômicos, humanos e materiais tem que ser compartilhados e distribuídos eficientemente de acordo com critérios transparentes. A falta de preparação e unidade para lidar com desastres naturais regionais, como os furacões Katrina e Sandy, ou as epidemias nacionais de HIV/AIDS e SARS, já são conhecidas de todos os que estudaram os erros ou deficiências nas respostas do governo federal dos EUA. A COVID 19 revela ainda mais como os mesmos erros se repetem de maneira acentuada quando, por exemplo, existe enorme carência de EPI para os profissionais da saúde que estão na linha de frente do tratamento de pacientes com pneumonia bilateral.

Embora os EUA sejam o país mais rico do planeta, a epidemia da COVID 19 deixa claro que seu sistema de saúde privado e baseado no lucro, onde a saúde não é direito, não é capaz de responder a contento a uma epidemia cujo agente não respeita fronteiras entre estados, classes sociais, ou burocracias; especialmente, quando o próprio Presidente Trump está mais preocupado com a saúde

das corporações do que com a saúde da população. A firme atuação de cientistas e sanitaristas tem felizmente conseguido balizar os pontos de vista equivocados do Presidente, que resiste a compreender que as evidências científicas devem nortear o rumo de suas decisões.

Diversas questões ainda permanecem sem resposta: até quando manter a quarentena? como organizar o processo de retomada das atividades produtivas sem reativar a transmissão do vírus exponencialmente? qual é a dinâmica da infecção e aquisição de imunidade pelos infectados? Teremos que acompanhar o desenrolar da epidemia para obter informações e dados confiáveis antes de qualquer conclusão sólida.

No caso do Brasil, país com muito menos recursos financeiros, mas com sistema universal embora bastante privatizado, há que agir rápido e com intensidade na adoção da estratégia de supressão, cujos resultados devem aparecer após alguns meses. Esperar para contar os casos ou óbitos não controlará o COVID 19. Há que andar na frente do vírus e prevenir o contágio. Aprender com o que deu certo na China e o que deu errado nos EUA. Quem tem que subir pelo elevador é a resposta à emergência, não o vírus.

Referências

1. Cable Network News (CNN), disponível na página www.cnn.com. MSNBC, disponível na página www.msnbc.com; Fox News, disponível na página www.foxnews.com. New York Times, disponível na página www.nytimes.com; Washington Post, disponível na página www.washingtonpost.com.
2. Ferguson N. et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Report 9. Imperial College COVID-19 Response Team. March 16, 2020.
3. Yoon D. How South Korea Solved Its Acute Hospital-Bed Shortage. Wall Street Journal, March 22, 2020. Disponível na página wsj.com/articles/hos-south-korea-sovled-its-acute-hospital-bed-shortage-11584874801. Acessada em 29 de março de 2020.
4. Sanders B. S 1129 Medicare for All Act of 2019. Disponível na página <https://www.congress.gov/bill/116th-congress/senate-bill/1129/text>. Acessada em 29 de março de 2020.