

## Covid-19 e nós: Chega o monstro



Por **Mike Davis\***

*A globalização capitalista agora parece ser biologicamente insustentável na ausência de uma infraestrutura de saúde pública verdadeiramente internacional.*

Coronavírus é como um velho filme que temos assistido repetidamente desde que *The Hot Zone* (1994) de Richard Preston nos apresentou o demônio exterminador, nascido em uma misteriosa caverna de morcegos na África Central, demônio este conhecido como Ebola. Ele foi o primeiro de uma sucessão de novas doenças que irromperam no 'campo virgem' (este é o termo próprio) de sistemas imunológicos não desbravados pela humanidade. Logo após o Ebola, veio a gripe aviária, transmitida para seres humanos em 1997, e a SARS, que emergiu no fim de 2002. Ambas tiveram origem em Guangdong, centro industrial do mundo.

Hollywood, evidentemente, abraçou conspicuamente estes surtos e produziu uma ampla gama de filmes para instigar e assustar o público. (*Contágio*, de Steven Soderbergh, lançado em 2011, se destaca por sua ciência acurada e lúgubre antecipação do caos atual.) Além destes filmes (e séries), e inumeráveis romances sombrios, centenas de livros proeminentes e milhares de artigos científicos têm respondido a cada surto, muitos enfatizando o terrível estado da preparação global para detectar e responder a tais novas doenças.

### 1.

Assim, o Coronavírus passa pela porta de entrada como um monstro conhecido. Seguir a linha de seu genoma (muito parecido com sua bem estudada irmã SARS) foi bastante simples, mesmo que algumas informações vitais permaneçam ausentes. Pesquisadores que estão trabalhando dia e noite para caracterizar o vírus têm se defrontado com três enormes desafios. Primeiro, a contínua escassez de kits de teste, especialmente nos Estados Unidos e em África, tem dificultado a avaliação acurada de parâmetros chave tais como a taxa de reprodução, o tamanho da população contaminada e o número de infectados assintomáticos.

O resultado tem sido números caóticos. Segundo, como a *Gripe Influenza* anual, o vírus (da *Covid-19*) está em mutação, ao passo que atinge populações com diferentes composições etárias e condições de saúde. A variedade de americanos que mais provavelmente devem adquirir a doença já se encontra sutilmente diferente da população atingida pelo surto inicial em Wuhan. A mutação que está por vir pode ser benigna, ou pode alterar a distribuição atual da virulência que por enquanto atinge com maior gravidade pessoas acima dos 50 anos. De qualquer maneira, a gripe corona de Donald Trump é no mínimo um perigo mortal para um quarto de americanos que estão na velhice, tem um fraco sistema imunológico ou sofre de problemas respiratórios crônicos.

Terceiro, embora o vírus permaneça estável e pouco mudado, seu impacto sobre os grupos da população mais jovens pode diferir radicalmente em países pobres e entre pessoas em situação de extrema pobreza. Consideremos a experiência global da *Gripe Espanhola* em 1918-1919. Estima-se que ela tenha matado de 1% a 2% da humanidade. Nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, a *H1N1* original em 1918 foi mais mortal para jovens adultos. Isto tem sido, geralmente, ligado ao sistema imunológico relativamente forte dos jovens adultos daqueles anos, o que reagiu à infecção atacando as células

pulmonares, levando a uma pneumonia viral e choque séptico. Mais recentemente, entretanto, alguns epidemiologistas têm teorizado que adultos mais velhos podem ter sido protegidos pela memória de 'imunidade' de surtos que apareceram nos anos 1890.

A *Gripe Espanhola* encontrou um espaço favorável nos campos e trincheiras de batalha ceifando a vida de dezenas de milhares de jovens soldados. Isto se tornou um fator importante na batalha dos impérios. O colapso da grande ofensiva alemã na primavera de 1918 e o resultado da guerra têm sido atribuídos ao fato de que os aliados, em contraste com seus inimigos, puderam recuperar seus exércitos doentes com a chegada de novas tropas americanas.

Mas a *Gripe Espanhola* em países pobres teve um aspecto diferente. É raramente abordado que quase 60% da mortalidade global, talvez 20 milhões de mortes, ocorreram em Punjabi, Bombaim e outras partes da Índia Ocidental, onde as exportações de grãos para a Grã-Bretanha e a prática de exigências brutais coincidiram com uma grande seca. Isso levou à escassez de alimentos, quando milhões de pessoas pobres passaram fome.

Eles se tornaram vítimas de uma sinergia sinistra entre gripe e a má nutrição, que suprimiu seu sistema imunológico contra infecções e produziu bactérias desenfreadas, bem como vírus, ambos da pneumonia. Num episódio parecido, na ocupação britânica do Irã, em decorrência de muitos anos de seca, cólera e escassez de alimentos, houve um amplo surto de malária, causando a morte de um quinto estimado da população.

Esta história – sobretudo as consequências desconhecidas da relação com a má-nutrição e as infecções já existentes – serve para nos alertar que a *Covid-19* poderá tomar um caminho diferente e mais mortal nas densas favelas com saúde frágil da África e Ásia do Sul. Com a iminência de casos em Lagos, Kigali, Addis Ababa e Kin Shasa, ninguém sabe (e não saberá por longo tempo dada a ausência de testes) como a *Covid-19* pode se articular com as condições de saúde e doença locais. Como a população da África é a mais jovem do mundo, com o grupo de idosos compreendendo apenas 3% da população – ao contrário dos 23% da Itália – diz-se que a pandemia terá somente um impacto moderado.

À luz da experiência de 1918, este é um exagero sem fundamento. Também não faz sentido a afirmação de que a pandemia, assim como uma gripe sazonal, vai passar com o calor do verão. O cenário mais provável, como *Science* advertiu em 15 de março, a África é de uma bomba-relógio. Além da má-nutrição, o estímulo para a exploração viral é o enorme número de pessoas com sistemas imunológicos comprometidos pelo HIV/AIDS que já matou 36 milhões de africanos na última geração. Pesquisadores estimam que existe atualmente 24 milhões de casos de AIDS, e pelo menos 3 milhões sofrendo de tuberculose, a chamada 'praga branca'. Alguns dos 350 milhões de africanos são cronicamente mal nutridos, e o número de crianças pequenas cujo crescimento tem sido inibido pela fome vem aumentando em milhões desde os anos 2000.

O distanciamento social em grandes favelas como Kibera no Quênia ou Khayelitsha na África do Sul é obviamente impossível, enquanto mais da metade dos africanos não tem acesso a água potável e saneamento básico. Além do mais, cinco das seis nações com pior assistência à saúde do mundo estão na África, inclusive o país mais populoso, a Nigéria. O Quênia, país conhecido por exportar enfermeiros e médicos, tem exatamente 130 leitos de UTI e 200 enfermeiros certificados em UTI para lidar com a chegada da *Covid-19*.

## 2.

Daqui a um ano nós poderemos olhar com admiração para o sucesso da China em conter a pandemia – e com horror para o fracasso dos Estados Unidos. (pressupondo heroicamente que a declaração da China do rápido declínio da transmissão é mais ou menos precisa) a ineficácia das instituições dos Estados Unidos em manter a caixa de Pandora fechada não é bem uma surpresa. Desde os anos 2000 nós temos visto surtos recorrentes na linha de frente do sistema de saúde. Tanto em 2009 como em 2018, por exemplo, gripes sazonais sobrecarregam hospitais por todo o país, expondo a drástica escassez de leitos hospitalares, após anos de cortes em recursos dirigidos para a área de saúde.

A crise remonta ao período da ofensiva corporativa que levou Ronald Reagan ao poder e converteu importantes Democratas em porta-vozes neoliberais. De acordo com a *Associação de Hospitais Americanos*, o número de leitos hospitalares declinou em extraordinários 39% entre 1981 e 1999. O objetivo desta redução era aumentar o lucro das internações elevando o censo hospitalar (o número de leitos ocupados). Mas a meta de administrar 90% da ocupação fez com que hospitais já não tivessem capacidade para absorver o fluxo de pacientes em casos de emergência médica e epidêmica.

No novo século, a medicina de emergência nos Estados Unidos permanece no setor privado, menosprezada pelo imperativo

dos acionistas em aumentar seus lucros e dividendos de curto prazo, e também menosprezada no setor público pela austeridade fiscal, sofrendo reduções nos orçamentos de prevenção. Como consequência, há somente 45.000 leitos de UTI disponíveis para lidar com a sobrecarga prevista de casos crítico de coronavírus. Já a Coreia do Sul tem mais de três vezes o número de leitos disponíveis para cada 1000 habitantes do que os Estados Unidos. Segundo uma investigação do *USA Today*, somente oito Estados terão leitos hospitalares suficientes para tratar 1 milhão de americanos com mais de 60 anos que poderão ser infectados com a *Covid-19*.

Ao mesmo tempo, Republicanos têm rejeitado todos os esforços para reconstruir as redes de seguridade desfeitas pelos cortes orçamentários com a recessão de 2008. Departamentos de saúde local e estadual – a primeira vital de defesa – têm 25% a menos de técnicos hoje do que antes da Segunda Feira negra há 12 anos. Na última década, o orçamento do CDC (*Centro de Controle de Doenças*) caiu 10% em termos reais. Desde a posse de Trump, os déficits fiscais têm sido exacerbados. O *New York Times*, recentemente, relatou que 21% dos departamentos de saúde local apresentaram redução nos orçamentos para o ano fiscal de 2017.

Trump também fechou o *Escritório da Casa Branca para Pandemias*, um comitê estabelecido por Obama após o surto de Ebola para assegurar uma resposta nacional rápida e bem coordenada diante de novas epidemias, e três meses antes do surto ele (Trump) encerrou o *Projeto de Prevenção* (do governo), um sistema de controle prévio e um programa de auxílio exterior criado após a gripe aviária em 2005. Segundo a *Science*, o projeto de prevenção tinha descoberto mais de 1000 viroses de famílias virais com a presença de zoonoses, incluindo viroses ligadas a surtos recentes e outros de continua preocupação para a saúde pública. Deste total incluem-se 160 tipos de coronavírus identificados em morcegos e outros animais.

Nós estamos, portanto, no estágio inicial de um Katrina médico. Tendo diminuído o investimento em prevenção de emergência médica enquanto todos os especialistas comentavam e recomendavam uma maior expansão da capacidade, os Estados Unidos agora faltam suprimentos elementares assim como profissionais de saúde pública e leitos emergenciais. Estoques básicos para a área de saúde regional e nacional têm sido mantidos em níveis muito abaixo do que indicado por modelos epidemiológicos.

Assim, o colapso dos kits de testes coincide com uma escassez crítica de equipamentos básicos de proteção para profissionais da saúde. Militantes da área de enfermagem, nossa atual consciência nacional, vêm nos alertando sobre os graves perigos criados pelos estoques inadequados de suprimentos de proteção como as máscaras N95. Também salientam que hospitais têm se tornado estufas para bactérias resistentes a antibióticos como *C. difficile*, que podem constituir a maior causa secundária de mortes em enfermarias lotadas dos hospitais.

### 3.

O surto tem exposto a gritante divisão de classe no cuidado em saúde que Nossa Revolução – a base do grupo de campanha de Bernie Sanders para a eleição de 2016 tem feito propostas – se impõe na agenda nacional. Aqueles com bons planos de saúde, que podem também trabalhar em casa estarão protegidos, supondo que sigam as recomendações necessárias para evitar a contaminação. Funcionários públicos e outros trabalhadores sindicalizados com planos de saúde decentes terão de fazer escolhas difíceis entre seus rendimentos e sua saúde. Não obstante, milhões de trabalhadores de serviços com baixos salários, empregados de fazendas, desempregados e moradores de rua serão lançados à própria sorte.

Como todos sabemos, a assistência universal à saúde em qualquer sentido significativo exige provisão pública para a concessão de licença remunerada. Alguns dos 45% da força de trabalho nos Estados Unidos tem sido privados deste direito – e portanto, forçados a transmitir a epidemia. Da mesma forma, 14 estados governados por Republicanos têm se recusado a aprovar leis para a provisão do *Affordable Care Act* que expande o *Medicaid* para trabalhadores pobres. Isto porque um em cada quatro texanos carece de assistência médica e tem somente o direito à emergência nos hospitais do condado para buscar tratamento.

Com Sanders à frente em sua tradicional liderança responsável, os Democratas foram bem sucedidos em pressionar a Casa Branca e o congresso, de maioria republicana, em consentir licença remunerada como medida de emergência. Mas, como Sanders imediatamente apontou, o compromisso do legislativo abre brechas nebulosas, que podem ser rescindidas tão logo a pandemia permitir. No entanto, é importante liderar esta iniciativa para travar a luta em outro nível – a permanência da licença universal remunerada para toda a força de trabalho. A administração Trump está em pânico, preocupada com a

possibilidade de uma derrota eleitoral, passando, pois, a conceder algumas medidas sensíveis, tais como o controle do governo sobre a produção de suplementos médicos essenciais. Com efeito, surgem novas oportunidades para se exigir demandas da saúde pública nos próximos meses.

As contradições mortais da saúde privada em tempo de pandemia tornam-se mais visíveis na indústria milionária de lares para idosos, que abriga 2,5 milhões de estadunidenses, em sua maioria pelo *Medicare*. É um setor capitalizado altamente competitivo que paga baixos salários, possui defasagem de profissionais e cortes de custos ilegais. Dez mil morrem todo ano por simples negligência dos procedimentos básicos de controles de infecções e pela falha dos governos estaduais em estabelecer fiscalização administrativa, o que corresponde a homicídio culposo. Pois em muitos destes lares – particularmente nos estados do Sul – é mais barato pagar multas por violações sanitárias do que contratar pessoal qualificado e fornecer-lhes treinamento específico.

Não é surpresa que o primeiro epicentro de transmissão comunitária nos Estados Unidos tenha sido o *Centro de Cuidado da Vida*, um lar para idosos no subúrbio de Seattle em Kirkland. Conversei com Jim Straub, um velho amigo e coordenador sindical dos trabalhadores do setor de residência para idosos em Seattle, que caracterizou as estruturas dos lares “como uma das piores em termos de pessoal técnico e o sistema mais amplo de cuidado para idosos de Washington como o mais subfinanciado do país – uma ilha de sofrimento austero num mar de dinheiro oriundo da tecnologia”.

Além do mais ele aponta que os secretários de saúde pública estão ignorando o fator crucial que explica a rápida transmissão da doença (a *Covid-19*) do *Centro de Cuidado da Vida* para outros dez lares de idosos: ‘trabalhadores destas casas em um mercado de alugueis residenciais em alta nos Estados Unidos geralmente trabalham em mais de um emprego, e na maioria das vezes, também em lares para idosos. As autoridades têm fracassado na descoberta dos nomes e locais destes segundos empregos e assim perdem todo o controle sobre a propagação da *Covid-19*.

Ninguém está propondo compensações para os trabalhadores expostos ficarem em casa. Ao longo de todo o país, dezenas, provavelmente centenas da maioria dos lares de idosos se tornarão locais propícios para o coronavírus. Muitos empregados eventualmente escolherão programas contra a fome a tais condições e se recusarão a trabalhar. Se chegar nesta condição, o sistema pode colapsar e não devemos esperar que a Guarda Nacional faça o trabalho destes servidores.

#### 4.

A pandemia expõe a necessidade de cobertura universal e licença remunerada a cada passo do seu avanço mortal. Enquanto Biden enfraquece Trump, progressistas devem unir-se – como Bernie propõe – para vencer a *Convenção Democrática de Cuidados Médicos para Todos*. Esta será a estratégia de articulação entre Sanders e Warren, como delegados no *Milwaukee's Fiserv Forum* em meados de julho. Ainda assim, nós temos igualmente um importante papel a desempenhar nas ruas, começando com a luta contra os despejos, demissão e empresários que recusam remunerar trabalhadores que estão de licença. (Temor de contágio? Ficar a seis passos do manifestante mais próximo, tornará a mais poderosa imagem na TV.)

O primeiro passo consiste na cobertura universal e nas demandas associadas. É decepcionante que, nos debates das primárias, nem Sanders, e nem Warren, abordaram o intuito da *Big Pharma* em abdicar dos grandes laboratórios em pesquisa e desenvolvimento de novos antibióticos e antivirais. Das 18 maiores companhias farmacêuticas, 15 tem abandonado totalmente este campo. Medicamentos para o coração, para a ansiedade e depressão e tratamentos e remédios para a impotência masculina são mais lucrativos do que a defesa contra infecções hospitalares, doenças que surgem de modo emergente, e tradicionais doenças tropicais. Uma vacina para a *Influenza* – quer dizer, uma vacina que objetive as partes imutáveis das proteínas da superfície do vírus – tem sido uma possibilidade por décadas, mas nunca lucrativa o suficiente para ser a prioridade.

Como a revolução antibiótica está regredindo, velhas doenças ressurgirão ao lado de novas infecções, e os hospitais se tornarão catacumbas. Ainda que Trump possa se aproveitar da situação, contrapondo-se aos custos dos medicamentos, para combater esse cenário será preciso um programa que rompa com o monopólio das indústrias farmacêuticas e que viabilize a produção pública medicamentos essenciais para vida. (Isto já ocorreu em outro momento durante a Segunda Guerra Mundial, quando o exército estadunidense convocou Jonas Salk e outros pesquisadores para desenvolver a primeira vacina da gripe.)

Como escrevi 15 anos atrás em *O Monstro na nossa porta*: “O acesso a medicamentos essenciais para a vida, inclusive

vacinas, antibióticos e antivirais, deve ser um direito humano, universalmente disponível, sem custo. Se os mercados não podem fornecer incentivos para produzir o baixo custo de tais medicamentos (remédios, vacinas, tratamentos), então governos e entidades não-lucrativas devem ter responsabilidade por sua produção e distribuição [...] A sobrevivência dos mais pobres deve a todo momento ser considerada prioridade superior aos lucros das grandes indústrias farmacêuticas”.

A atual pandemia expande o argumento: a globalização capitalista agora parece ser biologicamente insustentável na ausência de uma infraestrutura de saúde pública verdadeiramente internacional. Mas tal infraestrutura nunca existirá até que os movimentos sociais rompam o poder das grandes indústrias farmacêuticas e o cuidado com saúde como algo lucrativo.

Isto exige um plano socialista independente para a sobrevivência humana que vá além de um *New Deal* atualizado. Desde os dias do *Occupy*, socialistas têm colocado a luta contra a desigualdade de renda e riqueza na primeira página: está certo que é uma grande conquista. Só que agora nós precisamos dar o próximo passo e reivindicar propriedade social e a democratização do poder econômico, com os cuidados com a saúde e a indústria farmacêutica como demandas imediatas.

A esquerda deve também fazer uma avaliação honesta de nossa fraqueza moral e política. Por mais que eu veja com entusiasmo a evolução à esquerda de uma nova geração e o retorno da palavra socialismo no discurso político, há um elemento perturbador de solipsismo nacional no movimento progressista nos Estados Unidos, que é proporcional ao novo nacionalismo. Tendemos a falar sobre a classe trabalhadora especificamente estadunidense e a nossa história radical (talvez esquecendo que Debs foi um internacionalista em sua essência), o que acaba nos aproximando da retórica que coloca os Estados Unidos em primeiro lugar em tudo.

Para enfrentar a pandemia, então, socialistas devem enfatizar a urgência de solidariedade internacional sempre que possível. Concretamente, nós precisamos agitar nossos amigos progressistas e seus líderes políticos para exigir uma massiva ampliação da produção de kits de testes, fornecimento de equipamentos de proteção e medicamentos vitais e que sejam de distribuição livre e gratuita para países pobres. Cabe a nós assegurar que cuidados médicos para todos passem a ser, tanto uma política externa, quanto interna.

**\*Mike Davis** é Professor Emérito da *University of California*. Autor, entre outros livros, de *Ecologia do medo* (Record).

Tradução: **Ronaldo Tadeu de Souza**

Publicado originalmente na *New Left Review* n.º 122  
(<https://newleftreview.org/issues/II122/articles/mike-davis-in-a-plague-year>)