

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO MUNDO: O BRASIL COMO CASO DE FRACASSO

Strategies to cope with the Covid-19 Pandemic in the world: Brazil as a case of failure

Naomar Almeida-Filho
Instituto de Saúde Coletiva da UFBA

Informações do artigo

Recebido em 3/10/2021

Aceito em 04/11/2021

doi: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2021.n253.p294-316>



Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Como ser citado (modelo ABNT)

ALMEIDA-FILHO, Naomar. Estratégias de enfrentamento da Pandemia da Covid-19 no mundo: o Brasil como caso de fracasso. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**. Salvador/Recife, v. 46, n. 253, p. 294-316, maio/ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2021.n253.p294-316>

Resumo

Este artigo analisa processos políticos induzidos por retórica negacionista como determinante da dinâmica da pandemia de Covid-19 no Brasil. Em primeiro lugar, analisa os efeitos das desigualdades estruturais sobre a dinâmica social da pandemia, resultante de desentendimentos e descoordenação na formulação e execução de políticas de controle da pandemia. Em segundo lugar, apresenta uma análise política construída a partir da identificação de conflitos e inconsistências entre narrativas e evidências estruturantes do discurso oficial sobre a pandemia. Nessa perspectiva, modelos de intervenção e medidas de controle em diversos países, e sua subsequente adoção ou rejeição em nosso país, são interpretados como equívocos estratégicos que se tornaram fracassos no enfrentamento da crise sanitária da Covid-19 no Brasil.

Palavras-Chave: Covid-19. Medidas de controle. Políticas de saúde. Brasil.

Abstract

This article analyzes political processes induced by denialist rhetoric as a determinant of the dynamics of the Covid-19 pandemic in Brazil. First, it analyzes the effects of structural inequalities on the social dynamics of the pandemic, resulting from disagreements and discoordination in the formulation and implementation of pandemic control policies. Secondly, it presents a political analysis constructed from the identification of conflicts and inconsistencies between narratives and structuring evidence of the official discourse on the pandemic. From this perspective, intervention models and control measures in several countries, and their subsequent adoption or rejection in our country, are interpreted as strategic misconceptions that have become failures in coping with the health crisis of Covid-19 in Brazil.

Keywords: Covid-19. Control measures. Health policies. Brasil.

Introdução

Afinal, uma pandemia, do que se trata? E quais seriam seus desdobramentos sobre o Sistema Único de Saúde, esse patrimônio de política pública da sociedade brasileira? O que significa atuar numa escala societal, a partir da esfera institucional pública na qual opera a universidade, para reduzir efeitos sociais imediatos da Covid-19?

Epidemias, endemias e pandemias, do ponto de vista científico e técnico, constituem fenômenos de grande complexidade. Uma pandemia é formada por distintos objetos de conhecimento, processos de determinação e diversas possibilidades ou modos de intervenção, em muitas e várias dimensões – biológica, clínica, epidemiológica, ecossocial, tecnológica, econômica, política, simbólica – e suas respectivas interfaces. Nas interfaces, expressa complexas interações biológicas, culturais, sociais e ambientais. Na pandemia da Covid-19 observamos ocorrências simultâneas em vários planos de realidade: microestrutural, que trata das reações moleculares e celulares; microsistêmico, ligando metabolismo e tecido; subindividual, processos que ocorrem nos órgãos ou sistemas do corpo; individual, sintetizado na expressão “caso clínico”, para designar pessoas atingidas por uma doença; o nível epidemiológico, que abarca populações sob risco de alguma doença; o ecossocial, que examina eventuais alterações ambientais ligadas à emergência de novas ou velhas doenças; e o plano simbólico que atinge e é atingido por aspectos políticos e sociais.

Escrevi um ensaio recente justamente sobre esse tema (ALMEIDA FILHO, 2020). Nesse texto, argumento que a pandemia do novo coronavírus não se reduz a um patógeno que repentinamente se tornou capaz de ameaçar a saúde humana, o SARS-CoV-2. Nem se trata de conjunto de sinais e sintomas inicialmente desconhecidos de uma nova entidade mórbida batizada de COVID-19. Nem uma série de indicadores epidemiológicos e curvas epidêmicas, nem um processo dinâmico de disseminação e contágio. Nem mesmo é uma grande narrativa arbitrária, uma “infodemia” de fake news, mitos e mentiras, junto com o medo/pânico que tudo isso provoca, nem se refere às crises econômicas, políticas e psicossociais dela decorrentes ou a ela associadas.

Uma pandemia é um evento singular e complexo, como furacões, tsunamis e guerras, que altera não só corpos humanos, mas também o tecido social, relações econômicas, meios de comunicação, a política. Não se pode dizer numa pandemia que “isto causa aquilo”, porque nos sistemas complexos tudo está integrado. Nenhuma dimensão de análise,

isoladamente, dará conta do todo. Não se pode descrever a pandemia apenas pelo vírus ou pelos sinais clínicos da COVID-19. Para a compreensão de um fenômeno como esse, com tantas interfaces, e tão mutantes, é necessário construir uma concepção holística.

Enfim, a pandemia compreende um complexo de fenômenos e processos múltiplos, com grande diversidade, articulados a numerosos elementos, objeto de distintos enfoques. Teorias da Complexidade certamente podem contribuir para a compreensão não só da pandemia e suas complicações, mas para o desenvolvimento conceitual de todo o campo da saúde. Numa perspectiva da complexidade, a saúde deve ser pensada de maneira integral, articulada, para além dos marcos institucionais e doutrinários do campo restrito da saúde, mas pensando sempre como as diversas dimensões da vida (política, economia, ambiental, ocupacional, cultural, da mobilidade etc.) se encontram e se realizam interconectadas, articuladas, acopladas estruturalmente. Para um problema complexo, enfim, não há soluções simplificadoras.

Em cada tempo e lugar, a pandemia tem comportamentos diferentes, porque as sociedades, as realidades e as reações institucionais são diferentes. Tudo isso deveria ser considerado nas formas de enfrentamento. Uma pandemia exige novas formas de pensar e agir. Porque, por ser um evento crítico, impõe a necessidade de um pensamento integrador, inter e transdisciplinar. Para ser efetivo, o enfrentamento da nova coronavirose tem que ser multidimensional, interdisciplinar, intersetorial, interprofissional. As medidas de controle são necessariamente atravessadas por valores e se definem por essa perspectiva totalizante e complexa.

Controle da Pandemia no mundo e descaso no Brasil

No mundo todo, tem sido impressionante a forte mobilização da comunidade científica, na busca de soluções para vários aspectos da pandemia, não apenas diagnósticos, novos medicamentos e vacinas. De fato, a ciência brasileira tem dado uma resposta incrível aos desafios, desde o desenvolvimento experimental de estratégias tecnológicas para novos testes, busca de novos padrões genômicos associados a riscos de adoecer e de casos graves da doença, até a avaliação de medicamentos e vacinas desenvolvidos contra o coronavírus. No campo epidemiológico, minha área de pesquisa, destaco os inquéritos regionais e

nacionais para determinar a presença de anticorpos na população, essenciais para acompanhar a dinâmica da pandemia entre nós. Os grupos brasileiros de pesquisa em ciências humanas e sociais têm dado grande contribuição para a compreensão das dimensões social, étnica, política, econômica e ética, todas elas afetadas pela pandemia. Mas o sistema brasileiro de ciência, tecnologia e inovação vem enfrentando, nos últimos anos, a mais grave crise de financiamento de sua história. Minha avaliação pessoal é que, mais uma vez, em mais uma crise sanitária, apesar da negligência de políticos e lideranças ignorantes, ainda se revela a altíssima qualidade da rede pública de universidades e centros de pesquisa de nosso país.

O que a experiência da pandemia ensina acerca de saúde pública ao mundo? Do ponto de vista epidemiológico, aprendemos que o controle da pandemia é viável, mesmo sem vacina e tratamentos específicos. Vejamos a comparação com a Nova Zelândia, com a China, com a Noruega. Isso permite avaliar o que seria, no limite histórico, em última instância, possível como hipótese mais otimista. Se o Brasil tivesse tomado TODAS as medidas corretas e SEMPRE no tempo certo, teríamos tido menos de cem mil mortos. Mas alguém pode argumentar: a Nova Zelândia é uma ilha, isolada, distante, rica, com pouca gente, fácil de controlar. A Noruega é um país com renda per capita e indicadores educacionais altíssimos. A comparação mais justa seria com países pobres, de grande população, com déficits de educação, com alta diversidade territorial. Vejamos a China: se aplicarmos as taxas de mortalidade da China, o Brasil teria tido menos de 7 mil mortos. Ah, mas os chamados países orientais têm uma cultura muito diferente da nossa... A China seria um país totalitário, com uma cultura hiper disciplinada. Então, vale comparar com o Uruguai, nosso vizinho. Ah, mas o Uruguai é minúsculo... E a Argentina, país vizinho, com cultura próxima e problemas econômicos equivalentes? Contaram com liderança nacional, credibilidade política e coordenação minimamente competente.

Em um artigo do *Le Monde Diplomatique*, minhas colegas Gulnar Azevedo, Claudia Travassos e eu mostramos que a visão epidemiológica correta seria o oposto do que está sendo feito. O sistema de saúde foi acionado pelo governo federal numa lógica invertida, priorizando a atenção quaternária, de altíssima complexidade – por isso todo mundo só fala em leitos de UTI. O hospital deveria ser o fim da linha de cuidados e não o foco principal do combate à pandemia. É como se o país tivesse adotado a estratégia de deixar a epidemia

correr solta para só mitigar danos no último momento, como um time de futebol que resolvesse jogar só nos cinco minutos finais.

O Plano Nacional de Enfrentamento da Pandemia da Covid-19 foi uma iniciativa de entidades e movimentos sociais que atuam na área da Saúde que foram participantes da Frente pela Vida (ABRASCO, 2020). Preocupadas com a lamentável e grave omissão do governo federal, essas entidades apresentaram à sociedade um plano de ação bastante abrangente e completo. Trata-se de um documento de planejamento participativo, definido por uma abordagem solidária e prática, aberto a contribuições e soluções a serem construídas, sempre, coletivamente. O Conselho Nacional de Saúde logo acolheu a proposta e muito contribuiu para sua versão final, que foi apresentada às comissões do Congresso Nacional, ao Ministério da Saúde e a outras instâncias do SUS. O Congresso realizou audiências públicas, organizações sindicais e movimentos sociais seguiram discutindo o plano, mas, infelizmente, o Ministério da Saúde até hoje não deu retorno.

Deveríamos resgatar e valorizar a atenção primária à saúde, que o governo desmontou nos últimos anos. Expulsou os médicos cubanos, desfez o belíssimo Programa de Saúde da Família e desmobilizou os agentes comunitários de saúde, que estão nas periferias e nos rincões remotos do país. Em uma pandemia, a atuação do nível básico de saúde é fundamental para monitorar, nos bairros e nas vilas, pessoas que desenvolvem sintomas. Os testes deveriam ser usados para confirmar ou não casos suspeitos. E, mesmo sem sintomas, casos suspeitos devem ser vistos como um potencial transmissor do vírus e precisam ser isolados, as pessoas com quem tiveram contato também.

A pandemia atingiu o Brasil no meio de uma agenda política de reformas centrada na pretensa austeridade fiscal e na dramática redução do papel do Estado na economia. Trata-se da agenda neoliberal, em versão mais cruel e ignorante. Como resultado dos cortes de gastos e das reformas de ajuste neoliberal, principalmente reforma previdenciária e trabalhista, ao contrário do crescimento econômico apregoado, o que estamos vendo tem sido desemprego, crise e piora nos indicadores fiscais. A política de austeridade também desfinanciou o SUS e fragilizou a estrutura de proteção social em um contexto de aumento da pobreza e das desigualdades sociais. Mas, além do recrudescimento das questões já conhecidas, o que mais a pandemia revelou em termos de desigualdades? Com a pandemia, pelo contrário, as políticas econômicas, assistenciais, de saúde e segurança pública

precisariam mitigar o efeito das desigualdades de toda ordem, desigualdades de gênero, de raça/etnia, de classe social, territoriais. A pandemia causada pelo novo coronavírus, enfim, acentua e maximiza problemas gerados pelas desigualdades na saúde e em praticamente todos os âmbitos.

Medidas de distanciamento são muito difíceis de serem seguidas pela população pobre, composta em grande parte por trabalhadores/as informais e desempregados/as. São milhões de pessoas que moram em áreas aglomeradas, em casas precárias, nas periferias das grandes cidades. Essas pessoas têm enorme dificuldade de ficar em casa durante semanas, principalmente porque faltam recursos para tudo, alimentos, aluguel, água, energia, mínimo conforto. Além disso, é preciso cuidar de pacientes crônicos e grupos prioritários como gestantes e lactantes, bem como a população e grupos em situações de vulnerabilidade, populações indígenas, ribeirinhas, quilombolas. Uma pandemia do modo como esta se alastra no país aprofunda desigualdades sociais, gerando um aumento da vulnerabilidade social, de iniquidades e de violações de direitos humanos, afetando diretamente grupos populacionais oprimidos e discriminados e, indiretamente, pobres e socialmente excluídos. Isso tem efeitos terríveis sobre o conjunto da sociedade, uma sociedade que se vai tornando cada vez mais cruel, menos humana, menos solidária.

Atualmente, a cúpula do Ministério da Saúde admite retoricamente a centralidade do SUS no enfrentamento da pandemia. Acontece que precisamos consolidar os sistemas nacionais de vigilância em saúde e de vigilância sanitária, bem como efetivar a promoção da saúde. Tudo isso faz parte do SUS. Na atenção primária, o SUS articula ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância alimentar e nutricional, vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora e vigilância em saúde ambiental, além das ações intersetoriais em todas as áreas importantes no processo de determinação social da saúde. Nos outros níveis, secundário e quaternário, que correspondem ao tratamento especializado e hospitalar, o SUS também é essencial.

O enfrentamento da pandemia exige que o Ministério da Saúde, urgentemente, seja capaz de operar com a eficiência que a crise sanitária requer. Vai ser preciso reforçar o papel institucional do controle social do SUS, na definição e no acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde. Além de aumentar recursos financeiros destinados ao SUS, é necessária a aplicação ágil e eficiente dos recursos disponíveis, o que, infelizmente, não tem se dado até

o momento. E o pior é que o planejamento orçamentário do governo federal, em vez de repor recursos e reverter o subfinanciamento do SUS, aponta na direção oposta, com cortes ainda mais profundos na saúde, bem como na educação. O mais triste, ainda, é que esses recursos estão sendo desviados para ampliar os orçamentos das forças armadas.

Fracasso político no enfrentamento da crise sanitária

O Brasil vai entrar para a história como um dos países que lidou com o problema Pandemia da COVID-19 da pior maneira possível. Há negacionismos, redundância de medidas, conflitos desnecessários, sabotagens e muita corrupção. Num primeiro momento, ainda no início de fevereiro de 2020, as autoridades estabeleceram um comitê de operações de emergência. Porém, convocaram apenas especialistas de pesquisa biológica ou clínica, embora quem tenha conhecimento sobre estratégias para enfrentar epidemias são epidemiologistas e sanitaristas. Esses profissionais até agora não foram ouvidos ou participam pontualmente das decisões. Perdemos a chance de controlar a epidemia antes que se espalhasse, como fez a China, ao bloquear e controlar a epidemia dentro de cada província. A Coreia do Sul e o Japão implantaram sistemas de vigilância epidemiológica muito eficientes, usando uma lógica simples, dominada há séculos: identificar precocemente os casos, mapear seus contatos e isolar todos. Negligenciar medidas de isolamento e quarentena é uma forma de aplicar a ideia de “imunidade de rebanho”, expressão infeliz e muito criticada no campo epidemiológico até pela desumanidade explícita. Assim, as incompetentes autoridades sanitárias terminam promovendo maior discriminação e seletividade social, buscando atingir a imunidade coletiva pelo sacrifício das pessoas velhas, pobres e negras, que, afinal, sempre são os que morrem mais no Brasil. Muitas dessas mortes poderiam, sem dúvida, ter sido evitadas.

No Brasil, o negacionismo do Presidente Bolsonaro, de seus conselheiros médicos, e de outros terraplanistas ideológicos, custou milhares de vidas. Pelo que falou o próprio Bolsonaro e seu quase ministro Osmar Terra, jovens e adultos deveriam ser deixados livres, de muitos modos incentivando sua exposição ao vírus para acelerar o contágio e alcançar o que supunham ser uma “imunidade de rebanho”. O Reino Unido inicialmente tentou seguir essa estratégia, mas, depois que as mortes se aceleraram e o primeiro-ministro Boris Johnson teve a doença, com gravidade moderada, tudo mudou. O negacionista contumaz, que se

chama Donald Trump, começou a propagandear essa “solução”, porém, logo que a situação de Nova York se mostrou trágica, os governadores e as autoridades sanitárias tomaram medidas na direção oposta e ele ficou praticamente falando sozinho.

Como explicar o negacionismo na saúde? Podemos afirmar que tem relação com um não entendimento da questão da saúde e suas complexidades. Certamente revela ignorância, mas também, o que é pior e triste, mostra crueldade e oportunismo político. Além de cientificamente inválida, a estratégia é problemática também do ponto de vista da ética médica, na medida em que implica um genocídio anunciado. Melhor dizendo, amplia em escala o genocídio já praticado e naturalizado, anteriormente. Além de enorme risco, não faz qualquer sentido técnico e científico; na verdade, atrasa ou impede o controle da doença. Infelizmente, por ignorância, irresponsabilidade e insensibilidade, os negacionistas continuam deliberadamente promovendo boicotes e sabotagens, criando obstáculos às medidas efetivas de combate à pandemia.

É triste, lamentável, irresponsável e criminosa, incompetente sob todos os aspectos, a forma como o Brasil tem enfrentado a pandemia, de março de 2020 até agora, agosto de 2021. Mas não é o Brasil, realmente, nem o sofrido povo brasileiro. É o governo brasileiro atual. A Presidência da República teria constitucionalmente o dever de Estado de proteger a saúde pública. Autoridades sanitárias, ministros e secretários têm a obrigação de formular políticas de controle, carrear recursos, viabilizar meios, gerenciar processos e coordenar ações. Mas incorreram em sérios equívocos e omissões, uma sucessão de atos trágicos que resultam em sofrimento e mortes totalmente desnecessárias. Até hoje o executivo federal não apresentou um plano nacional de enfrentamento da pandemia. O pior é que essas mesmas lideranças políticas continuam numa trilha de morte. E estou convencido de que o fizeram e fazem com má intenção, deliberadamente.

O atual presidente da república e muitos dos seus seguidores frequentemente têm encorajado a quebra de quarentenas e a desobediência a medidas de distanciamento, promovendo aglomerações, recusa do uso de máscaras e, pior, fomentando uso de medicamentos sem eficácia comprovada. No caso da cloroquina, inclusive com efeitos colaterais fatais. Isso é irresponsabilidade criminosa. E não esqueçamos o vermífugo de uso veterinário, o remédio de piolho e sarna, o enema retal de ozônio. Todos tratamentos sem comprovação, aparentemente sem maior eficácia para tratar a COVID-19. Seria apenas

ridículo, tragicômico, se não tivesse custado vidas e tanto sofrimento, se não tivesse representado enorme desvio de recursos públicos e energia institucional. O exército brasileiro fabricou milhões de comprimidos de cloroquina, estoques para décadas de tratamento de malária, muito além da validade do fármaco. Com esse e com outros medicamentos, laboratórios farmacêuticos aproveitaram para aumentar preços e lucros. No final de contas, tudo isso desabasteceu o SUS de anestésicos, anticoagulantes e sedativos, medicamentos auxiliares para tratar casos graves de COVID-19.

O atual presidente Jair Bolsonaro afirmou que os governadores são responsáveis pela mortandade na pandemia, porque não aplicaram o “isolamento vertical” que ele havia recomendado. Em mais de quarenta anos como professor e pesquisador em Epidemiologia, nunca soube da existência desse tal “isolamento vertical”. Logo que apareceu, fiz uma busca cuidadosa na literatura médica e científica e nada encontrei. Ficou claro que isolamento vertical não é um conceito no campo da Saúde Coletiva nem no campo da Medicina. Num artigo, fiz uma espécie de rastreamento de onde teria surgido tal proposta, que chamei de fraude pseudocientífica (ALMEIDA FILHO, 2020a). Descobri que a ideia veio de um nutrólogo, autor de livros de autoajuda alimentar, um consultor de negócios com notórios vínculos com a indústria de alimentos, mas nenhuma competência em infectologia ou epidemiologia. Foi uma invenção, aliás, mal traduzida. O seu inventor, um Dr. Katz, falou de *vertical interdiction*. Influenciado por seus conselheiros leigos, e não por Anthony Fauci, epidemiologista do CDC [Centro de Controle e Prevenção de Doenças], Trump mencionou essa ideia e, quase imediatamente, Bolsonaro adotou o “isolamento vertical” como política de governo. Realmente, por lá ninguém levou Trump a sério, ele não falou mais no assunto, e passou para a cloroquina e outras drogas, mas essa é outra história, igualmente trágica.

As autoridades sanitárias do Brasil têm falado muito em UTIs, insumos e equipamentos, referindo-se ao que nós, sanitaristas, chamamos de cuidados de alta complexidade ou nível quaternário de atenção. Isso é certamente importante e necessário para salvar vidas, especialmente em grupos de risco, considerando a evolução clínica da doença nos casos graves. Mas, do ponto de vista de controle da epidemia, precisamos focar no bloqueio das cadeias de transmissão do SARS-CoV-2. As estratégias chamadas de mitigação, sem distanciamento físico generalizado, não são eficazes para reduzir o impacto da pandemia. Para achatar a curva epidêmica, como se tem falado, a ponto de reduzir ao

máximo os danos sociais e epidemiológicos, será preciso recorrer a estratégias chamadas de supressão. Isso quer dizer drástica redução do contato social, com medidas complementares de descontaminação permanente. Há várias modelagens teoricamente robustas e consistentes entre si que corroboram essa visão. Isso implica enormes desafios de logística, comunicação e coordenação entre política pública e mobilização popular, agravados nesses tempos de *fake news*, redução e desmantelamento do Estado e perda de credibilidade de governantes e instituições. Infelizmente, frente à crise, o governo federal continua dando sinais cada vez mais preocupantes, ambivalentes, irresponsáveis. O Ministro da Saúde recentemente designado, que aparentemente teria maior conexão com a realidade e revela algum grau de confiança nas ciências, encaminha algumas medidas orientadas por evidências e projeções científicas ao mesmo tempo em que se omite frente aos desmandos presidenciais. O Presidente da República, seu núcleo familiar, a corte palaciana, alguns ministros de perfil medieval, seus representantes no Congresso, desmentem seguidamente a autoridade sanitária. Ridicularizam a ciência e profissionais e pesquisadores/as da saúde, tensionam as frágeis relações sociais e institucionais, fazem tudo para reduzir a radicalidade necessária da estratégia de contenção dos riscos. Agora mesmo, estão hostilizando prefeitos e governadores e desrespeitando a comunidade internacional. Este governo fechou questão em minimizar a pandemia, transformando em espetáculo uma crise histórica da humanidade. Por causa disso tudo, a sociedade brasileira já está pagando um altíssimo preço. Mas isso será cobrado, porque saúde é política.

O resultado do desgoverno é que a pandemia fugiu a qualquer controle, tornando-se endêmica, como de fato está acontecendo no Brasil. Esperavam um pico epidêmico, mas nos mantivemos em algo como um platô, com expectativa de redução lenta da transmissão. Por isso é que, no Brasil, estamos acumulando recordes mundiais de mortalidade entre gestantes, entre pobres, entre profissionais de saúde, entre indígenas e na população jovem. O Brasil deveria, logo no começo da pandemia, ter feito um rigoroso *lockdown* e reforçado os sistemas de vigilância epidemiológica na atenção primária do SUS, como fizeram todos os países que controlaram os danos da pandemia.

O que, atualmente, norteia e embasa o pensamento acerca de saúde pública entre gestores do poder público no Brasil? É realmente notável o esforço que tem sido feito por estados e municípios para expandir a capacidade instalada, abrindo leitos de internação e de

UTI. Mas essa estratégia tem problemas para controlar a pandemia. Mais do que hospitais de campanha, são necessários serviços ambulatoriais eficientes, unidades intermediárias equipadas e centros de terapia intensiva ou de referência para essas unidades, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico adequados, com equipes completas, com medidas corretas de proteção individual e coletiva. Avalio que os estados e municípios têm, em geral, falhado em utilizar as redes de atenção primária à saúde, com uma abordagem comunitária necessária para o enfrentamento da pandemia. A atuação dessas equipes deveria promover vigilância epidemiológica efetiva nos territórios, para bloquear e reduzir o risco de expansão da epidemia, coordenando ações de prevenção primária e secundária à COVID-19, com identificação de casos, testagem e busca ativa de contatos, além do apoio ao isolamento domiciliar de casos e contatos. Mas isso só pode ser feito com apoio e coordenação nacional, com inteligência e organização centralizada, o que não se observa da parte do governo federal. No plano da gestão, além das ações municipais e estaduais, seria desejável a atuação do governo federal na busca e no reconhecimento das inúmeras estratégias produzidas na sociedade, isto é, ações realizadas por organizações governamentais, não governamentais e experiências comunitárias, para fortalecê-las e integrá-las no enfrentamento nacional da Pandemia.

O Sistema Único de Saúde e os médicos

Desde a década de 1970, antes da criação do SUS, buscava-se conceber um sistema público de saúde dentro dos limites de um regime autoritário. Naquele tempo havia institutos de previdência que só atendiam aos associados dos respectivos sindicatos ou caixas de pecúlio. Os mais pobres, com empregos informais sem carteira assinada, e os desempregados, que, juntos, eram a maioria da população, somente tinham acesso a hospitais universitários, como indigentes, ou a serviços públicos lotados e de qualidade muito ruim. O que se chamava de saúde pública aparecia como campanhas somente quando havia epidemias, aliás muito frequentes. Nesses mais de 40 anos de existência, verificamos uma evolução excepcional do sistema público de saúde no país, o que me leva a reafirmar que o SUS é um verdadeiro feito histórico, político e social. Incluir a saúde como direito para uma imensa população, de modo igualitário, mesmo com todos os limites de cobertura, acesso, equidade e qualidade, revela-se uma política social extraordinária. Além disso, há vários

elementos e segmentos do SUS que constituem ilhas de excelência, como, por exemplo, os programas de controle de HIV/AIDS/STD e de transplantes, e o sistema de vigilância epidemiológica, reconhecidos como sucessos inegáveis. Também a estratégia de Saúde da Família, de grande efetividade para organizar e ampliar a atenção primária à saúde em todo o território nacional. Nenhum país do mundo, com dimensões territoriais e populacionais equivalentes, conseguiu alcançar esses patamares.

Igualmente lamentável tem sido a conduta de profissionais médicos e seus órgãos corporativos. Para mim, isso não é surpreendente. Acho que uma parte da questão pode ser entendida pelo viés profissionalizante da universidade brasileira e pela estrutura isolacionista e altamente disciplinar dos nossos programas de formação profissional no campo da saúde. O fato de alguém fazer um processo seletivo para entrar numa universidade em um curso tal, para uma profissão certa, numa escola tal, que é assim que acontece entre nós, já produz um isolamento, uma alienação dentro da instituição. De modo que alguém faz um processo seletivo, Enem, vestibular, o que seja, para uma faculdade de medicina que está numa universidade, e não para uma universidade que oferece um curso de medicina. Ele ou ela entra na Faculdade de Medicina, cursa seis anos na Faculdade de Medicina e se forma na Faculdade de Medicina. A Universidade apenas foi um CNPJ que unifica e legaliza os processos, apenas um ente jurídico. Então, eu diria que esse isolamento é um elemento estrutural da Universidade Brasileira que, até nisso, se distingue e também se aproxima de outras formas de universidade no mundo.

Agora, no momento da pandemia, a questão médica é específica. Para entender essa questão, precisamos desenvolver uma melhor compreensão das culturas corporativas profissionais. A cultura corporativa da medicina espelha a cultura do profissional liberal. A pessoa que se forma em medicina no Brasil, via de regra, atualiza princípios e valores da elite nacional, e encontra no curso uma ideologia de profissional liberal no sentido do liberalismo, a do sujeito individual que teria domínio pleno sobre seus meios de trabalho e que poderia decidir sobre todos os elementos do processo de produção do serviço da assistência ou de cuidados médicos. Pode, inclusive, exercer poder sobre outros profissionais para viabilizar sua hegemonia no processo, mas também performa domínio total sobre o que faz, processo e produto. Essa forma de pretensa autonomia profissional data de mais ou menos dois séculos. É parte do que estou estudando agora, as raízes históricas da educação médica

brasileira. Isso foi definido de uma maneira tal que uma ética própria, portanto, uma etiqueta, e uma lógica peculiar encontram-se envolvidas nesse conjunto de decisões. E essa etiqueta e essa lógica, em muitos pontos, são contraditórias com a ética e a lógica da pesquisa científica e com a ética e a lógica da formação universitária. Um exemplo simples: um/a pesquisador/a, em qualquer campo de conhecimento – mesmo aqueles em campos, digamos, com menos reflexão epistemológica – sem muita consciência do que faz, é um sujeito cuja formação e critérios de valorização reforçam uma referência à cautela. Um/a pesquisador/a terá sempre cautela para afirmar alguma coisa como absoluta e verdadeira. E há todo um aparato, inclusive externalizado – e em alguns campos de conhecimento, trata-se de um aparato interinstitucional, uma rede internacional – de contínua verificação de validade, de modo que a lógica é sempre analisar criticamente e a ética impõe a precaução, o cuidado com a vida. Suspender a crença, duvidar, é um princípio cartesiano, partimos da dúvida sistemática.

Um/a médico/a, por outro lado, se tiver dúvida, aprendeu a escondê-la na sua relação de trabalho, por vários motivos, alguns deles micropolíticos. Em nossa cultura, cultiva-se toda uma alegoria da figura médica como um deus. Trata-se de uma alegoria inclusive hipocrática. Há uma pequena frase, um pequeno aforismo atribuído a Hipócrates: “O médico é como Deus”. Então, essa incerteza ou dúvida não pode ser expressa; mesmo existente, não pode ser manifesta. Esse é um ponto muito interessante: numa posição narcísica de detentor do saber e do poder, alguém que não pode deixar de fazer. Na dúvida, age; e depois pensa. Isso é contraditório, totalmente contraditório, com o princípio da pesquisa e com o princípio da reflexão crítica e partilhada.

Nesse sentido, uma série de dimensões, que eu trataria como vertentes, podem propiciar uma reflexão interessante. São quatro lógicas e éticas distintas e até, antagônicas. Uma é a ética da política pública, outra é a do cuidado clínico, a outra é da produção do conhecimento e a outra, finalmente, é a ética da responsabilidade pedagógica. São quatro dimensões éticas, algumas contraditórias do ponto de vista formal, outras paralelas, outras transversais. Vejamos a questão da ética no cuidado clínico, na qual temos o Conselho Federal de Medicina como um órgão de regulação da prática profissional. Se essa prática profissional tem como fundamento de sua cultura seguir a ciência, eu diria que se trata de um componente secundário na configuração dessa prática, num momento recente na configuração dessa prática.

A categoria médica no Brasil ainda tem grande dificuldade de incorporar valores da chamada medicina baseada em evidências. Nessa discussão do “baseado em evidências”, há intensa disputa sobre o que é evidência científica. É claro que a primeira linha de defesa nessa discussão, que atores contemporâneos do campo médico frequentemente utilizam, é a criação de outra caricatura, uma metáfora caricatural, que é a da medicina baseada em crenças. Não se trata de qualquer crença, mas uma crença peculiar, sobre a qual repousa toda uma ordem política, extremamente cristalizada, consolidada, poderosa e que extrapola seus espaços. Se formos verificar de perto, a quantidade de homens brancos médicos que ocupam cadeiras no parlamento nacional, veremos quão desproporcional em relação a outras profissões ou ocupações. Também a quantidade de homens brancos médicos eleitos gestores municipais é incrível. Então, temos que recorrer à sociologia na discussão de uma realidade política oriunda do poder de curar, o que teóricos franceses chamam de “ordem médica”.

O princípio da precaução é outra discussão importante numa crise sanitária como a da atual pandemia. Porque o princípio da precaução tem sido promovido e formalizado em função da luta ambiental. Não somente o princípio da precaução, trata-se de disputa sobre a narrativa de um processo complexo e crítico, de um complexo fenomênico global, que é a pandemia. Não se trata apenas de doença. Se assim fosse, eu diria que temos uma luta perdida porque o monopólio da produção de discursos tem sido exercido em sua maioria por homens brancos médicos especialistas, quando a discussão se refere a processos patológicos individuais e acordos narrativos referidos a sujeitos individuais. Mas a pandemia, de fato, não se reduz à soma de indivíduos doentes; é exemplo de um fenômeno total, de um processo social, histórico e, portanto, coletivo; trata-se de uma catástrofe verdadeira, no sentido de ruptura brusca e profunda, a ser compreendida e tratada de um ponto de vista bem mais amplo.

Desigualdades sociais na Pandemia

Mesmo antes da pandemia, as desigualdades sociais têm afetado a saúde de modo simples, porém perverso. Uma minoria social, economicamente privilegiada e politicamente dominante, recebe benefícios fiscais de um Estado financiado pela maioria pobre. Essa minoria tem renda suficiente para adquirir planos privados de saúde, tendo acesso a serviços

de saúde no setor privado lucrativo, muitas vezes de melhor qualidade, subsidiado por quase total renúncia tributária do imposto de renda à pessoa física. Isso quer dizer que há um retorno de taxas ou ressarcimento relativo às despesas de saúde realizadas pelos contribuintes. Além disso, os planos privados de saúde são subsidiados pelo SUS em procedimentos de alta complexidade de maior custo. Quer dizer, para tudo que tem lucratividade questionada, retorna-se a responsabilidade ao Estado porque todos os cidadãos brasileiros, em tese, seriam iguais perante os benefícios do sistema de saúde. Assim, quem é mais pobre paga relativamente mais impostos para financiar um Estado que deveria ser um instrumento gerador de equidade, e não é. Os mais pobres recebem do Estado serviços públicos de saúde de pior qualidade, com problemas de acesso, menor resolubilidade, mais exclusão social, piores níveis de saúde, o que fecha esse ciclo de reprodução social das desigualdades pela saúde. Em suma, o sistema de saúde brasileiro padece de iniquidades no financiamento, exhibe desigualdades na qualidade e sofre com distorções nos modelos de gestão e de formação em saúde. Como eu disse antes, políticas sociais amplas, territorializadas e abertas a todos, que visam superar a desigualdade socio-econômica e as iniquidades sociais, trazem inegavelmente repercussões positivas sobre a saúde e conseguem mitigar essa vergonhosa situação.

Na década anterior à crise política e à pandemia, pessoas de classes e grupos sociais desfavorecidos, em geral residentes em áreas remotas, antes excluídas, conseguiram mais acesso à assistência à saúde, sobretudo no nível de atenção primária, mediante a estratégia Saúde da Família. Apesar disso, aquelas com mais vulnerabilidade social continuavam com dificuldades na utilização dos programas de proteção e recuperação da saúde, sobretudo nos níveis secundário e terciário de atenção, amplamente disponíveis para setores sociais já beneficiados com melhores condições de vida e pela cobertura de planos privados de saúde. Mesmo antes da pandemia, havia problemas referentes a financiamento, gestão e qualidade do sistema público de saúde, agudizados pela recente crise econômica, social e política.

No setor público, aspectos organizacionais dos programas e instituições de saúde traziam obstáculos materiais e institucionais que geram desigualdades e segregação, disparidades de renda e de inserção social, no acesso a recursos assistenciais disponíveis, além do *gap* na informação, determinado por diferenças de gênero, geração, educação e renda. Apesar de acolhidos no sistema, sujeitos de segmentos sociais vulneráveis e

tipicamente mais necessitados de assistência de qualidade, passaram a sofrer uma nova ordem de desigualdades, internalizadas nos próprios atos de cuidado, resultantes da estrutura e funcionamento do sistema e da realização de práticas assistenciais de pouca efetividade e menor grau de humanização. Esses sujeitos se viam, e se veem, até porque isso não mudou, na condição de usuários de categoria inferior em um sistema público de saúde supostamente universal. Essa quebra da qualidade-equidade, essa nova modalidade de “iniquidade internalizada”, de natureza qualitativa, cotidiana, intrafuncional e camuflada, é exercida mediante formas sutis e culturalmente sensíveis de relacionamento intersubjetivo desumano, segregador e discriminatório. Assustador é que, em nosso país, a formação de competência para produzir e operar essas formas de iniquidade se encontra no próprio sistema de educação formal, incorporada ao treinamento e à capacitação de pessoal técnico e profissional em saúde.

Seja para discutir a retomada do sistema de educação, seja para a liberação de eventos e atividades com grandes públicos, a vacina tem sido apontada como um marco, a única forma de retomar tudo isso. Não concordo, de modo algum, com essa visão. A vacina é mais uma possibilidade que, provavelmente, vai compor um conjunto de estratégias de superação do problema complexo que é a pandemia. Para problemas complexos, não existem soluções simplórias. Medicamentos e combinações farmacológicas poderão aumentar a eficiência clínica no tratamento de casos graves, reduzindo sequelas e mortalidade, mas não se espera o que chamam de “bala de prata”. Esperar que seja assim é, para dizer o mínimo, ingenuidade.

Mesmo com a vacina, no pós-pandemia, será preciso requalificar e valorizar a vigilância sanitária e epidemiológica e o uso de dados na gestão da saúde pública. As estratégias de controle epidemiológico continuam sendo as mais eficazes para infecções respiratórias de alta contagiosidade, como a COVID-19. São seculares, antecedem a emergência das ciências modernas, antecedem em muito a epidemiologia. E sua efetividade se ampliou muito com a descoberta e o aperfeiçoamento de tecnologias diagnósticas rápidas, válidas e confiáveis, a partir do uso de análise estatística, ou matemática aplicada. Para compreender melhor a questão, temos que remontar ao papel da matemática na história da ciência, quando esse campo do saber aparece como standardização dos processos de codificação da linguagem científica. Foi um grande atrativo para um

movimento, logo no início da ciência, contra a decomposição dos espaços de investigação. A matemática aparece como uma espécie de recompositora dessa decomposição. E, claro, com o tempo e com os sucessos, isso ganha ares de dogma. Acho que a expressão, ou o momento em que aparece uma formulação mais espetacular é aquela famosa citação de Lord Kelvin: “só existem fatos se puderem ser medidos”. E medida significa apenas uma redução ao código numérico. Então, essa é uma questão que não afeta só a epidemiologia, mas transcende a muitas ciências.

Uma questão importante é como a Universidade pode contribuir efetivamente para o melhor funcionamento do SUS, reforçando seus princípios estruturantes. Como já escrevi em vários textos e falei em alguns lugares, o sistema de educação superior brasileiro cumpre um papel deformador mais do que formador da força de trabalho para o SUS. A formação em saúde no Brasil continua hospitalocêntrica, focada na especialização precoce, na excessiva solicitação de exames complementares e nos tratamentos de alta complexidade, muitas vezes não fundamentados em evidências científicas. A formação pensada apenas sob a ótica da transmissão de conteúdos, fragmentada, disciplinar, tecnicista e impessoal, completamente ou mesmo parcialmente desvinculada do contexto sociocultural, desvaloriza a humanização, a solidariedade e a participação social. Tal tipo de formação compromete todas as etapas do processo de produção da saúde em bases justas e igualitárias. A universidade pública precisa mudar radicalmente seu modelo de formação profissional em saúde, não somente de ensino médico. Precisamos de profissionais de saúde capazes de trabalhar em equipe, de analisar criticamente suas decisões e de atuar de modo efetivo, com visão humanitária, política e social, e conscientes de sua vocação e de sua importância em um movimento maior pela produção de saúde na população que mais precisa.

A epidemiologia, no campo da saúde, é o lugar onde a utilização da matemática – mas também a reflexão teórico-metodológica pertinente – mais tem avançado, por vários motivos. A própria suposta essência do fazer científico sobre doenças em populações, objeto próprio desse campo, é a quantificação, que se inicia com a contagem de casos nas epidemias clássicas, nas pandemias, epidemias e endemias. O nome epidemiologia vem desses objetos de conhecimento. Porque a definição do campo epidemiológico se dá pela competência na quantificação, em contraste com uma forma mais individualizada e singularizante, que é justamente a clínica. Ao singularizar, deixa de ser epidemiologia, mesmo que se utilizem

números. Podemos descrever um caso de doença com todos os indicadores numéricos, de pressão, temperatura de dimensões corporais, de biometria, medidas laboratoriais, tudo isso utilizando formas de quantificação, mas, se o foco é um sujeito individual, como um caso particular de doença, isso é um tipo de clínica. Na epidemiologia, trabalhamos com o coletivo populações. O que se consegue formular como análise epidemiológica não pode ser reduzido ao individual, imediatamente ou automaticamente. Aliás, esta é uma das grandes questões nesse momento na pandemia. A pandemia vem, aparece, emerge como um evento populacional. Produzem-se representações em profusão, gráficos de variadas formas, geram-se inscrições, para usar até uma terminologia do campo antropológico, inscrições que são muito parecidas com objetos que se referem a outros campos de ciência.

Nesta pandemia, epidemiologistas quase não têm sido escutados/as sobre um fenômeno coletivo epidêmico. A quantidade de físicos que têm pontificado, de matemáticos, de cientistas da computação, neurocientistas que estão falando muito, geneticistas, imunologistas, principalmente infectologistas. Como a COVID-19 é uma doença infecciosa, as pessoas acham que infectologista é epidemiologista. E para isso a mídia contribui muito. A própria configuração política do país neste momento multiplica essa confusão. Porque a epidemiologia, no Brasil, cresceu e se consolidou no campo da saúde coletiva, que traz um aporte crítico evidente e claro. Depois do golpe de 2016, que depôs a presidenta Dilma, um dos primeiros atos no Ministério da Saúde foi expulsar e expurgar epidemiologistas e sanitaristas da gestão em saúde. E então veio a pandemia.

Balanco final: equívocos, falhas, fracassos

Muitos equívocos poderiam ter sido evitados com perguntas a quem estuda o assunto, numa objetividade científica própria, precisa e peculiar. Não é somente uma questão de número, pois especialistas em números estão aí, até com grande visibilidade. O que a epidemiologia teria de peculiar, e certamente contributivo para essa discussão, é exatamente a formulação transitiva do conhecimento sobre processos patológicos e fenômenos da saúde em interfaces ou planos de ocorrência, junto a especificidades metodológicas da quantificação desses fenômenos e processos, em populações e sociedades concretas.

Precisamos de dados transparentes em tempo real. O sistema de notificação usa um modelo de alimentação de dados por lotes, consolidados inicialmente em municípios e estados. As universidades públicas e os institutos de pesquisa, e aí destaque os da Fiocruz, têm toda a expertise nesse campo. Alguns grupos de epidemiólogos brasileiros já estão em campo para contribuir. Vários atuam nas redes de vigilância epidemiológica e muitos têm grande experiência em grandes bases tipo *big data* e em análise de dados dinâmicos. O Brasil tem uma das epidemiologias mais desenvolvidas do mundo. Depois de Estados Unidos e Reino Unido, estamos na mesma faixa de competência de países europeus que agora estão no epicentro da pandemia. Com essa rede de pesquisadores composta e coordenada, posso estimar que precisaríamos de três a quatro pontos da curva para avaliar tendências de incremento, estabilidade ou queda. Isso quer dizer três a quatro dias. Mas também pode ser calculado em tempo real, contanto que as flutuações sejam consideradas.

Recomendo que rapidamente se realizem estudos epidemiológicos, tipo *fast-track*, ágil e objetivo, para estimar os subconjuntos de referência populacional da morbidade pela COVID-19. O que chamamos de microindicadores de morbidade, internos à população afetada por um problema de saúde como a infecção pelo coronavírus SARS-CoV-2, são muito úteis para planejamento e alocação de recursos. Servem bem para orientar medidas de controle, prevenção e também operação do sistema de cuidado em saúde. Risco, morbidade, letalidade, virulência e patogenicidade são conceitos elementares da epidemiologia. Por exemplo, letalidade é um conceito distinto de mortalidade. Matematicamente são razões de conjuntos e subconjuntos. Letalidade tem como denominador número de casos da COVID-19, o que inclui todos os casos; mortalidade tem como denominador a população de onde provêm os casos. Um estudo com esse desenho pode emergencialmente estimar coeficientes de letalidade, virulência e patogenicidade para a população brasileira. Aí deixaremos de depender de análises de riscos feitas em outros países, com perfis demográficos totalmente distintos, em outros contextos assistenciais. Teremos, assim, um conhecimento técnico apurado sobre a forma como a pandemia se apresenta no Brasil. Realmente, a subnotificação envia o denominador do coeficiente de letalidade. O objetivo principal e imediato desse *rapid assessment* será, evidentemente, estimar a subnotificação. Para termos um panorama nacional, esse estudo deve ser feito em diferentes regiões, certamente priorizando os epicentros internos da pandemia no Brasil.

A disponibilidade de leitos no país certamente preocupa. Mesmo antes da pandemia tínhamos um déficit de capacidade instalada em UTIs em todo o território brasileiro. Era um déficit grande, agravado pela brutal desigualdade de disponibilidade no que se refere a classes sociais. Essa situação se agravou demais com o desfinanciamento do SUS nos últimos anos e o viés de privatização dos sistemas públicos de saúde, educação e proteção social. É claro que não se trata somente de quantitativo bruto de leitos e sim de capacidade operacional desses leitos. Isso inclui disponibilidade de equipamentos, como respiradores e máscaras, e equipes treinadas para fazer as UTIs funcionarem otimizadas. Muito se tem falado sobre a previsão de falta de máquinas. Isso é grave e preocupante, com certeza, mas penso que a questão de pessoal de saúde qualificado para o SUS é ainda mais séria. Uma equipe capacitada para prestar cuidados intensivos, médicas, enfermeiras, técnicas, pessoal de apoio, não se forma em dias ou semanas. A pandemia pode revelar que temos um apagão de profissionais de saúde.

Espero que estas reflexões, ainda pouco sistemáticas frente à complexidade do problema da pandemia numa sociedade desigual estruturalmente e injusta politicamente, sejam úteis nessa direção. Tenho esperança de que a sociedade, principalmente esse povo sofrido, trabalhadores, professores, pensadores e pesquisadores, mas sobretudo os gestores e líderes políticos, todos/as possamos aprender as lições da pandemia, o que Boaventura Santos chamou de “a cruel pedagogia do vírus”. O Brasil será capaz de aprender essa lição? Essa é a grande questão, que vai precisar de muita luta, muito empenho, muito sacrifício mesmo, para ser resolvida. A sociedade brasileira poderá reagir e dar fim a essa catástrofe política? Que Brasil existirá depois da pandemia? Quais os desafios para pensarmos nesse ‘depois’? Confesso que, neste momento, tenho dificuldade de ser otimista. Mas gostaria de registrar, sobretudo, uma forte esperança. Quem sabe essas lições sejam capazes de tornar este país e esse mundo melhor...

Referências

ABRASCO. A farsa do manifesto Great Barrington. Rio de Janeiro: **ABRASCO**, 9 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/a-farsa-do-manifesto-great-barrington/53020/> [citado 27/10/2020]

ALMEIDA-FILHO, N. Modelagem da pandemia COVID-19 como objeto complexo (notas samajianas). **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, 2020, p. 97-117.

ALMEIDA-FILHO, N. **Pandemia de COVID-19 no Brasil**: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. Brasília: OPAS/CONASS, 2020a, p. 214-225. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid-19-volume1.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2021.

ALMEIDA-FILHO, N.; AZEVEDO, G.; TRAVASSOS, C. Como controlar a pandemia no Brasil. **Le Monde Diplomatique**, ago. 2020. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/como-controlar-a-pandemia-no-brasil/>. Acesso em: 5 ago. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia de Covid-19**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/tag/plano-nacional-de-enfrentamento-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 5 ago. 2021.

BRASIL. Falta de remédios prejudica tratamento da Covid-19 nas UTIs. **Agência Câmara de Notícias, Câmara dos Deputados**, jun 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/676910-falta-de-remedios-prejudica-tratamento-da-covid-19-nas-utis-alertam-medicos/> [citado 27/10/2020]

FALAVIGNA, Maicon; COLPANI, Verônica; STEIN, Cinara; AZEVEDO, Luciano; PONTES, Cesar; BAGATTINI, Angela Maria; BRITO, Gabriela Vilela *et al.* Diretrizes para o tratamento farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Rev. bras. ter. intensiva** [Internet]. Jun 2020; 32(2): 166-196. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So103-507X2020000200166&lng=pt [citado 27/10/2020]

FRIEDMAN, Thomas. A Plan to Get America Back to Work. **The New York Times**, 22/03/2020. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/03/22/opinion/coronavirus-economy.html> [citado 27/10/2020]

GABBATT, Adam. Did a New York Times article inspire Trump's 'back to work' plan? **The Guardian**, 27/03/2020. Disponível em: <https://www.theguardian.com/us-news/2020/mar/27/trump-coronavirus-back-to-work-column> [citado 27/10/2020]

GALLOTTI R, Valle F; CASTALDO N; SACCO P; DOMENICO M. Assessing the risks of “infodemics” in response to COVID-19 epidemics. **arXiv 2020**; 8 apr. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/2004.03997> [citado 27/10/2020]

GRAVLEE, C.C. **Systemic racism, chronic health inequities, and COVID-19**: A syndemic in the making? *Am J Hum Biol.* 2020; e23482. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ajhb.23482> [citado 27/10/2020]

GREER, Scott L.; KING, Elizabeth J.; FONSECA, Elize Massard; PERALTA-SANTOS, Andre. The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses.

Global Public Health, 2020, 15(9), 1413–1416. Disponível em:

<https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1783340> [citado 27/10/2020]

HORTON, Richard. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **The Lancet**, 2020, Vol 396, p. 874 September 26.

HU, B.; GUO, H.; ZHOU, P. *et al.* Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. **Nat Rev Microbiol**, 2020. e-Pub. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7> [citado 27/10/2020]

IOANNIDIS, JPA. Global perspective of COVID-19 epidemiology for a full-cycle pandemic. **Eur J Clin Invest**. 2020; 00:e13423. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13423> [citado 27/10/2020]

JONES, David; HELMREICH, Stefan. A history of herd immunity. **The Lancet**, 2020, Vol 396 September 19. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931924-3> [citado 27/10/2020]

KATZ, David. Is Our Fight Against Coronavirus Worse Than the Disease? **The New York Times**, 20/03/2020. Disponível em:

<https://www.nytimes.com/2020/03/20/opinion/coronavirus-pandemic-social-distancing.html> [citado 27/10/2020]

LASCO, Gideon. Medical populism and the COVID-19 pandemic. **Global Public Health**, 2020, 15:10, 1417-1429,

PIRES, Luiza Nassif; CARVALHO, Laura; XAVIER, Laura de Lima. COVID-19 e Desigualdade no Brasil. Rio de Janeiro: **CEBES**, 06/04/2020. Disponível em:

<http://cebes.org.br/2020/04/covid-19-e-desigualdade-no-brasil/> [citado 27/10/2020]

PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19. Rio de Janeiro: **ABRASCO**, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/tag/plano-de-enfrentamento-da-epidemia-de-covid-19/> [citado 27/10/2020]

ROCHA, Camilo. O isolamento vertical defendido por Bolsonaro sob análise. **Nexo**, 25 de mar de 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/03/25/O-isolamento-vertical-defendido-por-Bolsonaro-sob-an%C3%A1lise> [citado 27/10/2020]

SANTOS, B. de S. **A cruel pedagogia do vírus**. São Paulo: Boitempo, 2020.

SHAMASUNDER, Sriram; HOLMES, Seth; GORONGA, Tinashe; CARRASCO, Hector; KATZ, Elyse; FRANKFURTER, Raphael; KESHAVJEE, Salmaan. COVID-19 reveals weak health systems by design: Why we must re-make global health in this historic moment. **Global Public Health**, 2020, 15:7, 1083-1089.

THE GREAT BARRINGTON DECLARATION. **Official Social Media for Great Barrington Declaration**, 04/10/2020. Disponível em: <https://gbdeclaration.org/> [citado 27/10/2020]

TSAI, A. C.; MENDENHALL, E.; TROSTLE, J. A.; KAWACHI, I. Co-occurring epidemics, syndemics, and population health. **The Lancet**, 2017, 389(10072), 978–982.

Detalhes do autor

Naomar Almeida-Filho

Ph.D. em Epidemiologia. Professor Titular de Epidemiologia, Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Professor Visitante do Instituto de Estudos Avançados da USP. Pesquisador 1-A do CNPq. email-naomaralmeida@gmail.com