

**NICHOLAS A. CHRISTAKIS**

**A FLECHA DE  
APOLO**

**O PROFUNDO E DURADOURO  
IMPACTO DO CORONAVÍRUS  
EM NOSSO MODO DE VIDA**



**ALTA BOOKS**  
GRUPO EDITORIAL

Rio de Janeiro, 2023

# Sumário

<i>Acrônimos</i>	xi
<i>Agradecimentos</i>	xiii
<i>Sobre o Autor</i>	xv
<i>Prefácio — 2020</i>	xvii
<i>Prefácio — 2021</i>	xxi
1. Um Evento Infinitesimal	3
2. Um Velho Inimigo Retorna	35
3. Separação	85
4. Luto, Medo e Mentiras	137
5. Nós e Eles	171
6. União	207
7. Mudança	247
8. Como as Pragas Chegam ao Fim	295
<i>Posfácio</i>	327
<i>Notas</i>	351
<i>Índice</i>	387

1.

# Um Evento Infinitesimal

A humanidade tem apenas três grandes inimigos: a febre, a fome e a guerra; desses, de longe o maior, o mais terrível, é a febre.

— Sir William Osler,  
“The Study of the Fevers of the South” (1896)

No final de 2019, um vírus invisível que vinha evoluindo silenciosamente em morcegos por décadas, em um piscar de olhos, infectou um ser humano em Wuhan, China. Foi um evento casual cujos detalhes mais sutis provavelmente nunca saberemos. Nem a pessoa a quem o vírus contaminou nem ninguém sabia exatamente o que havia acontecido. Foi um evento minúsculo e imperceptível.

Mais tarde, os cientistas chegaram a suspeitar que esse movimento inicial do vírus poderia ter acontecido no Mercado Atacadista de Frutos do Mar Huanan, em Wuhan, pois muitos dos primeiros pacientes registrados eram vendedores ou clientes. Mas o cenário era confuso. Huanan é conhecido como um “mercado molhado” porque, como em muitos outros mercados em todo o mundo, é possível comprar produtos agrícolas frescos, peixes, carne e animais vivos, e às vezes até animais silvestres (como ouriços, texugos, cobras e rolinhas). Alguns desses animais são abatidos no mercado, na hora. Ao contrário dos supermercados estéreis

aos quais muitos de nós estamos acostumados, o chão desses lugares é lavado durante o dia para mantê-lo limpo. Portanto, os mercados estão sempre “molhados”.<sup>1</sup>

Até onde sabemos, morcegos não são vendidos no mercado Huanan, embora o consumo desses animais seja comum na China.<sup>2</sup> Em um artigo presciente, publicado um ano antes de o vírus “pular” sorrateiramente para nossa espécie, os cientistas sugeriram que “interações morcego-animal e morcego-humano, como a presença de morcegos vivos em mercados molhados de animais silvestres e restaurantes no Sul da China, podem levar a surtos globais devastadores”.<sup>3</sup>

A primeira pessoa com um caso confirmado da doença — que viria a ser conhecida como Covid-19 — desenvolveu sintomas de síndrome respiratória aguda grave (SARS) em 1º de dezembro de 2019. Pode ter havido outros pacientes anteriormente; não sabemos. No entanto, esse paciente (e alguns outros casos iniciais) não teve contato com morcegos ou animais silvestres, tampouco com o mercado Huanan. Isso despertou a preocupação de que, a princípio, talvez o vírus tenha passado para os humanos de alguma outra forma, tal como por meio de pesquisadores em Wuhan que coletaram amostras do vírus diretamente de morcegos selvagens e as analisaram em laboratórios com procedimentos de proteção inadequados.<sup>4</sup> O Centro de Controle e Prevenção de Doenças de Wuhan, que faz pesquisas com vírus de morcego, fica a apenas alguns quarteirões do mercado Huanan, e o Instituto de Virologia de Wuhan também está localizado no raio de poucos quilômetros. No entanto, as autoridades chinesas alegaram que não havia chance de o vírus vazar dessas instalações.<sup>5</sup>

Apesar da origem misteriosa do vírus, 66% das primeiras 41 pessoas a contraírem a doença ao longo do mês de dezembro, de fato, tinham uma conexão direta com o mercado Huanan, tais como compradores, comerciantes ou visitantes.<sup>6</sup> Se o mercado não foi onde o vírus encontrou seu caminho até os seres humanos, foi certamente onde tornou-se fácil para nós o detectarmos. Com suas barracas apinhadas e grande movimento de pessoas, o local proporcionou um ambiente fértil para o

vírus se espalhar — com rapidez e facilidade —, gerar um agrupamento localizado de casos e, assim, chamar nossa atenção.<sup>7</sup>

Um dos primeiros médicos a soar o alarme sobre a doença foi a Dra. Jixian Zhang, do Hospital Provincial de Medicina Integrada Chinesa e Ocidental de Hubei. Em 26 de dezembro de 2019, ela notou sete casos de pneumonia atípica; três pacientes pertenciam à mesma família e quatro eram do mercado Huanan e se conheciam. No dia seguinte, ela os reportou ao Centro de Controle de Doenças de Wuhan.<sup>8</sup> Por fim, quando a pandemia ganhou força, as autoridades — como parte de um esforço para encobrir sua inação inicial — outorgaram à médica um prêmio de honra ao mérito pelo relato dos casos.<sup>9</sup> Mas uma investigação subsequente revelou a existência de outros casos de pneumonia atípica no início de dezembro, que não foram relatados apesar de superarem o limiar de notificação obrigatória ao Centro de Controle e Prevenção de Doenças chinês, em Beijing. Perdeu-se um tempo precioso para conter o surto. Na verdade, uma análise posterior documentou 104 casos e 15 mortes durante o mês de dezembro.<sup>10</sup>

As autoridades finalmente começaram a perceber o que estava acontecendo e fecharam o mercado em 1º de janeiro de 2020.<sup>11</sup> A essa altura, os primeiros pacientes, dispersos por vários hospitais, estavam sendo rastreados e transferidos para uma instalação especialmente designada — o Hospital Jinyintan.<sup>12</sup> Em 27 de janeiro de 2020, análises divulgadas pelo CDC chinês (e mais tarde taxadas por alguns como possível desinformação) observaram que 33 de 585 amostras ambientais (swabs de superfícies) coletadas no mercado Huanan — entre 1º e 12 de janeiro — continham o RNA de um novo coronavírus, mais tarde denominado SARS-CoV-2. As amostras positivas estavam altamente concentradas em superfícies na parte oeste do mercado, onde eram vendidos os animais silvestres.<sup>13</sup>

Em 30 de dezembro de 2019, dois dias antes do fechamento do mercado, Dr. Wenliang Li, um oftalmologista de 33 anos, tomou conhecimento do emergente agrupamento de casos após ler um relatório alarmante de um colega. O Dr. Ai Fen, chefe do departamento de emer-

gência do Hospital Central de Wuhan, recebeu um laudo laboratorial de um paciente com pneumonia atípica, indicando que era SARS.<sup>14</sup> Em um grupo privado do WeChat, de colegas da faculdade de medicina, Li espalhou o alarme. “Há sete casos confirmados de SARS no Mercado de Frutos do Mar Huanan”, informou. “A última notícia é que são casos confirmados de infecções por coronavírus, mas a cepa exata do vírus ainda está sendo subtipada. Protejam-se e alertem seus familiares.”<sup>15</sup>

Em 3 de janeiro de 2020, as autoridades locais tomaram conhecimento das informações divulgadas por Li. Havia uma reunião do Partido Comunista Chinês marcada para 12 de janeiro, e a notícia de um surto local — ainda mais com tal gravidade — não era bem-vinda. Na verdade, até pelo menos 11 de janeiro, o público havia sido erroneamente assegurado de que nenhum novo caso fora observado em Wuhan.<sup>16</sup> Li foi interrogado pela polícia e acusado de “espalhar rumores” e “fazer declarações falsas na internet”. Foi forçado a se retratar e assinar uma carta prometendo que não se envolveria em “atividades ilegais”.<sup>17</sup> Essa não foi a última vez que a verdade sobre a Covid-19 foi abafada ou ignorada à medida que o patógeno se espalhava pelo mundo.

Claro, o Dr. Li estava certo. Mais tarde, as autoridades se desculpariam publicamente e ele se tornaria um herói para os chineses comuns, cansados das restrições à liberdade de expressão e desiludidos com a desinformação de seus líderes.<sup>18</sup> Infelizmente, como acabou acontecendo com muitos outros profissionais de saúde na China (e em vários outros países), em 7 de fevereiro, Li morreu de Covid-19.<sup>19</sup> Ele contraiu a doença em 8 de janeiro, enquanto cuidava de um paciente com glaucoma. Esse paciente era um lojista no mercado Huanan.

Os chineses perceberam rapidamente que a doença podia se espalhar de pessoa para pessoa, e não era adquirida de forma independente e reiterada em um reservatório animal fixo. Esse fato preocupante foi confirmado em um relatório sobre os primeiros 41 casos conhecidos, publicado online na revista médica britânica *The Lancet* em 24 de janeiro.<sup>20</sup> Os chineses sabiam que a doença era grave. Desses primeiros pacientes, seis (15%) morreram. O artigo concluiu que o vírus “ainda pre-

cisa ser profundamente estudado para o caso de se tornar uma ameaça à saúde global”.

O vírus se espalhou — primeiro de forma lenta, depois, rápida — por Wuhan e, em seguida, por toda a província de Hubei, onde vivem 58 milhões de pessoas. Em janeiro, embora a porcentagem geral de infectados em Wuhan ainda fosse pequena, era alta o suficiente para que, quando um grande número de pessoas deixasse a cidade, algumas carregassem consigo o patógeno.

O vírus se anunciou em um momento extremamente infeliz, logo no início do *chunyun* (春运), o período de migração anual na China, que ocorre em preparação ao festival do Ano-novo Lunar, em 25 de janeiro de 2020. Durante esse período, mais de 3 bilhões de pessoas viajam para suas cidades natais, um movimento em massa que supera em muito as viagens anuais de Ação de Graças nos Estados Unidos.<sup>21</sup> Para piorar a situação, Wuhan é um importante hub de transporte na China. Quase 12 milhões de pessoas passaram por Wuhan em janeiro (conforme pesquisa do meu laboratório, em colaboração com cientistas chineses, mais tarde documentada), transportando, assim, o vírus por toda a China em meados de fevereiro.<sup>22</sup> Quanto mais pessoas de Wuhan fossem para um determinado lugar, conforme mostrado na Figura 1, pior seria o surto de SARS-2 naquele destino posteriormente. Os casos iniciais “importados” desencadeiam surtos locais em cascata, no que os epidemiologistas chamam de *transmissão comunitária*.

No início, as autoridades silenciaram vozes como a de Li, mas depois renderam-se à realidade e mudaram de curso — como outros políticos em dezenas de outros países também fariam. A China lutou para conter o surto, e relatórios mais honestos passaram a ser incentivados. Em 20 de janeiro, em sua primeira declaração pública sobre a situação, o presidente chinês Xi Jinping afirmou: “É necessário divulgar informações epidêmicas em tempo hábil e aprofundar a cooperação internacional.”<sup>23</sup> O comitê central de assuntos políticos e jurídicos do Partido Comunista, um grupo conhecido por não encorajar a transparência, divulgou um alerta severo em um popular site de mídia social na

China: “Quem deliberadamente retardar e ocultar relatórios terá seu nome eternizado no muro da vergonha da história.” Posteriormente, a postagem foi apagada.<sup>24</sup>

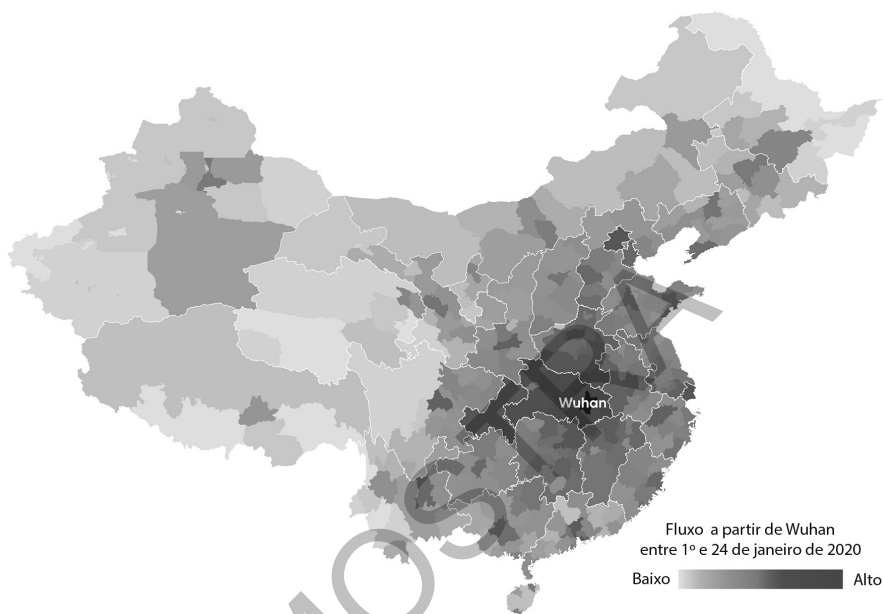


Figura 1: Fluxo de saída da população de Wuhan com o vírus SARS-2 em janeiro de 2020.

Em 17 de janeiro, nove dias após o Dr. Wenliang Li contrair SARS-2, a Dra. Lanjuan Li, de 72 anos, uma conhecida médica e epidemiologista da Universidade de Medicina de Zhejiang, em Hangzhou, uma das mais antigas da China, descobriu por meio de comunicações privadas que médicos em Wuhan haviam adoecido com um novo tipo de pneumonia.<sup>25</sup> Naquele dia, ela contatou a Comissão Nacional de Saúde, em Beijing, pedindo permissão para ir a Wuhan, e no dia seguinte a China a enviou para lá como parte de uma equipe de seis membros. Também integrava a equipe o Dr. Nanshan Zhong, um pneumologista de 83 anos reconhecido por seu papel na identificação da natureza e da gravidade do surto viral de SARS em 2003. Tanto Li quanto Zhong gozavam de um enorme respeito na China e em todo o mundo. O Dr. George Fu



Gao, chefe do CDC chinês, sediado em Beijing, ficou alarmado com o desenrolar dos acontecimentos em Wuhan (desde que ouvira os relatos informais no final de dezembro, ele instigara as autoridades locais a serem mais acessíveis) e também se juntou à missão.<sup>26</sup>

Em 19 de janeiro, a equipe visitou hospitais, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças de Wuhan e o mercado Huanan. O sistema de saúde da cidade já estava sobrecarregado. Em poucos dias, a China iniciaria a construção de um hospital de campo de 60 mil metros quadrados com trinta unidades de terapia intensiva e mil leitos para complementar a infraestrutura existente. A construção seria concluída em dez dias.<sup>27</sup> À noite a equipe retornou a Beijing e informou a Comissão Nacional de Saúde. O relatório era alarmante. Às 8h30 do dia seguinte, 20 de janeiro, os seis especialistas participaram de uma reunião de gabinete em Zhongnanhai, o complexo da liderança chinesa adjacente à Cidade Proibida. Como a doença pode se espalhar de pessoa para pessoa, a equipe aconselhou o governo a implementar medidas de controle mais fortes e recomendou o fechamento de Wuhan. Às 2h da madrugada de 23 de janeiro, o governo de Wuhan anunciou um lockdown a partir das 10h, que foi seguido pelo bloqueio quase imediato de toda a província vizinha de Hubei.<sup>28</sup>

Em 25 de janeiro, quase toda a China estava fechada.<sup>29</sup> De acordo com uma análise realizada por um dos meus alunos chineses logo depois, 934 milhões de pessoas viviam em províncias sujeitas às novas regras, descritas como “gestão fechada” (封闭管理). A severidade das medidas — até certo ponto, uma reminiscência do grau de controle social dos tempos do presidente Mao — era impressionante. Foi a maior imposição de medidas de saúde pública na história da humanidade.

A “gestão fechada” envolvia muitos fatores.<sup>30</sup> As pessoas eram obrigadas a se recolher a suas casas e tinham permissão para sair apenas uma ou duas vezes por semana para o essencial. Consumidores aguardavam em filas mantendo 1,80m de distância entre si — um fenômeno que surpreendeu observadores locais e estrangeiros, familiarizados com as usuais aglomerações na China. E absolutamente todos usavam máscara em público. O movimento de pessoas e veículos era controlado por

meio de autorizações especiais de entrada e saída em todas as áreas, até mesmo para acesso aos bairros residenciais. Slogans coletivistas reapareceram em todos os lugares, desde pequenas mensagens nas autorizações (“É responsabilidade de todos lutar contra o vírus”) a enormes faixas vermelhas nas ruas. A temperatura de cada pessoa era verificada na entrada de cada comunidade. Milhões de alunos passaram a ter aulas via internet. Veículos e locais públicos eram desinfetados regularmente. Alimentos e outros itens essenciais eram entregues com presteza em uma escala gigantesca. As autoridades chinesas incentivavam as empresas de entrega a distribuir as mercadorias, e essas empresas atestavam, via os onipresentes aplicativos utilizados para fazer os pedidos, que seus motoristas usavam máscaras e não tinham febre.

Supervisores de bairro, oficiais locais e membros do Partido Comunista eram encarregados de garantir o cumprimento das regras.<sup>31</sup> Isso foi facilitado pelo governo autoritário e pelas normas coletivistas na China, e a aplicação desse novo regime não foi apenas de cima para baixo. Por exemplo, os residentes rurais montaram barreiras improvisadas com árvores derrubadas para manter os forasteiros longe, além de interrogar os visitantes nos dialetos locais para detectar intrusos.<sup>32</sup>

Esse controle às vezes continha toques de modernidade. Em fevereiro, uma empresa estatal de eletrônicos militares lançou um aplicativo que permitia aos cidadãos inserirem seus nomes e números de identificação a fim de serem informados sobre a possibilidade de contato com um portador do vírus durante o uso de aviões, trens ou ônibus. Essa tecnologia soou assustadora para muitas pessoas em países ao redor do mundo, mas ideias semelhantes logo passaram a ser consideradas desejáveis, até mesmo normais.<sup>33</sup>

No final de março, o governo chinês começou a suspender — com muita cautela — algumas dessas restrições em algumas partes do país, mas os chineses continuaram a implementar muitos outros procedimentos em grande escala.<sup>34</sup> Por exemplo, as pessoas em elevadores usavam palitos de dente descartáveis, fornecidos em almofadas de alfinetes presas à parede, para acionar os botões. Os elevadores em muitas cidades permitiam apenas quatro pessoas por vez, com as posições marcadas

com fita adesiva no chão. Havia cartazes com os dizeres: POR FAVOR, SEJA PACIENTE E AGUARDE O PRÓXIMO ELEVADOR. VAMOS NOS UNIR PARA COMBATER O VÍRUS NESTE PERÍODO DIFÍCIL.

Conforme os trabalhadores retomavam suas atividades em escritórios e fábricas, os restaurantes e lanchonetes que os serviam eram modificados. Os clientes eram separados por divisórias de papelão ou acrílico e instruídos a comer rapidamente. Apenas uma pessoa era permitida por mesa, e não havia conversa nem socialização. A medida, assim como outros aspectos dos lockdowns, suscitou piadas sarcásticas, e muitos trabalhadores comentavam: “Essa experiência de uma pessoa por mesa me lembra das provas dos tempos de escola.”

Em sua abordagem, a China havia essencialmente detonado uma bomba nuclear social. E assim foi capaz de impedir a propagação do vírus. No final de março, o número de novos casos relatados no país caiu de milhares para menos de cinquenta por dia.<sup>35</sup> Em abril, a contagem diária de casos chegou a zero — isso em um país de 1,4 bilhão de pessoas. Houve algumas críticas aos padrões chineses para notificação de casos (por exemplo, inicialmente eles não incluíram casos assintomáticos de infecção em suas contagens) e à honestidade dessa notificação (com certeza as informações sobre os primeiros casos em Wuhan foram omitidas).<sup>36</sup> Mas a enorme redução de casos depois que a China se mobilizou para controlar a epidemia foi uma conquista surpreendente do ponto de vista da saúde pública, mesmo que alguns dos números chineses fossem imprecisos.

É preciso esclarecer, a China e outros países que posteriormente implementaram os próprios lockdowns não erradicaram o vírus; haviam apenas interrompido temporariamente a propagação. Quando os bloqueios fossem suspensos, o vírus voltaria.<sup>37</sup>

Meu envolvimento pessoal com a pesquisa da Covid-19 começou um dia após o início do lockdown em Wuhan. Em 24 de janeiro, fui contatado por alguns colegas chineses com quem estive colaborando por vários anos, analisando dados de telefones celulares da China. Anteriormente, estudamos como as ferrovias de alta velocidade e os terremotos remo-

delaram a interação entre as pessoas para formar redes sociais, um tópico que me interessa desde 2001. No final de janeiro de 2020, imaginamos que pudéssemos usar dados semelhantes para estudar a crescente epidemia. Como resultado, comecei a me concentrar nos acontecimentos na China. E fiquei cada vez mais alarmado. Percebi que a Covid-19 não seria uma epidemia apenas na China. Seria uma grave pandemia de proporções históricas.

Enquanto estudava o desenrolar dos eventos na China, comecei a perceber que os hospitais lotados, os lockdowns, o ensino remoto, as divisórias de acrílico e até mesmo os palitos de dente em breve chegariam aos Estados Unidos. Não conseguia pensar em uma razão para que isso não ocorresse. Mas, quando tentei soar o alarme em casa, no início de fevereiro, minha esposa, que costuma me levar razoavelmente a sério, pensou que eu estava sofrendo de delírios sobrevivencialistas.



Quando o surto na China foi controlado, o SARS-2 já estava disseminado em todo o mundo. Na verdade, em meados de janeiro, ao menos uma pessoa nos Estados Unidos estava contaminada. O primeiro caso a chamar a atenção do público foi de um homem de 35 anos diagnosticado em Snohomish, Washington. Em 21 de janeiro, a informação foi divulgada pelo CDC em um comunicado à imprensa. O paciente havia retornado de Wuhan para o estado de Washington em 15 de janeiro.<sup>38</sup> A análise genética descobriu que ele tinha uma variante do vírus, registrada como USA/WA1/2020, ou apenas WA1, intimamente relacionada às variantes encontradas nas províncias de Fujian, Hangzhou e Guangdong, na China.<sup>39</sup> Por puro acaso, o homem foi contaminado por um dos 41 pacientes iniciais de Wuhan ou algum contato em comum entre eles. Quando o caso foi anunciado, os Estados Unidos começaram a fazer checagens rápidas dos passageiros que chegavam de Wuhan, mas apenas em alguns aeroportos, como os de Nova York, Los Angeles e São Francisco, e somente a partir de 17 de janeiro, dois dias após a chegada desse homem. Essa abordagem não uniforme ilustrou o que mais

tarde se tornou bastante claro: em geral, o fechamento de fronteiras tem um efeito muito limitado em uma pandemia como a de Covid-19.

Esse mesmo comunicado de imprensa do CDC observou: “Há crescentes indícios de que está ocorrendo uma limitada transmissão pessoa a pessoa.” E o relatório clínico publicado sobre o primeiro caso detectado forneceria evidências adicionais: o paciente não tinha visitado o mercado de Huanan ou qualquer estabelecimento de saúde e não teve contato com ninguém que ele soubesse que estava doente. Ele contraíra a doença de uma pessoa que certamente era assintomática. Esse fator logo provou ser um dos aspectos mais perturbadores da infecção — à medida que a pandemia se espalhava pelo mundo, a transmissão assintomática tornava a doença muito mais difícil de rastrear e controlar. Não podíamos confiar nos sintomas das pessoas para saber quem estava contaminado.

O fato de o paciente ter sido diagnosticado foi um golpe de sorte. Ele vira um alerta do CDC sobre o vírus e, em 19 de janeiro, quando apresentou febre baixa e tosse quatro dias após retornar de Wuhan, procurou tratamento em uma clínica de atendimento de urgência ao norte de Seattle. A equipe sabia que deveria coletar uma amostra e enviá-la ao CDC na mesma noite. O paciente teve alta e foi orientado a se isolar em casa — e assim o fez. Na tarde de 20 de janeiro, seu teste deu positivo; por volta das 23h, em uma maca de isolamento envolta em plástico, ele foi transferido para uma enfermaria de biocontenção previamente montada para lidar com pacientes de Ebola no Providence Regional Medical Center em Everett, Washington. Esse homem havia se tornado — para usar um termo que não deveria implicar que ele tinha qualquer responsabilidade pessoal por sua situação — nosso primeiro caso conhecido e confirmado por teste, nosso “Paciente Zero”.<sup>40</sup>

Seu estado se agravou e ele desenvolveu pneumonia. Enquanto estava no hospital, foi cuidado por uma equipe que usava equipamentos de proteção, incluindo protetores faciais, e um robô foi utilizado para aferir seus sinais vitais. O paciente se comunicava com os médicos e enfermeiros por meio de um link de vídeo para que, assim, mantivessem distância e evitassem contrair uma doença que poderia matá-los, como

aconteceu com Wenliang Li e muitos profissionais de saúde em Wuhan. Esse atendimento médico impessoal e isolado profetizou o método que muitos outros pacientes hospitalizados receberiam mais tarde. Em 30 de janeiro, o Paciente Zero estava muito melhor e teve alta logo em seguida. Em 21 de fevereiro, não foi mais considerado infeccioso, sendo autorizado a deixar o isolamento doméstico.

O rastreamento de contato — a investigação realizada pelo sistema de saúde pública, em que retrocedemos a partir de um caso conhecido para identificar com quem o paciente teve contato — revelou que pelo menos sessenta pessoas haviam sido expostas ao Paciente Zero. Por incrível que pareça, nenhuma delas ficou doente. Análises genéticas posteriores confirmaram que, muito provavelmente, esse paciente não era o responsável pela epidemia que se instalou em Seattle. A existência desses becos sem saída na transmissão viral é outra característica importante, e confusa, desta pandemia. Essas análises, discutidas com mais detalhes a seguir, sugerem que alguma outra pessoa desconhecida, possivelmente um cidadão norte-americano relacionado à China, chegou da província de Hubei por volta de 13 de fevereiro e disseminou o surto no estado de Washington com uma variante diferente do vírus.<sup>41</sup>

Foi essa variante posterior que atingiu o Life Care Center, uma casa de repouso em uma cidade vizinha, Kirkland. O grande número de idosos intrinsecamente vulneráveis proporcionou um terreno fértil para a propagação do vírus, acarretando um agrupamento localizado de casos que logo chamou a atenção. Em fevereiro, os paramédicos notaram um aumento considerável de suas visitas de emergência a essa instalação — houve sete visitas em janeiro, mas cerca de trinta em fevereiro. Os socorristas também estavam adoecendo. O corpo de bombeiros declarou o Life Care uma “zona quente” e exigiu que os atendentes de ambulância usassem equipamento de proteção completo para entrar no local. A equipe do Life Care às vezes era solicitada a levar os pacientes, usando máscaras, e deixá-los na calçada para serem resgatados pelos paramédicos. Somente em 28 de fevereiro, quando os resultados dos testes deram positivo, ficou claro que as mortes haviam sido causadas pelo novo coronavírus. Dois dias depois, em 1º de março, um homem na casa

dos setenta anos foi o primeiro residente do Life Care a ter sua morte anunciada.<sup>42</sup> Um relatório do CDC publicado posteriormente, em 27 de março, revelou um total de 167 casos vinculados à casa de repouso: 101 residentes (mais de dois terços dos moradores do local), 50 profissionais de saúde e 16 visitantes; pelo menos 35 dessas pessoas morreram.<sup>43</sup> Em 8 de março, em Seattle, havia apenas 118 casos documentados e 18 mortes — e quase todos os óbitos eram ligados ao Life Care.

O agrupamento de idosos vulneráveis em casas de repouso forneceu uma espécie de placa de Petri para o vírus em todo o país. Logo, os pequenos necrotérios — normalmente presentes em tais instalações — mostraram-se irremediavelmente inadequados para o ritmo acelerado de mortes. Em abril, surgiram manchetes perturbadoras nos jornais: “Após Denúncia Anônima, 17 Corpos São Encontrados em uma Casa de Repouso Atingida pelo Vírus” e “Quase Todos os Dias uma Nova Morte por Coronavírus na Soldiers’ Home, em Holyoke; 67 Pessoas Morreram até Agora”. No último caso, isso significava que um terço dos residentes da instalação havia morrido.<sup>44</sup> As casas de repouso tornaram-se “casas de pestilência” involuntárias — abrigos outrora usados para vítimas da peste — do início do século XXI. Às vezes, idosos que viviam sozinhos em casa morriam de Covid-19 tão rápido que, mais tarde, os estatísticos tiveram que revisar suas estimativas de letalidade do vírus, para levar em conta essas mortes anteriormente despercebidas.

Dado que a área de Seattle abrigava o Paciente Zero, o primeiro grupo relatado de infecções e as primeiras mortes da epidemia, parecia ter sido o local onde o vírus se instalou pela primeira vez nos Estados Unidos. No entanto, estudos posteriores identificaram pacientes que adoeceram antes disso em outras partes da Costa Oeste. Nos Estados Unidos, os corpos de pessoas que morrem sem atendimento médico ou cujas mortes são consideradas suspeitas são submetidos à autópsia pelo médico legista local. Foi assim que o legista de Santa Clara, Califórnia, realizou uma autópsia em Patricia Dowd, 57 anos, que adoecera com sintomas semelhantes aos de uma gripe no final de janeiro. Ela se ausentou do trabalho e disse à família que não poderia comparecer a uma reunião nas proximidades de Stockton. Às 8h do

dia 8 de fevereiro, ela contatou um colega de trabalho, mas foi encontrada morta duas horas depois.<sup>45</sup> Inicialmente, pensou-se que sua morte fora causada por um ataque cardíaco, mas testes subsequentes revelaram a presença do SARS-2. Uma vez que o tempo desde a infecção até o óbito por Covid-19 em geral é de cerca de três semanas, o vírus provavelmente chegou à Bay Area em meados de janeiro, mais ou menos na mesma época em que o Paciente Zero chegou a Seattle. E, como a própria Dowd não visitara a China, isso significava que a transmissão comunitária já havia começado.

O primeiro caso documentado de transmissão pessoa a pessoa, excluindo Dowd — pois ela contraiu o patógeno de um desconhecido —, foi entre um casal em Illinois.<sup>46</sup> A esposa voltou de Wuhan para os Estados Unidos em 13 de janeiro de 2020 e infectou o marido. Ambos foram hospitalizados em estado grave e se recuperaram. No entanto, curiosamente, assim como o Paciente Zero, esse casal não infectou mais ninguém. Autoridades estaduais de saúde pública rastreamos 372 pessoas com as quais eles tiveram contato, incluindo 195 profissionais de saúde. O vírus acometeu esse casal e não foi adiante.

De volta a Seattle, porém, após a nova importação citada, o vírus continuou se disseminando. A Dra. Helen Chu, especialista em doenças infecciosas, ficou preocupada assim que soube do primeiro caso de Seattle, em janeiro. E ela estava em posição de agir em relação a suas preocupações. Chu integrava o Seattle Flu Study, um esforço contínuo iniciado em 2018 (apoiado pelo filantropo Bill Gates), que havia coletado swabs nasais de pessoas com sintomas respiratórios como parte de um projeto de vigilância na área de Puget Sound. A equipe percebeu que poderia testar algumas das amostras mais recentes (de janeiro e fevereiro) para determinar se e quando o coronavírus havia começado a se espalhar.

Em 25 de fevereiro, incapazes de obter permissão de funcionários estaduais e federais e cada vez mais desesperados com a propagação da doença, Chu e seus colaboradores começaram a analisar, sem a aprovação final, as amostras que recebiam. Eles descobriram que um adolescente de quinze anos sem histórico de viagens para a China (ou



para qualquer outro lugar) havia contraído SARS-2 nas semanas anteriores. Em 24 de fevereiro, ele procurou atendimento médico para uma infecção do trato respiratório superior. Embora vivesse a apenas 24 quilômetros do Paciente Zero, as variantes do vírus eram diferentes, o que significava que ele o contraiu de outra pessoa.<sup>47</sup> Quando esse diagnóstico foi feito, os profissionais de saúde locais, incluindo um médico que conheço muito bem, se apressaram para rastrear o menino. Eles o encontraram na escola naquele dia. E por que não deveria estar lá? Afinal, havia se recuperado do que parecia ser uma doença rotineira e retomou suas atividades. Assim que foi localizado, o menino foi retirado do local, e a escola foi fechada.

Ao descobrir esse caso, Chu percebeu com pavor que a doença “já estava em toda parte”.<sup>48</sup> Os pesquisadores do Seattle Flu Study passaram a testar amostras coletadas ao longo de janeiro e encontraram outros casos (mas o primeiro caso positivo foi de 21 de fevereiro). Assim como o adolescente, esses pacientes foram informados de suas infecções. Na verdade, a essa altura, a Covid-19 já havia sido responsável pela morte de duas pessoas na área de Seattle. Ambas eram mais velhas. Isso também se tornou rapidamente uma característica familiar da doença: os jovens pareciam, em grande parte, poupados de efeitos mais nefastos.

O fato de esse adolescente ter contraído Covid-19 sem sair do país era uma evidência adicional de que a transmissão comunitária já estava em curso nos Estados Unidos. Entretanto, devido à escassez de testes, o CDC inicialmente recomendou que as pessoas com problemas respiratórios fossem testadas apenas se tivessem histórico de viagens para a China ou exposição a um caso de Covid-19 conhecido, orientação que persistiria até 27 de fevereiro. Como resultado, nas seis semanas após a identificação do Paciente Zero, apenas outros 59 casos foram detectados em todo o país.<sup>49</sup> As regras que restringiam o acesso aos testes eram generalizadas, não por qualquer motivo clínico, mas simplesmente porque não havia testes em número suficiente. No início de março, minha esposa, Erika, estava gravemente doente com sintomas de gripe, mas seu teste foi negado em nosso hospital local, um importante centro médico, sob o argumento de que ela tinha “sintomas demais”.

Surpreendentemente, a incapacidade de realizar um número adequado de testes persistiu, em todos os Estados Unidos, até setembro.

Os norte-americanos colocaram vendas quando deveriam usar máscaras. A falta de testes foi um grande erro e diminuiu drasticamente a resposta às infecções iniciais. Os especialistas suspeitaram então do que todos nós sabemos agora: a doença estava de fato em toda parte. Em 25 de março, apenas o estado de Washington, em virtude de mais testes, confirmou 2.580 casos e 132 mortes. Na época, nos Estados Unidos como um todo, esses números eram de 68.673 e 1.028.<sup>50</sup>

As infecções em Seattle parecem ter semeado o surto no navio *Grand Princess*, um dos muitos exemplos de navios de cruzeiro (e, mais tarde, até mesmo um porta-aviões nuclear dos EUA, o USS *Theodore Roosevelt*) que se tornaram zonas quentes. Em muitos casos, passageiros morreram nessas embarcações. Incrivelmente, os navios não foram autorizados a atracar e foram mantidos no mar pelas autoridades enquanto a epidemia se alastrava a bordo, tirando mais vidas devido à falta de cuidados médicos e à proximidade.<sup>51</sup>

Em 11 de fevereiro, com mais de 2.400 passageiros e 1.111 tripulantes, o *Grand Princess* deixou São Francisco para um cruzeiro ao México, retornando ao porto em 21 de fevereiro. A maior parte da tripulação e 68 passageiros permaneceram a bordo e, no mesmo dia, o navio zarpou para o Havaí com 2.460 passageiros, em sua maioria diferentes dos da primeira viagem. Em 4 de março, um caso de Covid-19 foi diagnosticado em um dos passageiros que havia completado a primeira viagem, e o navio desviou o curso do Pacífico e começou a retornar ao porto. Àquela altura, como temia-se, havia um surto de Covid-19 a bordo, com dois passageiros e dezenove tripulantes testando positivo.<sup>52</sup> O navio atracou em 8 de março, e os passageiros e tripulantes foram levados em quarentena para bases militares.<sup>53</sup> Em 21 de março, 78 pessoas tinham testado positivo. O CDC divulgaria um conselho bastante amargo logo em seguida: “As pessoas devem adiar todas as viagens de cruzeiro em todo o mundo durante a pandemia de Covid-19.”<sup>54</sup>

Em 3 de fevereiro, em Yokohama, Japão, o navio *Diamond Princess* foi colocado em quarentena, e teria um papel crucial na epidemia, for-