

29 de abril de 2020

Boletim n.30 - Ciências Sociais e coronavírus

É sabido que no Brasil ocorre uma subnotificação dos casos de coronavírus, assim como dos números de mortos pela nova doença. Esses números atuam como uma ferramenta de omissão da real gravidade da situação, nas mãos, principalmente, do governo federal. No Boletim de hoje, *Antonio Otaviano Vieira Junior (UFPA)* retornando a 1748-1750, anos de epidemia de sarampo em Belém, nos lembra da importância da narrativa dos grupos silenciados para a melhor compreensão dos efeitos da COVID-19 na sociedade, e *Everson Pereira (UFRGS)* nos explica o processo de classificação dos casos de coronavírus e como a subnotificação é utilizada pelos defensores da flexibilização da quarentena enquanto forma de justificar posturas que colocam a população em risco, naturalizado as milhares de mortes decorrentes da doença.

O direito de fala e de memória na epidemia

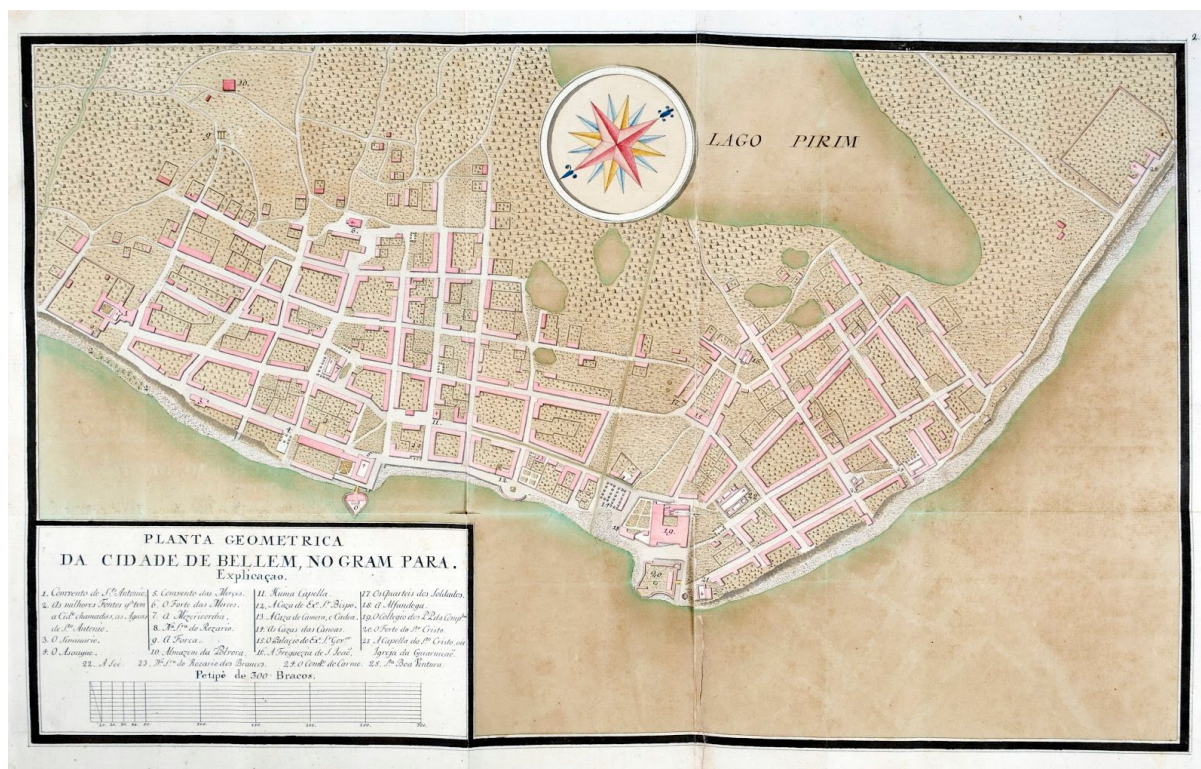


Imagem da cidade de Belém em 1758, feita pelo naturalista prussiano João André Schwebel

Aqui estou, em março de 2020, na cidade de Belém, na Amazônia brasileira, trancado no apartamento com minha família e acuado pela COVID-19. Depois da quarentena, da estocagem de comida e do sumiço do álcool gel das prateleiras das farmácias, busquei um consolo para amparar minhas incertezas e esperanças. O encontrei no ofício que exerço, de historiador. Recuei aos anos de 1748-1750, também anos de epidemia em Belém, para estabelecer um diálogo com a atual crise epidêmica. E, o ponto que destaco como historiador, é: quem viveu a experiência do contágio em

1748, quem teve suas interpretações e lembranças acerca da epidemia preservadas. Num exercício de imaginação, não é de se estranhar que muitos falassem sobre a epidemia.

Falaram em diversas situações que entrecortavam o cotidiano da cidade, em conversas e reclamações que foram levadas pelo vento. Falaram na saída da igreja da Sé, após a distribuição de esmolas feitas pelo bispo ou depois dos emocionados sermões, falaram na porta do Colégio Santo Alexandre, onde os jesuítas – por conta da epidemia – vendiam carne e manteiga de tartaruga, falaram no mercado diante da alta do preço da farinha ou falaram enquanto se deparavam com corpos insepultos ou poças de vômito e de sangue encontradas nas ruas enlameadas. Homens, mulheres, brancos, negros, índios, crianças, velhos, escravos, livres, locais, estrangeiros... muitos viveram e falaram da epidemia.

Embora muitos tenham falado sobre o contágio, poucos foram realmente escutados e menos ainda tiveram seus medos, pedidos e sentidos registrados pela escrita. No geral, as falas sobre a epidemia que atravessaram o tempo e alcançaram meu olhar de historiador foram escritas por juízes locais, governadores da capitania do Grão-Pará, vereadores, proprietários de escravos índios, religiosos, conselheiros reais que viviam em Lisboa e até mesmo pelo rei português D. José I. Outras tantas pessoas foram silenciadas pelo tempo, seus sentimentos nos chegaram apenas como um leve sopro, uma espécie de lapso de quem controlava as memórias.

Numa das memórias sobreviventes nos chegou uma contagem dos mortos pela epidemia, onde foram arroladas 3.061 pessoas que morreram na freguesia (espécie de bairro de Belém) Santana da Campina. Dos mortos apenas 35 eram considerados brancos e os demais eram índios. Números indicativos dos indígenas como a população mais atingida pela epidemia, aqueles que tiveram que fugir para a floresta com medo do contágio e com isso contaminavam suas aldeias, aqueles que mesmo doentes eram obrigados a remar pesadas canoas, plantar roças ou a caçar para seus senhores. Essa população não teve suas falas sobre a doença registradas e preservadas para o futuro – pelo menos não as encontrei. Dos índios nada ouvi (li), embora muitos deles tenham falado e sofrido com a doença.

Então, para pensarmos a epidemia de ontem, como também a de hoje, logo me veio a ideia de Michel Foucault que nos faz considerar a doença como uma construção de fala, ou seja, discursiva. Parte da existência da doença era/é produto de narrativas, das falas ouvidas e registradas. Mas, nesse processo de construção discursiva da epidemia, é importante não considerar apenas aqueles que foram/são ouvidos, mas, também aqueles que foram/são silenciados. E para entender a existência narrativa da doença é estratégico entender quem fala. Assim, uma mesma epidemia pode ser considerada uma “gripezinha”, uma “pandemia” ou um “castigo dos céus”. As diferentes vozes que ecoam se aproximam e se distanciam pautadas em interesses de grupos sociais específicos, de demandas econômicas e de projetos políticos. Nos ruídos do passado as vozes dos que mais morreram foram silenciadas.

A diferença para os dias de hoje não se resume apenas ao maior nível de alfabetizados, como também o acesso às redes sociais, que amplia o número de narrativas e narradores da COVID-19. Mesmo assim, há silêncios, alguns impostos pelas ditaduras nacionais (Coreia do Norte, por exemplo), por baixos níveis de alfabetização e de acesso à internet (como alguns países africanos, Vietnã ou vilas do interior do Brasil) ou por condições precárias de sobrevivências (moradores de rua da cidade de Nova York ou os refugiados sírios). Daqui a 100 anos quem terá a voz registrada, como a atual pandemia será apresentada e quem será silenciado?!¹

Antonio Otaviano Vieira Junior é Professor Titular da Faculdade de História da UFPA, Pesquisador Produtividade CNPq e líder do Grupo de Pesquisa População, Família e Migração na Amazônia.

As taxas de letalidade da COVID-19 e o afrouxamento das quarentenas



Fonte:

<https://newslab.com.br/covid-19-especialistas-dicorrem-sobre-os-problemas-relacionados-com-as-subnotificacoes/>

Assim que alguns casos de COVID-19 começaram a ser notificados fora da China, diversos líderes políticos ao redor do mundo passaram a fazer comparações da doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 com uma “gripezinha”, “um resfriado”. Em alguns casos, alguns líderes caracterizaram as notícias sobre a pandemia (até então classificada como epidemia) como “histeria da mídia”, “fantasia” e uma série de comentários que tinham como objetivo atenuar a gravidade da situação. Várias vezes houve quem assumisse que algumas pessoas iriam, sim, morrer, mas que morrer era parte da vida.

¹ “o poder da cultura advém da forma poderosa com que apaga os rastros históricos de sua própria criação”. MISKOLCI, Rochard. *O desejo da nação: masculinidade e branquitude no Brasil de fins do XIX*. São Paulo: Annablume, 2013, p. 13.

Deixando de lado, por ora, o que se poderia discutir em termos de biopolítica ou necropolítica a partir das decisões sobre controle, vida e morte de partes da população, esses comentários demarcam não só uma ignorância - talvez estratégica (MCGOEY, 2012) - como também mobilizam atores políticos em tomadas de decisões econômicas e de saúde pública. Parte dessa retórica usa, principalmente, uma suposta taxa de letalidade baixa da COVID-19, no sentido de questionar a necessidade de medidas de contenção do vírus, como o distanciamento - ou isolamento - social.

Alain Desrosières (1998, p.82) aponta que epidemias (e pandemias) são problemas coletivos que clamam por soluções gerais. Para combatê-las ou mitigá-las, constroem-se cálculos de taxas de mortalidade de segmentos da população, classificados de acordo com diferentes critérios e que produzem dados para políticas de prevenções. Para o autor, esse tipo de “estatística médica” é facilmente aceito pela comunidade médica, e eu acrescentaria que é também bem recepcionada fora da comunidade médica, porque permite intervir oficialmente nos debates públicos e na organização da sociedade.

A primeira estimativa da taxa de letalidade da COVID-19 veio da China, obviamente, por ter sido a primeira a ter dados disponíveis para esse cálculo. Lá, a taxa se manteve em torno de 4%. Foi a partir desses dados que se criou a métrica para pensar em taxas de letalidades altas ou baixas, ao redor do mundo. Conforme o número de casos foi aumentando e novos países foram notificando suas primeiras infecções de COVID-19, foram ficando evidentes as disparidades nas dinâmicas da epidemia em diferentes países, ao menos até o momento.

As taxas de letalidade são definidas pelo cálculo do número de mortes de uma determinada doença dividido pelo número de casos confirmados da doença no mesmo período, e o resultado é multiplicado por cem (Bonita, Beaglehole & Kjellstrom, 2010). Essas taxas dependem de classificações de casos confirmados, que durante o período de pandemia é sempre um número incerto, geralmente subnotificado. Os casos confirmados dependem de critérios de classificação e da capacidade dos sistemas de saúde de diagnosticarem os casos. Diagnosticar depende de protocolos de testagens, da capacidade de prover atendimento e realizar as testagens laboratoriais ou exames clínicos, ou seja, de um sistema de saúde com estrutura ampla e bem equipada para tal.

Na China, a alteração dos critérios de classificação e definição de casos confirmados foi justificada pela necessidade de dar atenção aos casos sintomáticos antes mesmo de fazerem os testes de laboratório. Essa mudança ocorreu porque havia maior demanda de diagnóstico do que a capacidade de testagem e disponibilidade de equipamentos adequados para esse fim. Ou seja, não apenas decisões políticas, burocráticas, econômicas e morais fazem parte da criação de categorias de classificação, como também o aparato tecnológico e clínico precisa ter capacidade para acompanhar as demandas.

Dentro dessa classificação, no caso da COVID-19, há ainda uma subdivisão de categorias “de risco” por idade e condições de saúde que variam contextualmente de acordo também com características demográficas de cada país. Mesmo assim, as taxas

deixam de lado outras questões como o período de início da manifestação dos sintomas até o início do tratamento, que pode causar uma diferença significativa na experiência do adoecimento e no prognóstico da doença. Mais do que uma capacidade intrínseca ao vírus, não é ele quem define a taxa de letalidade, mas uma combinação com uma série de corpos humanos, condições materiais, e questões políticas e sociais, isto é, os contextos locais.

Outras perguntas que ainda podem ser feitas são: quanto há de subnotificação de casos? A resposta à epidemia tem sido mais demorada em um lugar em comparação a outro com diferentes taxas? Faltam estruturas de tratamentos desses pacientes? Quais dados demográficos podem interferir no contágio e mortes? As pandemias, como eventos sociais e coletivos, também deixam de fora da métrica da taxa de letalidade aquelas mortes causadas pela sobrecarga do sistema de saúde. Uma pandemia como a de COVID-19, que tem uma grande capacidade de contágio e infecção, causa um grande número de pessoas dependente de atendimento dos serviços de saúde em curto intervalo de tempo. Como se tem visto em diversos países, boa parte dos serviços de saúde não estão preparados para atender a demanda e, muitos, entram em colapso. Soma-se a esse quadro crítico a preocupante e frequente infecção dos trabalhadores de saúde. Mesmo a Alemanha, que tem conseguido manter uma taxa de letalidade oficial baixa em comparação com a média, vê esse marcador subindo vagarosamente conforme o número de casos aumenta e os serviços de saúde sofrem com a sobrecarga.

A saturação dos serviços de saúde, e o colapso que deve acontecer também no Brasil em breve, segundo o ex-Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta, provavelmente dificultará dar atendimento às pessoas que precisam de cuidados para outras doenças e condições de saúde que não a COVID-19. Nessas condições, o número de mortos em decorrência da pandemia deve aumentar ainda mais. Talvez seja o caso de se registrar de maneiras distintas o número de mortos por COVID-19 e o número de mortes pela pandemia – ainda que se compreenda a dificuldade desse tipo de notificação. Com o que se tem testemunhado em outros países e o que o ex-Ministro da Saúde cogita acontecer no Brasil, conhecer esses dados é importante para atribuir as responsabilidades por um cenário que se encaminha para ser bastante difícil.

O uso da taxa de letalidade para defender uma série de posturas que colocam em risco a população serve também à naturalização de milhares de mortes como se fossem inevitáveis. Ao colocar a população em risco e incentivar um contágio em massa, os defensores da flexibilização da quarentena deixam de lado o impacto no SUS e o número de mortes que podem resultar desse processo. Por fim, focar nos números da taxa de letalidade como argumento para um relaxamento das medidas de combate à propagação do vírus e de controle da epidemia é deixar de lado uma realidade que esses números não dão conta de explicitar.

Everson Fernandes Pereira é doutorando no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Referências:

BONITA, R; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTROM, T. *Epidemiologia Básica*. 2ª ed. São Paulo: Livraria Santos Editora. 2010.

DESROSIÈRES, A. *The politics of large numbers*. London: Harvard University Press. 1998.

MCGOEY, L. The logic of strategic ignorance. *The British Journal of Sociology*, v.63, n.3. p. 533-576. Setembro, 2012.

Estes textos são parte de uma série de boletins sequenciais sobre o coronavírus e Ciências Sociais que está sendo publicada ao longo das próximas semanas. Trata-se de uma ação conjunta que reúne a Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS), a Sociedade Brasileira de Sociologia (SBS), a Associação Brasileira de Antropologia (ABA), a Associação Brasileira de Ciência Política (ABCP) e a Associação dos Cientistas Sociais da Religião do Mercosul (ACSRM). Nos canais oficiais dessas associações estamos circulando textos curtos, que apresentam trabalhos que refletiram sobre epidemias. Esse é um esforço para continuar dando visibilidade ao que produzimos e também de afirmar a relevância dessas ciências para o enfrentamento da crise que estamos atravessando.

A publicação deste boletim também conta com o apoio da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC/SC), da Associação Nacional de Pós-Graduação em Geografia (ANPEGE), da Associação Nacional de Pós-Graduação em História (ANPUH), da Associação Nacional de Pós graduação e Pesquisa em Letras e Linguística (Anpoll) e da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional (Anpur).

Acompanhe e compartilhe!

