



Entrevista: Margareth Dalcolmo afirma que inúmeras mortes poderiam ser evitadas

Publicada em 29/06/2020



Desde o início da pandemia, a pneumologista e professora-pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) Margareth Dalcolmo tem sido uma das vozes mais importantes no alerta e combate à doença causada pelo novo coronavírus. Ainda era março quando ela previu, por exemplo, que a Covid-19 seria rejuvenescida no Brasil, por conta das condições socioeconômicas e geográficas do país. Sob o marco de 50 mil mortes e 1 milhão de pessoas infectadas, Dalcolmo, nesta entrevista, aponta que muitas vidas poderiam ter sido salvas no país se houvesse uma organização harmônica entre os poderes e se o *lockdown* tivesse sido feito no momento certo. Ainda de acordo com a pneumologista, estamos na fase de interiorização da doença e é impensável o retorno às aulas.

No fim de semana, chegamos ao marco de 50 mil mortes e 1 milhão de pessoas infectadas no Brasil.

O que isso simboliza? Esse número era evitável?

É importante deixar claro que números não são cabalísticos. É pouco, é muito? Mil seria muito. São vidas. Nós estamos num momento importante da epidemia no Brasil, quase com três meses e meio de evolução, considerado que os primeiros casos detectados foram após o carnaval. Nós estamos pagando o preço de uma epidemia que não teve aquilo que os países que nos antecederam tiveram, que foi uma organização harmônica de todos os poderes controlando a epidemia. No Brasil, estamos pagando um preço caro por isso, com muitas mortes evitáveis. Nós poderíamos ter tido muito menos mortes, a despeito do tamanho da nossa população e da força com a qual a epidemia se disseminou no Brasil. Em algumas áreas de cidade, como Rio de Janeiro, algumas áreas de São Paulo, Manaus e Fortaleza, a epidemia chegou e bateu de forma muito violenta, matando muita gente num período muito curto de tempo.



Naquele momento já se podia prever o que está acontecendo agora?

À época eu fiz parte do grupo de médicos que assessorou o Ministério de Saúde e, naquele momento inicial, no começo de março, nós dissemos que era preciso ter uma coordenação bastante organizada entre o governo federal, os estados e prefeituras. Porque era óbvio que a epidemia iria eclodir de maneira bastante severa e se disseminar para as camadas menos favorecidas. E foi o que realmente ocorreu. Nós vemos uma epidemia relativamente bem controlada nas classes mais favorecidas e muito delicada nas classes menos favorecidas. Hoje a epidemia se disseminou como nós previmos três meses atrás. No dia 15 de março, dei uma entrevista em que falei que a epidemia iria se disseminar para áreas pobres e se rejuvenescer no Brasil. Aconteceram as duas coisas e eu não tenho mérito nenhum nisso. Para tal análise, bastava apenas conhecer o que é o Brasil, a composição demográfica, a distribuição social, a desigualdade social... Tudo isso era fácil de saber que iria acontecer assim. O que nós esperávamos é que conseguíssemos, com medidas de contenção efetivas, ter uma adesão maior da população às medidas de distanciamento social, que nunca houve. Nós nunca alcançamos os chamados 65%, 70% de distanciamento social em nenhum momento no Brasil. Nem São Paulo, que alcançou as taxas melhores, chegou a esses números, ditos ideais.

Como podemos ver a epidemia hoje?

Eu vejo de maneira muito preocupada. Temos muitas realidades no país. Conseguimos que muita gente se contaminasse e, portanto, aumentamos o número de imunizados, de pessoas que hoje respondem de maneira positiva aos testes sorológicos, apresentando um grau de defesa imunológica. Com isso, diminuímos o número de pessoas suscetíveis da população brasileira em algumas áreas. Isso é verdade, a partir de estudos sorológicos feitos dentro de algumas comunidades. O estudo coordenado pela Universidade de Pelotas e Ministério da Saúde mostra três fenômenos: o primeiro da disseminação grande do vírus, revelando uma mudança muito grande de percentual de pessoas que testam positivo na sorologia, com aumento de acima de 50%. O segundo é que a taxa de imunizados em determinadas comunidades também é muito alta, como estamos vendo no Rio, na Rocinha, por exemplo, com quase 20%. E, portanto, com isso, o terceiro é a diminuição do número de pessoas suscetíveis.

Isso nos leva a pensar se esse seria o momento de ter uma imunidade dita comunitária ou aquele termo que vem da vacinologia, a imunidade de rebanho. Talvez não necessitemos de uma imunidade comunitária tão alta como a que seria conferida pela vacina. Talvez com 40% pudéssemos controlar a epidemia no Brasil. É possível. Isso os estudos vão mostrar. E esse tempo passado vai mostrar também. Eu vejo a epidemia hoje revelando as desigualdades. Em alguns lugares ela está mais controlada, como estados como Santa Catarina e Paraná. Em outros estamos observando o aumento de casos. Vejo de maneira muito cética essas aberturas de comércio, aglomerações como estamos vendo no Rio de Janeiro e São Paulo. Há estados como Espírito Santo, onde há um aumento enorme de contaminação porque nunca fizeram distanciamento social adequado. Vejo de maneira preocupada e acho que vamos viver com essa situação epidêmica por muito tempo. Mas outro fator que preocupa muito é a interiorização da epidemia... É uma coisa que nos preocupa muito porque o Brasil tem sabidamente uma malha rodoviária enorme e por isso é muito fácil disseminar [o vírus]. E isso, medicamente falando, tem consequências muito graves. Porque sabemos que somente 20% dos municípios têm condições de ter doentes que necessitem de terapia intensiva. Não tem nem leito nem infraestrutura. Isso exigirá uma logística não só de controle como de transferência de paciente. É um dado muito importante que precisa ser registrado.

Podemos afirmar que a Covid-19 é a doença que mais mata no Brasil? Para efeito de comparação, doenças como acidente vascular cerebral (AVC) não têm esse alcance de mais de 1000 mortes/dia, certo?

É a doença que mais mata e nós tivemos mortes que poderiam ser evitadas se tivéssemos feito no momento certo o lockdown, mas perdemos o timing. A própria Fiocruz recomendou o momento certo para isso, que era há um mês e meio atrás, e preparou

um documento que encaminhou em resposta ao Ministério Público. Nós teríamos seguramente suavizado bastante a curva epidêmica. Talvez não tivéssemos diminuído o número de casos totais, mas poderíamos ter diminuído o número de casos graves, que são aqueles que fazem pressão sobre o sistema de saúde. Hoje nós temos situações muito diversas. O Brasil tem 27 epidemias diferentes. Porque até o processo de interiorização é diferente. Tem cidades Rio e São Paulo em que a área metropolitana é muito importante. O interior tem menos gente e tudo isso é importante levar em conta.

Quais são os principais estudos sobre medicamentos possíveis atualmente?

Há vários estudos em curso no mundo hoje para formas graves. Há o estudo Solidarietà, que continua com três braços com estudos em andamento: a associação de dois antivirais Lopinavir-Ritonavir, o Interferon beta e o outro com Remdesivir, que é um antiviral novo. Esse novo, que é um fármaco experimental, tem sido utilizado pelos Estados Unidos. Já foi publicado um trabalho sobre ele pela Universidade de Nebraska, que tem como primeiro autor um brasileiro, inclusive, o doutor André Kalil. E o trabalho mostrou resultados bastante promissores para formas graves de Covid-19. Há outras linhas de estudo, outros antivirais em estudo, como na Rússia e Japão, também destinados a pacientes em terapia intensiva [Esses países utilizam o Avifavir].

Outro método que tem sido bastante utilizado é o de transferência de plasma de convalescente para pacientes graves. Foi utilizado na epidemia de Nova York. No Brasil nós conseguimos autorização do Sistema CEP/Conep [Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa] para utilização em dois estudos, um no Rio de Janeiro e outro em São Paulo. Já tem um número razoável de pacientes incluídos. Essa técnica não é nova. Foi aprendida desde a Gripe Espanhola, há 102 anos, quando foi utilizada pela primeira vez. O quanto isso é promissor nós só vamos saber quando publicarmos os dados dessa experiência no Brasil e nos Estados Unidos.

E tem o entendimento de que a doença não é uniforme. Não é uma doença só respiratória, é uma doença sistêmica e bifásica, porque ela tem a fase virêmica, que é a inicial, onde os antivirais podem ter uma ação, e segue para uma fase chamada inflamatória grave, que é quando os pacientes pioram e é caracterizada do ponto de vista imunológico por aquela tempestade de citocina, quando o paciente tem uma briga com seu próprio sistema imunológico. Nesse momento nós precisaríamos, portanto, de duas classes de fármaco conjuntamente: um antiviral e um antiinflamatório dito biológico. E hoje há estudos recentemente iniciados que estão testando essa nova modalidade de associação farmacológica para tratamento. Há ainda os tratamentos que são as boas práticas de terapia intensiva e em relação isso o melhor exemplo é a Alemanha, que nunca usou remédio algum e teve a menor taxa de mortalidade. Isso quer dizer que cuidar bem de um paciente grave pode interferir na mortalidade e letalidade da doença. Essas são as linhas principais, além das vacinas, naturalmente.

E quais as perspectivas sobre a vacina?



Hoje as [expectativas] mais promissoras, sem dúvida, são as vacinas. Há uma enorme quantidade de estudos de vacina no mundo, aproximadamente 120 estudos diferentes. E temos as mais avançadas, reconhecidas internacionalmente, como a de Oxford, com a astrazeneca. Um desses estudos começa inclusive sua fase 3 no Brasil, e se a vacina se mostrar boa e segura, que significa com proteção e sem efeitos colaterais, respectivamente, ela pode ser utilizada. Mas não para essa epidemia. Para essa epidemia não tem vacina. Ela servirá para outro momento. Ou quando a doença ficar endêmica, considerando que a gente vai viver com esse vírus por muito tempo em nossas vidas. Eu costumo brincar que máscara hoje faz parte da nossa indumentária. Quando vamos sair, nós pegamos os óculos, as chaves e a máscara.

Houve uma grande desinformação em relação aos assintomáticos a partir de uma colocação feita durante uma entrevista coletiva pela epidemiologista americana da Organização Mundial da Saúde (OMS) Maria van Kerkhove. Houve uma mudança de diagnóstico?

Toda biologia do vírus prova e mostra que pessoas assintomáticas transmitem a doença. É claro que assintomáticos transmitem menos que sintomáticos. Isso está relacionado à carga viral de cada um. Quando você está muito grave fica com uma carga viral enorme e a transmissão é diretamente proporcional. Por isso que a testagem em massa é muito importante no Brasil. Nós precisamos testar muita gente. Assintomáticos transmitem a doença para seus familiares, para seus colegas de trabalho, para as crianças que vão levar como vetor para outras pessoas. Por isso que crianças não podem ficar com avô e avó, visitar idosos...

Por falar em crianças, como está sendo vista a possibilidade de volta às aulas? É possível prever um cenário adequado para esse retorno?

Todo sistema de colocar várias pessoas num mesmo ambiente deverá ser revisto. Volta às aulas para crianças é impensável neste momento, porque criança é portadora inocente do vírus. Qual o pai ou a mãe que vai colocar a criança para escola neste momento? Sabendo que as crianças na creche vão ter contato com professores, funcionários... O mínimo seria todo mundo ser testado para saber se está imunizado. E a logística seria muito complexa porque exigiria testes permanentes, quase semanalmente, e teria que ser com teste PCR. É uma logística cara, trabalhosa, dependente da anuência da pessoa. Eu considero inviável a abertura de escolas neste momento. Num cenário adequado, teríamos que ter uma taxa de contágio (RT) muito abaixo de 1, uma taxa de ocupação de leitos muito baixa, revelando que a transmissão está diminuindo e um panorama geral com taxas tanto de suscetíveis quanto imunizados. Teoricamente, é muito difícil pensar em abrir escola. Este ano está perdido.