

## VIDA URBANA DESIGUALDADES E REPERCUSSÃO DA COVID-19 NA METRÓPOLE DE SP (PUC/SP – PIPEq)

### A PANDEMIA COVID19 NA METRÓPOLES DE SÃO PAULO

A doença humana COVID-19 apareceu pela primeira vez em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China e no dia 31 de dezembro do mesmo ano a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre casos de pneumonia nessa cidade. Uma semana depois, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que essa doença era causada por um novo coronavírus (CoV) que ainda não havia sido identificado em seres humanos. Embora os CoVs estejam presentes em várias partes do mundo, sendo a segunda causa de resfriados comuns, raramente causavam doenças graves em humanos (OPAS “Folha informativa sobre COVID-19, Histórico da pandemia de COVID-19. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 05 de nov. de 2021.

Em 11 de fevereiro de 2020, o novo CoV recebeu o nome de SARS-CoV-2, sendo o responsável por causar a doença COVID-19. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo CoV era uma Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), sendo esse o mais alto nível de alerta dessa Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Com isso buscou-se estabelecer medidas de saúde pública em caráter emergencial, aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global com a finalidade de interromper a propagação desse novo vírus. Pelo RSI, a ESPII é considerada evento extraordinário sendo declarada quando há risco para a Saúde Pública de outros países devido à disseminação de doenças. A ESPII requer resposta internacional coordenada e imediata, sendo essa a sexta vez na história que foi declarada. As outras vezes foram: (I) na pandemia causada pelo vírus Influenza H1N1 em 25 de abril de 2009, (II) na disseminação internacional do poliovírus em 5 de maio de 2014, (III) no surto de Ebola na África Ocidental em 8 de agosto de 2014, (IV) quando houve aumento dos casos de microcefalia e outras malformações congênitas pelo Zikavírus em 1 de fevereiro de 2016 e (V) no novo surto de Ebola na República Democrática do Congo em 18 de maio de 2018.

A COVID-19, por se tratar de evento de ESPII, levou o diretor geral da OMS a convocar o Comitê de Emergências do RSI para o estabelecimento de medidas de saúde pública recomendadas a serem promulgadas e implantadas em caráter emergencial para prevenir ou reduzir a propagação mundial dessa doença e evitar interferências desnecessárias no comércio e no tráfego internacional. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi declarada pandêmica pela OMS (pandemia se refere à distribuição geográfica de uma doença e não a sua gravidade), uma vez que naquele momento a doença disseminou-se rapidamente para países da Ásia e Europa, depois Estados Unidos, chegando ao Brasil em março de 2021. Esse primeiro caso da doença foi atendido na Cidade de São Paulo em um viajante recém-chegado da Itália. Essa nova doença foi nomeada Síndrome Respiratória Aguda Grave pelo Coronavírus 2.

Quanto a origem desse novo CoV, é consenso que ele é originário de morcegos. Muitos CoV podem infectar diferentes espécies animais, como foi o caso do CoV da

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV), cuja primeira passagem após sair dos morcegos e antes de chegar no homem ocorreu em gatos civetas em 2002, na China. O SARS-CoV espalhou-se para 26 países, com 8.098 casos notificados, causando 774 mortes. Fato semelhante ocorreu com o vírus da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), que foi detectado em camelos e dromedários em 2012, antes de serem transmitidos para o homem. Por isso, esses vírus são chamados de vírus zoonóticos, que acometem tanto os animais como o homem. Esse fenômeno da primeira passagem de um vírus dos animais para os humanos é chamado de evento transbordante, e é importante entender de onde esses vírus vieram, tanto para a caracterização viral como para o isolamento dessa fonte, evitando-se novas introduções do vírus na população humana. Esses conhecimentos permitem entender a dinâmica do início do surto e subsidiar as ações de Saúde Pública. A compreensão da origem de um novo vírus também pode auxiliar no desenvolvimento de métodos diagnósticos laboratoriais, tratamentos e de vacinas (WHO – Origin of SARS-CoV-2, 26 March 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332197>>. Acesso em: 05 de nov. de 2021.

O SARS-CoV-2 é muito bem adaptado aos receptores de células humanas, o que permite que ele invada essas células e infecte pessoas facilmente. As sequências genéticas conhecidas do SARS-CoV-2, isoladas dos casos humanos, são muito semelhantes, sugerindo que o início da pandemia resultou de um único ponto de introdução desse vírus na população humana, na época em que o vírus foi relatado pela primeira vez em Wuhan, China. As análises dessas sequências genéticas sugerem que o transbordamento desse novo CoV de uma fonte animal para os humanos aconteceu durante o último trimestre de 2019, no entanto, ainda pairam dúvidas de como esse vírus deixou os morcegos e foi acometer os seres humanos. Os estudos epidemiológicos iniciais mostraram que grande parte dos primeiros casos humanos de COVID-19 registrados em Wuhan no final de dezembro de 2019 e início de janeiro de 2020, tinham relação direta com o Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan, onde eram comercializados frutos do mar e animais originários de criação e silvestres. Muitos dos primeiros pacientes eram proprietários de barracas, funcionários ou frequentadores regulares desse mercado. As amostras ambientais coletadas nesse mercado em dezembro de 2019 foram positivas para SARS-CoV-2, sugerindo que o mercado seria a fonte inicial da pandemia ou teria funcionado como amplificador da doença.

O SARS-CoV-2 pode ter sido introduzido na população humana a partir de uma fonte animal do mercado de Huanan ou de um ser humano infectado, onde ele foi amplificado no ambiente local. Em primeiro de janeiro de 2020 esse mercado foi fechado, limpo e desinfetado. As investigações epidemiológicas subsequentes sobre os primeiros casos humanos de COVID-19 em Wuhan mostraram que alguns desses pacientes não tinham ligação direta com esse mercado, portanto, poderiam ter sido infectados em outro lugar, levantando-se a hipótese de provável vazamento acidental do vírus de um laboratório em Wuhan que se dedica ao estudo dos CoVs (Smriti Mallapaty, Amy Maxmen & Ewen Callaway. ‘Major stones unturned’: COVID origin search must continue after WHO report, say scientists. *Nature*, 2021. 590:371-2.). Essa investigação continua e intriga muitos pesquisadores que se perguntam como um vírus de alta infectividade como esse, que causou muitos casos e mortes no mundo, foi responsabilizado por poucos casos na China e basicamente na Cidade de Wuhan?

Rapidamente o SARS-CoV-2 espalhou-se pelo mundo e trouxe com ele uma segunda epidemia, a do pânico, ainda pior do que a da doença. As primeiras notícias informavam sobre muitas mortes por insuficiência respiratória aguda na Região da Lombardia no Norte da Itália, sobre a falta de leitos hospitalares, de respiradores e de

profissionais da saúde para atendimento do grande contingente de pacientes graves. Também noticiavam que pessoas estavam morrendo nas ruas e em suas próprias casas, sem assistência médica, por esgotamento do recurso hospitalar. Nesse momento ficou evidente a fragilidade do sistema de saúde daquela região da Itália. As autoridades sanitárias locais adotaram medidas drásticas e radicais na tentativa de diminuir o impacto da COVID-19 no sistema de saúde e também na mortalidade naquela população. As primeiras três estratégias implantadas na tentativa de diminuir os casos da doença foram: o uso de máscara facial, lavagem das mãos com frequência e a quarentena compulsória para a população. Foi a primeira vez em toda a história da Medicina e da Infectologia que se submetia pessoas sadias ao isolamento em regime de quarentena domiciliar, pois sempre se isolou os doentes ou infectados com microrganismos com potencial risco à Saúde Pública. O isolamento das pessoas sadias em suas próprias casas foi estabelecido com a finalidade de postergar, naquele momento, a infecção e o adoecimento dessas pessoas pelo SARS-CoV-2 uma vez que, o sistema de atendimento hospitalar estava sobrecarregado.

O SARS-CoV-2 por ser um vírus de transmissão respiratória inter-humana tem como agravante a sua eficiente e rápida transmissão por meio das secreções respiratórias quando as pessoas falam, respiram, tosse ou espirram. Assim sendo, bastava um indivíduo doente ou mesmo assintomático para que ocorresse a transmissão da doença para o núcleo familiar enclausurado pela quarentena; foi o que ocorreu. No início da pandemia, na Região da Lombardia, a população de idosos era importante e nesse grupo etário as comorbidades como cardiopatias, diabetes mellitus, hipertensão arterial, neoplasias, obesidade entre outras são mais frequentes, sendo essa a população que inicialmente apresentou a forma mais grave da doença, com maior morbimortalidade.

Quando a COVID-19 chegou ao Brasil foi adotada a mesma estratégia sanitária do Norte da Itália, sem se levar em consideração as diferenças geográficas, socioeconômicas, culturais, demográficas, climáticas e também a extensão territorial. As mesmas três estratégias adotadas na Itália foram adotadas no Brasil. No início da pandemia o acesso à máscara facial era difícil para as pessoas das classes economicamente desfavorecidas, agravado pelo fato delas não saberem como usar e como manipular corretamente essa máscara; faltava orientações sobre o uso correto da mesma e a universalização do acesso às máscaras.

Com a quarentena compulsória e com o pânico, iniciava-se um ciclo de hibernação, as pessoas isolaram-se em suas casas e também fecharam os olhos para o que ocorria lá fora. A simples liberdade de ir e vir estava ameaçada assim como o convívio social. Criou-se uma situação muito favorável aos inescrupulosos e aproveitadores que se valeram da calamidade pública e do sofrimento humano em benefício próprio ou de terceiros. A avalanche de notícias falsas e informações desencontradas aumentou a insegurança e o pânico da população, tanto no mundo como no Brasil; foi nesse momento que ficou evidente a falta de liderança política e sanitária. A Organização Mundial da Saúde hesitou e se perdeu em algumas das suas orientações e diretrizes, isso fez com que a área da saúde humana mundial perdesse naquele momento o “Norte Técnico e Científico”.

Muitas pessoas não podiam ficar em casa como os trabalhadores da área da saúde, da segurança, do abastecimento, dos transportes e tanto outros, cujo trabalho era essencial naquele momento. Essas pessoas sofreram muito com a diminuição do transporte público e com o aumento do intervalo de tempo entre eles. Elas eram transportadas em condições de superlotação, aumentando o estresse e a exposição ao SARS-CoV-2. Nenhuma providência pública foi adotada para diminuir o risco de infecção desses trabalhadores no transporte público. O mesmo ocorreu com outros

trabalhadores como os entregadores de comida e de mercadorias compradas “on line”, cuja carga de trabalho e o risco de exposição ao SARS-CoV-2 aumentou nesse período em decorrência do novo “reset”.

A pandemia expôs as mazelas sociais e sanitárias existentes no Brasil. No modelo sanitário italiano de enfrentamento à pandemia não havia lugar para os moradores dos cortiços, das habitações coletivas, das favelas, dos indígenas, dos quilombolas, dos moradores de rua e de áreas abertas e tantos outros, que ficaram à mercê da própria sorte. Esses grupos de pessoas, quando tiveram assistência foi pela solidariedade das entidades filantrópicas e de caridade, pois a assistência do Serviço Público demorou a chegar, quando chegou! No modelo europeu também não havia lugar para aquelas pessoas cujo sustento próprio e da família dependiam do ganho diário, como as faxineiras diaristas, os ambulantes, os jardineiros, os pedreiros e tantos outros não assalariados que perderam a fonte dos proventos e da subsistência. As três estratégias adotadas inicialmente no combate à pandemia não contemplavam essas populações desfavorecidas socioeconomicamente. Como preconizar para pessoas carentes o uso de máscaras faciais se as mesmas tinham que ser adquiridas no comércio e cujo preço disparou no mercado? Como adotar a lavagem constante das mãos para pessoas que não tinham acesso fácil à água tratada ou como manter a quarentena e o distanciamento social para as pessoas que moravam nas favelas, nos cortiços, nas ruas e nas áreas abertas? Essas pessoas também ficaram à mercê da própria sorte! Alguns grupos indígenas, quilombolas e moradores das favelas que eram mais organizados conseguiram estabelecer as suas próprias estratégias na tentativa de anemizar o impacto perverso da pandemia sobre os seus integrantes.

O comércio, a indústria, os bares e os restaurantes foram obrigados a fecharem as suas portas e muitos faliram, contribuindo com o desemprego e com a miséria para muitas famílias. As escolas tiveram as aulas presenciais suspensas e assim permaneceram por quase dois anos, com grande prejuízo para o ensino, principalmente dos alunos pertencentes às classes sociais mais desfavorecidas economicamente, em que a escola além do ensino era o meio de subsistência, pois nelas as crianças eram alimentadas. As escolas da área da saúde também suspenderam as aulas presenciais, privando os alunos dos últimos anos desses cursos de viverem uma experiência ímpar nas respectivas formações e perderam a oportunidade de estarem em campo com os seus professores, aprendendo na prática de como se assiste o paciente com COVID-19 e de como se proteger da doença com o uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), uma vez que, após formados terão que atender pacientes com COVID-19 sem treinamento prático prévio, pois essa doença não desaparecerá tão cedo.

No Brasil, diferente do que ocorreu na Itália, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi o grande responsável pela assistência dos pacientes com COVID-19, desde os casos graves até os mais leves, dando suporte clínico, ambulatorial, hospitalar, laboratorial, de vigilância epidemiológica e na vacinação. Com a grande experiência do Programa Nacional de Vacinação (PNI), rapidamente iniciou-se a vacinação, assim que houve disponibilização das mesmas pelos laboratórios produtores, apesar da extensão do país e das dificuldades no acesso aos longínquos rincões.

A COVID-19 é uma doença nova e quando surgiu era totalmente desconhecida. A corrida para combatê-la e principalmente para tratar e salvar da morte os pacientes por ela acometidos foi grande, incessante e fatigante. Os profissionais da área da saúde e pesquisadores científicos uniram seus conhecimentos e esforços, cada um trazendo a sua vasta bagagem de conhecimentos e experiências de vida profissional, na tentativa de amenizar o sofrimento físico e psicológico causado pela pandemia. Infelizmente nesse momento angustiante entra em cena a tirania global, o silêncio ensurdecido da mídia e a perseguição ideológica. Vários desses profissionais passaram a ser perseguidos e

ameaçados por emitirem a própria opinião em relação a essa doença nova e desconhecida, sendo que alguns deles tiveram que deixar o País por esse motivo. Esse autoritarismo midiático fez com que muitos profissionais que poderiam orientar a população por meio da mídia se calassem, subtraindo a liberdade de expressão. As tentativas de subtrair a liberdade de cada cidadão foram muitas como a de sair de casa, de transitar pelas ruas, de ir ao trabalho, de ir às escolas, visitar parentes e amigos doentes e hospitalizados, os idosos ficaram reféns em suas próprias casas ou em casas de repouso, privados do contato com os seus entes queridos. Com isso se perdeu tempo e a oportunidade de se investir na prevenção, por ser um vírus cuja principal forma de transmissão é a respiratória, a população precisava ter acesso às informações corretas sobre o uso da máscara facial e o distanciamento social adequado, o que demorou para acontecer. Por outro lado, nessa situação de pandemia e de pânico entraram em ação os políticos irresponsáveis e oportunistas que sabotaram a confiança da população na ciência, nas informações científicas e nos especialistas, aproveitaram-se desse momento para porem em prática as suas teorias conspiratórias e sem fundamentos.

O confinamento prolongado, o isolamento social, o bombardeamento com notícias catastróficas, muitas delas falsas, o constante anúncio do número crescente de mortes e o pouco espaço para informações educativas, esclarecedoras e preventivas, levaram muitos adultos e crianças a apresentarem distúrbios psicológicos, num momento onde o acesso ao diagnóstico e ao tratamento era difícil. Os pacientes com outras doenças, principalmente as crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardíacas, neoplásicas, com HIV, com AIDS, tuberculose e muitas outras pioraram muito durante esse período de reclusão. Isso ocorreu porque muitos dos serviços de assistência à saúde fecharam as portas ou passaram a atender exclusivamente os casos de COVID-19 ou pelo fato dos doentes motivados pelo próprio medo de saírem da própria casa não buscarem por atendimento médico e tratamento.

Surge nesse cenário pandêmico a INFODEMIA, a quantidade de informações sem qualidade pela perda do controle da mesma, prolifera a desinformação, as informações falsas e enganosas, a desorientação, a perda da confiabilidade, a dificuldade de acesso às informações corretas, acarretando prejuízos nos processos de tomada de decisões e favorecendo a proliferação das teorias conspiratórias.

A propagação de uma epidemia em qualquer país ameaça o mundo inteiro como ocorreu com a COVID-19. Precisamos torcer para que a atual pandemia ajude a humanidade a enxergar o grave perigo que a desunião global representa (Financial Times 20 de março de 2020). Se não formos capazes de fazer a escolha certa, poderemos acabar abdicando de nossas liberdades mais preciosas, acreditando que esse é o único caminho para protegermos a nossa saúde e a nossa vida. Na batalha contra a COVID-19 faltaram líderes à humanidade (Time 15 de março de 2020), pois a COVID-19 não representa apenas uma crise de saúde, dela resultou uma grande crise política e econômica (Yuval Noah Harari: “Toda crise é também uma oportunidade”. Correio da UNESCO. 2020. Disponível em: <<https://pt.unesco.org/courier/2020-3/yuval-noah-harari-toda-crise-e-tambem-uma-oportunidade>>. Acesso em: 05 de nov. de 2021). O tempo e a história se encarregarão de dar respostas se o exagero das ações adotadas por algumas autoridades públicas nessa pandemia implicou em efeitos adversos importantes.

Marcos Vinicius da Silva