

Vacinas melhores e menos máscara: um guia 'data driven' para covid em 2022

Cansado das conclusões apressadas, Pércio de Souza, pede que a ciência faça seu papel, seja mais isenta e estimule o contraditório

Por **Graziella Valenti**

Publicado em: 23/01/2022 às 09h30 Alterado em: 23/01/2022 às 14h46 access_timeTempo de leitura: 31 min



Pércio de Souza: "Faltou um Churchill no mundo para o combate à covid. Bom senso e coragem tem sido combinação rara nos líderes atuais" (Eduardo Frazão/Exame)

Faz quase dois anos que **Pércio de Souza** tem uma rotina diferente em sua vida. Além de pensar na estratégia de suas empresas e nas operações de fusões e aquisições da **Estáter**, sua boutique de negócios, ele acompanha a fundo os dados relacionados à covid-19. É por causa dessa rotina focada em pesquisa que alertava, desde setembro, sobre a possibilidade de uma nova onda no Brasil — antes mesmo de se conhecer a Ômicron. Não se tem notícia de nenhuma pesquisa independente de governos e empresas farmacêuticas com o detalhamento e a profundidade da produzida pelo Instituto Estáter.

“Muitos me acharam pessimista, mas para quem acompanhava os dados dos outros países, era muito provável uma nova onda aqui. Todos os países que estavam na nossa frente tiveram impacto em casos tanto da Delta e agora Ômicron, mesmo os mais vacinados”, afirma ele em entrevista exclusiva ao **EXAME IN**.

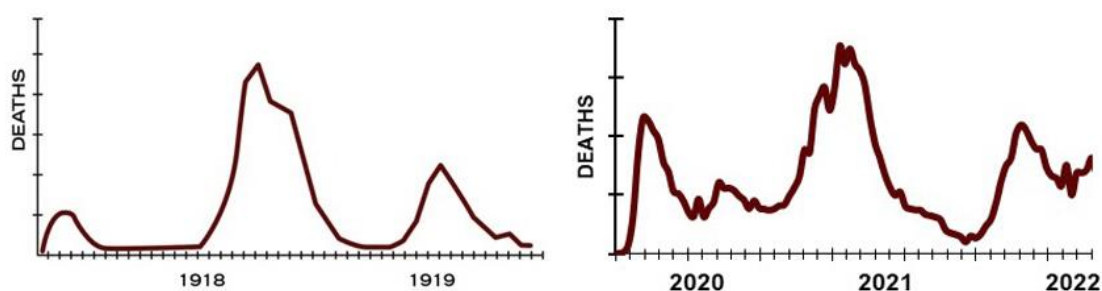
O mundo, na opinião de Pércio, e as políticas públicas estão calcadas em certezas muitas vezes apressadas. **"Faltam questionamentos e sobram atitudes irracionais mundo afora."** Recentemente viu-se uma série de barreiras à África do Sul, em razão da variante Ômicron e hoje há suspeitas de que o primeiro caso ocorreu na Holanda. Há evidências abundantes de que as barreiras são infrutíferas, porque as mutações ocorrem simultaneamente em diversos locais. A adoção de soluções equivocadas, muito além de não resolverem o problema, traz consequências e desvia a todos de seguirem fazendo perguntas — e de manter os cuidados que são realmente necessários. Questionar o que se adotou como verdade se transformou em grande desafio. **"Faltou um Churchill no mundo para o combate à covid. Bom senso e coragem tem sido combinação rara nos líderes atuais."**

Agora, ele faz outro alerta importante, mas incômodo à euforia global com as vacinas: "Há um ponto que me intriga e precisa ser melhor investigado. Há estudos que mostram um alto grau de proteção contra doença grave pelos vacinados quando comparados com não vacinados. Mas **quando se investiga os números consolidados dos países ou estados se constata que a letalidade recente tem sido baixa indiferentemente do percentual de vacinados dos países e estados que analisamos.**" Cobrar vacinas melhores passou a ser um ponto recorrente na fala de Pércio quando aborda o tema covid.

Cansado das conclusões apressadas e de políticas equivocadas, ele têm sido mais vocal sobre a importância da aplicação da mais nova febre da economia também na saúde: a análise de dados. “A ciência precisa ignorar os

negacionistas para olhar os dados com isenção, ter hipóteses antes de certezas e estimular o contraditório. Se não, não é ciência.”

Além disso, há um outro fator quase não falado. Passados 100 anos, a pandemia do novo coronavírus apresenta até aqui ondas de mortalidade parecidas com as da Gripe Espanhola. E não estão claras as razões para este ciclo de ondas. Assim, como não estão claras diversas outras questões.



Gráficos com as ondas da gripe espanhola (lado esquerdo) e da covid-19 nos Estados Unidos (Instituto Estáter/Reprodução)

Para quem o conhece, a abordagem estatística dele faz sentido. Engenheiro de formação, é obstinado por dados. E, desde março do ano passado, quando a pandemia se instalou no Brasil, acompanha e coleta informações nacional e internacionalmente de forma detalhada. “Pode soar prepotente para um engenheiro se intrometer numa área tão sensível, mas o tempo mostrou que a interferência ideológica provocada por atitudes irresponsáveis de líderes políticos, turvou o raciocínio e impediu muitos de fazer uma análise racional e isenta. O mundo está em transe, e a culpa é dos negacionistas.”

Pércio organizou e montou um grupo dedicado aos dados dentro do Instituto Estáter. “Temos usado dois analistas da Estáter no instituto, com apoio de três estudantes de medicina [Pinheiros e Albert Einstein] e uma estatística da PUC-RJ.”

Nesse período, seja nas fases mais agudas da crise sanitária, seja nas de maior calmaria, o assunto está em seu cotidiano. Enquanto se dedica a expandir o Letsbank, banco digital dedicado às pequenas empresas, a coordenar a refundação do banco Voiter (produto de uma reestruturação

operacional e societária do antigo Indusval) e ainda operações de fusões e aquisições, divide o tempo com o tema sanitário do momento.

Dois são os motivos para esse foco inusitado: a suspeita de que, com maior facilidade, o mundo globalizado transformará epidemias em pandemias, e justamente o inconformismo de ver que passado um século desde a Gripe Espanhola, as principais soluções adotadas na prevenção foram as mesmas, apesar de todo avanço da ciência e da tecnologia.

Mais do que apenas analisar os dados, Pércio, com o Instituto Estáter, se envolveu e foi o agente provocador de diversas iniciativas e campanhas, junto a alguns municípios como Campinas e São Caetano do Sul, em São Paulo, e Curitiba, no Paraná, seu estado natal. Bem antes de se alertar para alguns riscos, ele já falava a respeito da “hipóxia silenciosa”, a queda na taxa de oxigenação no sangue que vem sorrateira, sem a mesma agonia de outras doenças. Por causa dessa condição, muitas pessoas foram tardiamente aos hospitais e chegavam já em condição muito agravada de saúde. O trabalho nessa frente mereceu inclusive cobertura do Financial Times.

Passado todo esse período debruçado sobre tantos e tão detalhados dados, as inquietações de Pércio se comprovam com o passar do tempo: há poucas certezas sobre a doença. A visibilidade melhorou muito frente ao início da pandemia, mas ainda deixa muito a desejar. Aqui, nessa entrevista — **dividida em seis tópicos: 3ª onda, as vacinas, a causa de Pércio, o isolamento social, a Ásia e as máscaras** — ele fala sobre seus achados e da ciência e porque questionar sempre é fundamental.

A 3ª ONDA E A ÔMICRON

Desde setembro do ano passado você vinha falando da possível 3ª onda no Brasil para o final do ano. Ela chegou pela Ômicron. Por que insistia que teríamos?

Muitos me acharam pessimista, mas para quem acompanha os dados dos outros países, era muito provável uma nova onda aqui. Os países ocidentais que estavam na nossa frente na curva pandêmica foram impactados primeiro pela Delta e agora pela Ômicron. Mesmo os mais vacinados. Por que o Brasil escaparia? Antes do Natal, já antevendo este risco, circulamos para os times das nossas empresas o protocolo de proteção do Instituto Estáter que busca orientar as pessoas para o que chamamos de mobilidade consciente, buscando eventos em ambientes de menor risco de transmissão e os cuidados após esses eventos para não transmitir para familiares e amigos.

Pelos dados, o que se espera da Ômicron? É a última onda?

Muito cedo para conclusões, mas o fato é que está sendo um grande maremoto de casos. Reino Unido, por exemplo, contabilizou na semana passada 1,2 milhão de casos. Isso equivale a três vezes o recorde anterior que, por coincidência ou não, foi na primeira semana de janeiro de 21. Na França está ainda mais dramático, na primeira semana de novembro de 2020 teve o recorde de 355 mil casos e agora chegou a 1,9 milhão. Nesta linha devemos esperar uma explosão de casos no Brasil também nas próximas semanas, como já vem acontecendo. Seguindo os mesmos parâmetros, o Brasil pode superar 3 milhões de casos semanais. Mas parece uma doença diferente, como alguns infectos têm nos ensinado. Reação inflamatória menor e conseqüentemente letalidade muito abaixo das outras variantes.

Qual sua visão sobre o enfrentamento no Brasil?

Vale lembrar que a covid-19 no Brasil superou há muito a mortalidade da Gripe Espanhola, que matou cerca de 35.000 brasileiros em dois anos ou 1.100 por milhão de habitantes na época. Hoje a covid-19 chega na casa das 3.000 mortes por milhão. Portanto, não há espaço para chamar a doença pelo diminutivo. Quanto ao enfrentamento, a

falta de coordenação política, o descaso e a ideologização da pandemia atrapalharam o combate e as medidas de prevenção. Por outro lado, me surpreendi em ver uma estrutura de Atenção Básica no Brasil muito bem montada, com gente competente e dedicada, o que certamente evitou uma tragédia maior. Mas precisaremos de tempo para entender o que levou a diferentes taxas de mortalidade pelos estados brasileiros. Ao contrário da impressão que ficou, Amazonas não foi o estado com maior incidência de óbitos por milhão de habitantes. Foi o 5º estado. O pior índice aconteceu no Rio de Janeiro, seguido de Mato Grosso e Rondônia. Todos com perto de 4.000 óbitos por milhão até hoje. Já a menor mortalidade foi no Maranhão, Pará e na Bahia, por volta da metade disto. Por que estados desenvolvidos como São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com altos índices de estrutura hospitalar, tiveram mortalidade superior a 3.000 por milhão, acima da média nacional? São perguntas que ainda precisam ser respondidas.

VACINAS

Em dezembro, você e o Doutor Éspér Kallas escreveram um artigo no qual cobram por vacinas melhores. De onde vem esta preocupação?

Faço duas observações antes da resposta. Uma é que foi surpreendente a rapidez com que se trouxe alternativas de vacinas para o mercado, num feito inédito na história da ciência. Assim como é surpreendente que haja no século 21 grupos anti-vacina depois do papel desempenhado no controle de várias doenças como sarampo, varicela, pólio entre outras. Isto posto, faz parte da evolução da ciência o acompanhamento de dados para avaliar o desempenho “em campo” da imunização, uma vez que foram aprovadas em tempo recorde. A divulgação dos índices de eficácia das vacinas, passou uma sensação de que a pandemia estava resolvida. Mas, aos poucos,

foi-se percebendo que essa eficácia ia caindo com o tempo e hoje estamos discutindo se deve-se ou não aplicar uma quarta dose da mesma vacina para chegar ao efeito desejado. Uma nova geração de vacinas é necessária. Por isto entendemos que governos e sociedade [os consumidores] devem pressionar por pesquisas para produtos mais duradouros. Caso contrário, não haverá incentivo econômico para as próprias farmacêuticas fazerem novos investimentos, uma vez que mais lucrativo, e legítimo, será manter produtos atuais diminuindo a periodicidade de doses.

Mas que dados levam a essa suspeita?

No Instituto Estáter, vimos a curva crescer com a Delta em Israel, Europa e Estados Unidos, e principalmente, a Ômicron se alastrar rapidamente pelo mundo, batendo todos os recordes. Por outro lado, está evidente que a letalidade está muito abaixo das ondas anteriores. Aqui também há um ponto a ser investigado. Há estudos que mostram um alto grau de proteção contra doença grave pelos vacinados quando comparados com não vacinados. Mas quando se analisa números consolidados dos países ou estados se constata que essa correlação não é tão evidente, a letalidade tem sido baixa indiferentemente do percentual de vacinados dos países e estados que acompanhamos. É uma questão que me intriga e que merece ser investigada.

Você pode dar exemplos?

Como os órgãos oficiais dos governos não têm divulgado óbitos entre vacinados e não vacinados, avaliamos a comparação entre países com maior ou menor índice de vacinação. Com a ressalva que se trata de uma verificação sem metodologia científica, na Europa usamos o exemplo de Portugal, que tem a maior índice de vacinação (88%), e teve média semanal de 15 óbitos por milhão nas últimas três semanas. Bélgica (76% vacinados) e Suécia (71%), são outros dois países com população similar [10mm de habitantes] e tiveram 12 e 8

óbitos por milhão respectivamente no mesmo período. Tentando comparar lugares mais comparáveis, analisamos os 51 estados americanos. Vermont é o Estado mais vacinado (73%) e teve 22 óbitos por milhão no mesmo período, número maior que os 17 de Mississippi com 47% da população vacinada. Maine é o segundo mais vacinado com 72% e contabilizou 51 óbitos por milhão, muito mais que Louisiana que com 49% contabilizou 9. Para o outro extremo, África do Sul, com 26% de vacinados, teve os mesmos 15 óbitos por milhão de Portugal, com seus 88%. Claro que estes dados carecem de ser tratados e de mais tempo para entender o momento da dinâmica da curva. Portanto, não permitem conclusões. Mas são indícios de que é necessária uma maior investigação para entender a verdadeira origem da baixa letalidade. Reforço: não podemos ter tabus precisamos evitar conclusões apressadas para entendermos melhor os efeitos de cada medida. Há um conceito em epidemiologia que trata da compensação de risco. Se achando seguro, o ser humano toma mais riscos e acaba se infectando mais facilmente. A falsa sensação que dominou todas as conversas e rodas, “tomei a vacina e estou protegido”, pode levar a uma baixa da guarda e incrementar o risco de infecção.

Além da vacina, o que mais poderia explicar a menor letalidade, por enquanto, aparente da doença?

Os estudos clínicos demonstram que a vacina tem tido papel preponderante no controle da pandemia. Mas há outras variáveis que podem interferir e que devem ser investigadas. Os epidemiologistas especulam sobre cepas menos agressivas e a redução dos suscetíveis a determinados vírus que com o passar do tempo faz com que a letalidade caia. Finalmente pode haver a imunidade pela própria doença, não se sabe ao certo o número de assintomáticos já infectados, mas pela sorologia estima-se que pode superar 50% no Brasil. Este é mais um estudo que precisa ser desenvolvido, na minha opinião. Ao contrário do que muitos pensam, o sars-cov-2 sofreu

várias mutações, mas até a Ômicron nenhuma que tenha demonstrado um alto escape à imunidade pela doença.

Você e sua família foram vacinados?

Claro, com exceção da caçula de 11 anos. Tomamos as doses e reforços indicados.

A CAUSA

Por que você decidiu se envolver tanto com o assunto?

Tirando o viés hereditário da minha mãe sanitária, tive algumas razões para isso. A primeira foi a perspectiva de impacto e tragédia que a pandemia poderia trazer para nosso cotidiano, principalmente num país carente de recursos como o Brasil. Também suspeito que o mundo tão globalizado pode transformar epidemias em pandemias de forma mais recorrente. Logo, precisamos aprender com esta. Por último, não me conformei em ver que, com todo avanço tecnológico, mantivemos as medidas não farmacológicas (prevenção) da época da gripe espanhola, 100 anos atrás. Desde março de 2020, raramente passo um dia sem me debruçar sobre os dados e rever 'papers' científicos. Também converso semanalmente com infectologistas e epidemiologistas sobre a evolução.

O que pretende colher com essa dedicação?

Pode soar prepotente, para um engenheiro, se intrometer numa área tão sensível, mas o tempo mostrou que a interferência ideológica provocada por atitudes irresponsáveis de líderes políticos turvou o raciocínio e impediu muitos de fazer uma análise racional e isenta da evolução pandêmica. A partir desta avaliação, me concentrei em investigar os dados da forma pragmática, evitando interferência da

condição cognitiva, de viés ideológico ou mesmo de posições pessoais. Nosso foco, no Instituto Estáter, teve duas frentes. Uma humanitária, que visava usar a experiência da curva pandêmica nos países à nossa frente para poupar as classes vulneráveis. Outra é a cívica: deixar uma avaliação técnica sobre a melhor forma de enfrentamento da pandemia.

Como você fez para acompanhar os dados de tantos lugares ao mesmo tempo?

O primeiro passo foi buscar fontes oficiais e padronizar os dados. Em seguida, elegemos países para aprofundar o acompanhamento: tivemos acesso a números de casos, internações, UTIs e óbitos semanalmente de todas as províncias da Itália, Espanha, França além dos 51 estados americanos. No Brasil, mapeamos a evolução semanal em todos os estados. Esse acompanhamento nos ajudou a ter uma visão macro comparativa e identificar padrões da dinâmica pandêmica. O grande desafio a partir daí foi interpretar os dados e, mais importante, como trazer este conhecimento para a prática na prevenção e tentativa de redução do impacto da pandemia.

E como você fez isto?

Tivemos o apoio de muita gente boa. A solidariedade foi uma marca positiva nesta pandemia. O Ben-Hur [médico e cirurgião Ben-Hur Ferraz Neto] nos apoiou desde o começo em várias iniciativas e ajudou a conectar com especialistas dos Estados Unidos e Reino Unido para debatermos os dados e medidas. O Éesper [Éesper Kallas médico infectologista e professor da USP] tem sido uma referência para os debates dos nossos achados desde abril de 2020. Carlos Carvalho [médico pneumologista e professor da USP] apoiou muito em dados e investigações no início da pandemia. Tivemos também a ajuda do Paul Macmaster, um inglês que foi por 10 anos presidente mundial do Médico Sem Fronteiras, hoje aposentado no sul da Inglaterra, mas que contribuiu com sua experiência com vulneráveis.

Houve algum achado importante logo de cara que o motivou a continuar o trabalho?

Houve. Foi a partir dos dados que identificamos, ainda no início de abril de 2020, a hipóxia silenciosa. Constatamos pelos dados da Europa e Estados Unidos que entre 60% e 70% dos óbitos não passavam pelas UTIs, mesmo em situações de ociosidade dos hospitais. No Brasil verificamos o mesmo: dos óbitos, 40% eram pacientes que não passavam pelas UTIs, outros 35% foram internados diretamente nas UTIs, e apenas 25% dos pacientes tinham percorrido o caminho padrão, de enfermagem e UTI. Trouxemos para nosso debate semanal com os especialistas e ninguém entendeu. Até que num sábado de manhã, o Éspere me ligou e disse que os pacientes iam para casa bem, mas voltavam colapsados uma semana depois. Viu-se que a covid-19 atuava como uma bomba relógio silenciosa. Para alguns casos, principalmente para os acima de 65 anos e pessoas com comorbidade, a partir do sétimo ou oitavo dia a saturação caía sem que o infectado percebesse.

E o que fizeram a partir dessa conclusão?

Isto nos levou à primeira campanha patrocinada pelo Instituto Estáter. Com o apoio do médico e infectologista Clóvis Arns, presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) implementamos a Campanha Alert(ar) para fazer a medição da oximetria nas comunidades vulneráveis. Cármino Antônio, então secretário de saúde de Campinas, foi um grande parceiro. Além de engajar a Atenção Básica de Campinas, ajudou na divulgação da campanha para outros municípios. Dráuzio Varella também apoiou, como referência que é, nas videoconferências que fizemos com as comunidades e favelas do Brasil todo com o apoio do Viva Rio, do União Rio e Cufa.

O ISOLAMENTO SOCIAL

Eu me lembro de você, desde muito cedo, questionar a adoção do isolamento social como medida preventiva. Qual motivo para sua dúvida a respeito dessa prática?

Sempre suspeitei que as medidas restritivas, principalmente no mundo democrático, não funcionariam de forma sustentável. E pior, no Brasil cerca de 40% das moradias têm média de 6 pessoas e 40 m² ou menos. Muitas sem janelas. Falar em lockdown nacional, como se aventou, é ignorar a nossa realidade e chega a ser discriminatório. O tempo mostrou que essas medidas foram, como dizemos no jargão da engenharia, uma “falha catastrófica”. Perdoável no início, quando não se sabia sobre a dinâmica de transmissão e havia sobrecarga no sistema de saúde. Mas, com a evolução, um olhar cauteloso para os dados mostrou que não era eficaz. Por diversas razões. Os países que mais se protegeram no início da pandemia foram os que mais sofreram em seguida. Foi o que aconteceu na Europa: exemplos claros são a República Tcheca e Portugal. E isso se repetiu em estados americanos e mesmo na América Latina. Tivemos a Argentina, que era festejada como sucesso das restrições porque no final do 1º semestre de 2020 contabilizava 10% dos óbitos por milhão de habitantes comparada com Brasil. Mas essa diferença perdeu o fôlego e hoje contabilizava 90% dos óbitos por milhão daqui.

Mas os defensores mostravam dados para justificar a iniciativa, não?

Sim, há vários estudos que tentaram medir os efeitos restritivos. Avaliamos dezenas deles. A grande maioria caducou ao longo do tempo. Outros não conseguiram isolar os efeitos confundidores que agem sobre comportamento humano. Poucos se atentaram para aquilo que, aprendemos ao longo do tempo, ser preponderante: a percepção de risco e o comportamento das

peças. Também houve equívocos de leitura de muitos especialistas, por falta de conhecimento dos dados. Araraquara foi eleita no Brasil como o exemplo de sucesso de lockdown. Mas na verdade os dados que levavam a essa conclusão eram de registro cujas datas estão defasadas entre 10 a 15 dias da transmissão. Os dados por ocorrência fornecidos pelo próprio município, ajustados pela incubação, mostravam que a curva já tinha caído 10 dias antes do início do lockdown. Portanto, não houve efeito das restrições, mas provavelmente foi reflexo do comportamento mais recatado das pessoas, assustadas com os índices — o fenômeno da percepção de risco, segundo os epidemiologistas. Sem entender a dinâmica dos dados em profundidade, as conclusões podem ser tecnicamente corretas, mas fundamentalmente estarem erradas.

Há os que argumentam que, diante da sobrecarga dos hospitais, é a única alternativa a ser feita...

Poderia ser, desde que a eficácia fosse comprovada. Mas não se conseguiu provar correlação negativa estatística significativa entre as restrições e as curvas pandêmicas. É o mesmo que receitar um remédio que não se comprova a eficácia, mas que tem efeitos colaterais graves. Alguns deles são doenças não tratadas, câncer não detectado (estima-se redução de 30% na identificação de câncer em 2020), crianças vulneráveis jogadas para fora das escolas e nos braços de bandidos, efeitos psicológicos danosos para crianças e adultos em geral, além de um aumento da miséria e desigualdade social que levaremos anos para recuperar. Há outras iniciativas que podem ser mais eficazes e menos prejudiciais na prevenção.

E por que, na sua opinião, as restrições não funcionam?

Aqui cito um exemplo prático. Fui convidado pelo Daniel Soranz, (secretário de saúde do RJ) no início do ano para expor nossas razões contra o fechamento das praias. Um dos membros do comitê científico expôs o racional: a justificativa é óbvia, se o vírus se

transmite pelo contato, as restrições reduzem os contatos e consequentemente diminuem o RT, (o ritmo da transmissão). Parece de fato óbvio. Mas o raciocínio ignora dois pontos, respaldados pelos dados. Primeiro é a fadiga do isolamento. As pessoas se isolaram, por medo, ao longo de boa parte do 1º semestre de 2020. Isto levou à fadiga e à necessidade de convivência que é um dos instintos básicos do ser humano. As medidas de deslocamento na Europa, referentes ao segundo semestre, acompanhadas tanto pelo Google como pela Apple, constataram que a redução de mobilidade com as medidas restritivas foi 50% menor quando comparadas com o primeiro semestre. Segundo é sobre a dinâmica de transmissão: os dados e vários trabalhos científicos mostravam que a transmissão em lugares abertos, restaurantes, shoppings, parques e mesmo transporte público não tem sido a catalizadora da curva. O problema são os encontros entre amigos, descontraídos e despreocupados principalmente em lugares fechados. Portanto, somando primeiro e segundo ponto, a consequência é que se as praias, parques, shoppings e similares são fechados e há a fadiga, as pessoas deixam de ir para lugares controlados e de baixa transmissão, mas continuarão se encontrando com amigos em casas ou lugares informais, onde há grande incidência de transmissão. Por isto a eficácia acaba sendo baixa do lockdown, restando apenas seus efeitos colaterais

Mas países como Austrália e Nova Zelândia, talvez os mais severos do mundo democrático na adoção do lockdown, têm os indicadores que tem? Pergunto isso porque pela sua fala fico na dúvida se o isolamento não funciona porque não é adequadamente praticado ou porque não funciona mesmo.

Não é uma resposta simples. A Austrália e Nova Zelândia têm de fato dos índices mais baixos de mortalidade pela covid-19. São cerca 100 óbitos por milhão de habitantes e 10, respectivamente, até meio de janeiro último — acumulados nestes dois anos de pandemia. Cabe a ressalva que esses números devem ser comparados com a média de

280 óbitos por milhão da Ásia e não com os 2.500 mil do ocidente. É justificável as medidas restritivas impostas aos australianos? Quantos morrerão pelos efeitos colaterais como demora no diagnóstico de câncer e outras doenças não tratadas? Quantos terão sua saúde física e mental deteriorada pelas consequências do isolamento? Há uma outra pergunta que antecede estas, será efetivo o resultado? Não ocorrerá o mesmo efeito efêmero que aconteceu nos países inicialmente mais rígidos na Europa? Os indícios dos dados são desanimadores. O argumento do governo era de sacrifício temporário para a espera da vacina. Mas o fato é que, até outubro de 2021 [com quase 50% da população vacinada com 2 doses], a Austrália contabilizava em dois anos um total de 1.300 mil óbitos. De outubro até a semana passada, ou seja, em 3 meses e meio, o número de óbitos mais que dobrou, chegando a 2.700, mesmo com perto de 80% da população agora vacinada. Faltou um Churchill na Austrália. Ou melhor faltou no mundo todo. Bom senso e coragem tem sido combinação rara nos líderes atuais.

A MELHOR POLÍTICA

E foi possível encontrar, na sua opinião, algo que funcionasse, ou seja, que ajudasse a conter a disseminação do vírus ou simplesmente não há o que fazer?

O consenso que escuto dos epidemiologistas é que a superação definitiva da pandemia pode vir por dois caminhos. De uma vacina de proteção mais ampla e duradoura do que as atuais ou da simples adaptação do vírus para variantes menos agressivas. A Gripe Espanhola, por exemplo, atingiu o mundo por pouco mais de dois anos, 1918 e 1919. Depois disto, desapareceu. É curioso a similaridade dos gráficos nos Estados Unidos entre Gripe Espanhola e a covid-19. Com o detalhe que em setembro último os EUA ultrapassaram os 650 mil óbitos que foram contabilizados pela Gripe

Espanhola [que, apesar do nome, na verdade surgiu nos Estados Unidos e aparentemente foi levada à Espanha por soldados americanos na 1ª Guerra Mundial], só que com uma população atual três vezes maior do que a de 1920. Alguns infectos têm achado que Ômicron vai nesta linha. Quanto às medidas de prevenção, na minha visão, a política pública e sociedade de um modo geral falharam nas iniciativas que poderiam ter minimizado os efeitos.

Você tem exemplos do que faria diferente?

Usaria tecnologia e base de dados para uma campanha de conscientização sobre onde estão os principais riscos de transmissão. Os estudos, desde o segundo semestre de 2020, mostram que as confraternizações com amigos e familiares são os principais catalisadores da curva pandêmica. Com base nestes dados fizemos a campanha “Se cuida Brasil” com objetivo de alertar sobre a intensificação da curva que antevíamos no final de 2020. O Nizan [Guanaes] e o Luiz Lara [publicitários] montaram a estratégia de comunicação e contamos com a Amib [Associação de Medicina Intensiva Brasileira] na formulação da estratégia. O Cutait, (Raul Cutait do Hospital Sírio-Libanês), ajudou na divulgação e a Klabin foi uma grande apoiadora do Instituto. A ideia era instruir a população para a “mobilidade consciente”. Com um pouco de cuidado, acredito ser possível ter uma vida perto do normal e administrar o ritmo da infecção, desde que as pessoas saibam onde correm mais riscos e como se comportar tanto em eventos quanto pós uma possível exposição ao vírus. Mas para isto seria preciso uma mobilização maior de governos e meios de comunicação. O que foi, na prática, inviável dado a polarização que nos encontramos.

E a segunda iniciativa?

Aqui foi outra batalha do Instituto nos últimos 12 meses. Convencer os municípios que o teste para se identificar transmissão é o antígeno e não o PCR. Primeiro por ter resultado mais rápido, o que permite

agir de forma tempestiva. Segundo por ser mais barato. E terceiro porque o PCR pode identificar presença de vírus mesmo sem que exista transmissão. A partir daí, implementar testagem maciça por antígeno para rastreamento de contactantes dos que testarem positivo. Com isto, agir sobre o comportamento destas pessoas no período pré-sintomático para controlar a retroalimentação da curva. Pelos dados identificamos que a Alemanha, mesmo sendo o país com menor redução de mobilidade nos picos da Europa, tem número de casos 50% menor que a média. A principal diferença está no rastreamento. Parece óbvio: por que atuar sobre 98% da população, ao invés de priorizar 2%, que é o pico de infectados no ápice da curva pandêmica?

Vocês colocaram em prática esta iniciativa?

Fizemos um projeto piloto em Curitiba com apoio do Exedito Luna [PhD, epidemiologista professor da USP], Ester Sabino [pesquisadora, imunologista membra da Academia Brasileira de Ciências], Celso Granato [infectologista, médico professor da Escola Paulista de Medicina] e Bernardo Almeida [infectologista do HC de Curitiba]. Não conseguimos medir o efeito total uma vez que a curva já estava em declínio, mas os dados mostraram que o índice de positividade do rastreamento chegou a ser o dobro da positividade normal dos testes. Um indício de que estávamos identificando os infectados antes dos sintomas. Um estudo de Harvard, já no final de 2020, mostrava que 99% da excreção viral se concentra no período que vai de dois dias pré-sintomáticos até cinco dias pós. Hoje estou convencido que a transmissão ocorre majoritariamente no período pré-sintomático, uma vez que todos ficam atentos quando alguém está com sintomas gripais. Os estudos também mostraram que não se verificou caso de transmissão depois do sétimo dia. Por isto, defendemos a redução do período de isolamento para cinco ou sete dias pós sintomas. Só assim havia chance de adesão por parte dos vulneráveis. Depois de um ano,

vimos finalmente países Europeus e Estados Unidos adotar esta redução de 5 a 7 dias de isolamento.

1 MONITORAMENTO

estäter

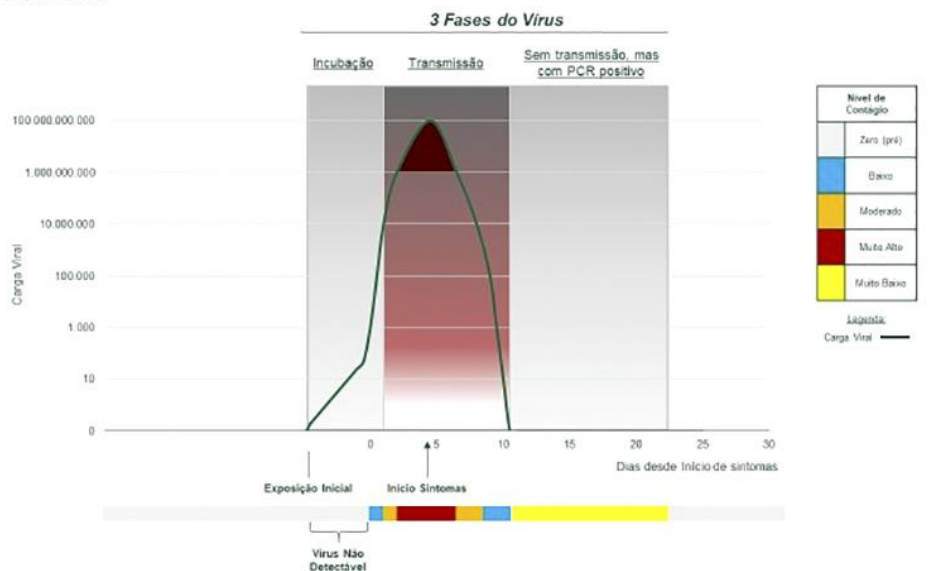


Gráfico que demonstra o pico da fase de maior transmissibilidade do vírus. (Harvard/Reproduzido por Instituto Estäter/Reprodução)

A ÁSIA INCOMPARÁVEL

Você tem falado há algum tempo sobre os dados da Ásia. O que chama a sua atenção lá?

São duas coisas. Primeiro é a desproporcionalidade em relação ao Ocidente, principalmente nos países do extremo oriente e sudeste asiático. Segundo é minha estranheza por que isto não tem sido objeto de estudos.

Pode elaborar?

A média de óbitos por milhão de habitantes no mundo ocidental até dezembro último estava por volta de 2.000 mil na Europa, 2.500 mi na América do Norte e por volta de 3.000 na América do Sul. Na Ásia, que tem mais da metade da população mundial, o número está por volta de 280. É uma diferença significativa. Focando no extremo

oriental e no sudeste asiático: nas últimas semanas, tratou-se de um suposto surto na China com aumento do número de casos. Noticiou-se que chegaram a 1.400 na semana para uma população de 1,4 bilhão. Na Europa estamos vendo os países com quase 2 milhões de casos semanais, Estados Unidos com 5 milhões. Percebe? Os dados são incomparáveis e me surpreende que a imprensa e especialistas não façam essa ponderação. Sobre mortalidade: China mostra nos dois anos de pandemia apenas 3 óbitos por milhão — sim, 3 e não 300. Assumindo que seja difícil avaliar os dados da China, há Hong Kong onde são 30 e em Taiwan são 35. Japão, que foi manchete algumas vezes no Brasil e no mundo por surtos de casos, contabiliza até hoje 145 óbitos por milhão. Coreia do Sul, 115. São números bem abaixo da média de óbitos por influenza anualmente. Quando vemos países com condição econômica mais similares à América Latina, a diferença continua. Vietnã com 350 óbitos por milhão, Tailândia com 312. Os piores da região são Indonésia e Filipinas com cerca de 500 por milhão — 25% do índice da Europa, que é mais baixo que o das Américas. Por que não há análises e estudos abordando as possíveis justificativas destas diferenças? E muitas vezes especialistas tratam os dados de lá como comparáveis ao Ocidente. O que está claro que não são...

Por que é importante saber sobre imunidade prévia?

Os estudos sobre reinfecção ainda são inconclusivos dependendo da metodologia utilizada. Mas até a variante Delta, os indícios da maioria dos trabalhos eram de que a reinfecção estava abaixo dos 5% [pelos dados, bastante abaixo dos índices de contaminação após a vacina]. Um trabalho feito na África do Sul acompanhando 2,5 milhões de infectados detectou que ao longo de 1 ano cerca de 33.000, ou 1,3% foram re-infectados. Se a avaliação dos países do extremo oriente e do sudeste Asiático confirmarem que se trata de uma imunidade prévia e que a proteção contra a doença grave pelos infectados é longa isto poderia ser utilizado como base para a

definição de prioridades na imunização pela vacina nas políticas públicas, por exemplo. Ou incorporar estes estudos para definição da política de vacinação, inclusive para crianças. Talvez nos leve à conclusão de que a vacina seja desnecessária para os previamente infectados. Ou que não precisem de mais doses. Isto poderia levar à grande economia para governos e permitir a realocação de vacinas para regiões e países menos favorecidos.

AS MÁSCARAS

Eu olhei o protocolo do Instituto e vi que não há ênfase no uso da máscara como forma de proteção. Por que?

Resposta simples é a leitura de que a máscara tem uma eficácia menor no dia-a-dia do que se supõe e a sensação de segurança de quem a usa pode levar a pessoa a se expor mais a riscos. É um debate ingrato porque é um consenso mundial a sua alta eficácia. No entanto, busco tratá-la como os outros temas, procurando comprovação para o seu uso mesmo que este questionamento possa trazer polêmica. Considero isto pró ciência. O que me intrigou para explorar melhor o efeito máscara foi o fato de, apesar das convicções disseminadas no mundo, não identificarmos uma região, cidade ou país onde se pudesse concluir que a curva tenha sido menos intensa por conta do uso de máscaras ou o oposto. Comparamos países e capitais na Europa com maior ou menor adesão ao uso, assim como estados republicanos versus democratas nos Estados Unidos e não achamos evidências ou correlação.

Mas os médicos mostram estudos que comprovam a eficácia.

A questão é que experimentos em laboratórios, por mais contundentes que sejam os resultados, muitas vezes não se repetem no cotidiano. Um exemplo básico da física: no vácuo uma pedra de 1 kg chega no

solo no mesmo tempo que uma folha de um pessegueiro. No ambiente normal o atrito do ar faz com que a folha chegue muito tempo depois. Os estudos em relação ao uso da máscara que comprovam sua eficácia, e são centenas, são feitos em ambientes controlados. As pessoas seguem um roteiro, as máscaras são bem ajustadas, tem alguém acompanhando e dando instruções. Como o caso de um médico no centro cirúrgico ou no seu consultório. Ali a comprovação é clara. No entanto, poucos estudos foram feitos em campo e dos que analisamos nenhum registrou evidências do seu efeito protetor.

Qual sua explicação para esta diferença no mundo real?

Vários pontos diferem o mundo real do laboratório. O primeiro deles é a falta de foco. Pelos estudos disponíveis sobre a dinâmica da transmissão, o perdigoto parece ser o grande responsável e majoritariamente em lugares fechados onde pessoas estão descontraídas, cantando ou falando alto. O protocolo de usar máscaras 100% do tempo faz com que cada um escolha seu momento de usa-la o que na maioria das vezes não coincide com onde está o maior risco. Chegam nos bares ou confraternizações de máscara. Lá, deixam ela de lado e se divertem com bebidas, piadas, gritaria e risos com perdigotos flutuando pelo ar. Para sair para a rua, sempre com a máscara. Pais, avós, tios só saem de casa com a máscara. Mesmo sozinhos no carro, ou no supermercado, restaurantes e parques. Chegam em casa quando encontram filhos, netos e sobrinhos tiram a máscara e, sentindo-se protegidos por terem usado ao longo do dia, abraçam e beijam os netos que estão circulando em encontros com amigos e baladas.

O contra-argumento de alguns especialistas é que não há mal no uso e a máscara serve como um ponto de atenção, as pessoas percebem que precisam tomar cuidado. Compreendo esta interpretação, mas basta circular pela cidade, casas e confraternizações para constatar que isto não tem acontecido.

Outro ponto é o uso incorreto. Nos ambientes controlados alguém está te acompanhando, vendo se a máscara está ergonomicamente adaptada, etc. No dia-a-dia, fácil de verificar que, por mais cuidados que se tenha, o uso é completamente diferente. Não se compara um consultório odontológico ou médico a uma festa com pessoas descontraídas mesmo que estivessem colocando e tirando a máscara para seu gole de vinho, cerveja, o salgadinho e a conversa animada com os amigos.

E finalmente há ainda a diferença de durabilidade de cada máscara. Cada tipo de máscara tem uma proteção diferente, as cirúrgicas precisariam ser trocadas a cada 4 horas e as de pano mal protegem. Aqui vem de novo o tema do efeito discriminatório da proteção como defendida atualmente. Os vulneráveis não conseguem atendê-las. E por que a minha insistência neste debate inglório? Por conta da compensação de risco. As pessoas usam a máscara, se sentem protegidas e se expõem mais ao risco.

Qual seria sua recomendação, então?

Primeiro acredito que precisamos tirar o caráter ideológico do seu uso. Deveríamos tratá-la como uma medida de prevenção que é e conscientizar a população das suas limitações. Precisamos também disseminar as instruções para o uso correto. E é urgente a liberação de ambientes abertos, assim como identificar os ambientes específicos onde ela deve ser obrigatória. Além de dar foco para população, seria uma medida mais democrática, permitiria uma validade mais longa para a máscara pelo uso seletivo e aí sim uma atenção maior por parte de quem a usa. Outro ponto importante é lembrar da relevância da distância mínima e do cuidado com os deslizes, principalmente com amigos. Eu sempre volto no tema central: a mobilidade consciente. A máscara deveria ser um coadjuvante para esta conscientização.