

Números, casos e (sub)notificações: a vigilância epidemiológica e o boletim epidemiológico como tecnologias do biopoder

JONATAN SACRAMENTO

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil

jonatansacramento@gmail.com

DOI 10.11606/issn.2316-9133.v29isuplp182-193

resumo O objetivo do artigo é colocar sob escrutínio antropológico a vigilância epidemiológica e seu boletim epidemiológico, entendendo-os como tecnologias, no sentido foucaultiano. Inscritos na lógica do biopoder, tais instrumentos seriam tecnologias de gestão da vida e da morte e, no contexto epidêmico, não devem ser lidos como um amontoado de dados, mas como tecnologias discursivas produtora de sentidos sanitários, científicos, sociais e morais. Para tanto, lança-se mão das contribuições da antropologia e história da saúde, da ciência e das práticas de Estado com o objetivo de entender a vigilância epidemiológica do COVID-19 em toda sua complexidade.

palavras-chave Antropologia da saúde. Epidemia. COVID-19. Biopolítica.

Numbers, cases and (under) reporting: epidemiological surveillance and the epidemiological bulletin as technologies of biopower

abstract The objective of this article is to place epidemiological surveillance and its epidemiological bulletin under anthropological scrutiny, understand them as technologies in the Foucault's sense. Included in the logic of biopower, they must be considered as technologies for managing life and death and, in the epidemic context, should not be read as a pile of data, but rather, as discursive technologies that produce sanitary, scientific, social and moral meanings. To this end, it makes use of the contributions of anthropology and history of health, science and State practices in order to understand the epidemiological surveillance of COVID-19 in all its complexity.

Keywords Medical Anthropology. Epidemic. COVID-19. Biopolitics.

Cifras, casos y (sub)reporte: la vigilancia epidemiológica y el boletín epidemiológico como tecnologías del biopoder

resumo El objetivo del artículo es analizar antropológicamente la vigilancia y el boletín epidemiológicos, entendiéndolos como tecnologías en el sentido de remolino. Formando parte de la lógica del biopoder, esos instrumentos serían tecnologías de gestión

de la vida y la muerte y, en el contexto de la epidemia, no deberían leerse como un montón de datos, sino más bien como tecnologías discursivas que producen sentidos sanitarios, científicos, sociales y morales. Para ello, se utilizan las aportaciones de la antropología y la historia de la salud, la ciencia y las prácticas estatales para comprender la vigilancia epidemiológica del OVID-19 en toda su complejidad.

palavras clave Antropología de la salud. Epidemia. COVID-19. Biopolítica

(à memória de Cláudio do Amaral Júnior, 1934-2019)

Diariamente¹ somos bombardeados pelas cifras da atual epidemia de COVID-19. Nos telejornais, portais de notícias e redes sociais é comum vermos a atualização dos números de casos, números de mortos e rankings comparativos dos países – como se comparações fossem simples e pudessem ser feitas sem nenhuma mediação ou de forma arbitrária. Expressões como “achatar a curva”, “subnotificação”, “taxa de mortalidade”, entre outras, fazem agora parte de um vocabulário comum ao menos de uma parte da sociedade brasileira e quiçá mundial (MONTGOMERY; ENGELMAN, 2020). Nessa nova gramática, anseia-se pela busca desses números, como se estivéssemos em uma loteria sanitária e precisássemos, diariamente, ser atualizados sobre essas cifras.

Mas dados não falam por si (CAMARGO; COELI, 2020). E mesmo em uma situação de emergência sanitária, mergulhados em uma retórica de “excepcionalidade” (AZEVEDO; SANJURJO; NADAI, 2020;) que nos leva, muitas vezes, a nos cobrirmos em nossas próprias nuvens (DASTON, 2020), os dados precisam ser analisados e questionados sobre quem os coletou, como foram coletados e para que fins.

Partindo de um olhar que mescla a antropologia da saúde, da ciência e das práticas de Estado, esse artigo pretende pensar os números da epidemia de COVID-19 tomando-os enquanto tal: como uma tecnologia de biopoder, no sentido foucaultiano. Nessa lógica, se a biopolítica é essa (não tão) nova forma de gestão da vida, originada a partir do século XVII, pautada em uma anátomo-política do corpo e em processos especificantes (de tornar espécie) de gestão da vida (FOUCAULT, 1999; 2008), os números de uma epidemia devem ser lidos e entendidos como tal, a partir de sua forma positiva, ou seja, de instrumento de criação e gestão de formas de governo e processos de vida e morte. Nesse sentido, tais números também devem ser pensados como tecnologias de poder que produzem não apenas sentidos sobre a experiência da doença, como também, enquanto sujeitos ativos de um par binário (mas de uma relação que comporta inúmeros outros sujeitos) que é Estado e epidemia. Ou seja, em uma lógica de duplo fazer (VIANNA; LOWENKRON, 2018), Estados e epidemia se coproduzem (JASANOFF, 2004) em dinâmicas recíprocas onde processos de Estado produzem os inúmeros sentidos da doença e do fenômeno epidêmico, assim como esses

¹ Este texto foi escrito em julho de 2020. A pesquisa foi possível por meio do financiamento concedido pela Fundação de Amparo à pesquisa do Estado de São Paulo (Processos FAPESP 2015/21537-8 e 2016/19402-0)

últimos produzem processos de Estado. Dessa forma, nada melhor do que lançar mão da estratégia analítica antropológica e compreender essa tecnologia por ela mesma e no interior dos campos discursivos que a produzem.

A vigilância epidemiológica enquanto tecnologia biopolítica

Tal como se conhece hoje a vigilância epidemiológica foi criada ainda na década de 1990, na lei que instituiu o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990). Como parte integrante do SUS seu objetivo não é apenas conhecer, detectar e prevenir mudanças nos determinantes e condicionantes de saúde no nível individual e coletivo, com vistas a preveni-los e controlá-los, como também, atuar de forma integrada com outras ações de promoção e assistência em saúde.

Nesse sentido, menos que uma contagem de casos, a vigilância epidemiológica tem como objetivo coletar dados, analisá-los e traçar diagnósticos sanitários sobre as várias doenças que acometem um país. É um instrumento de gestão da vida e da morte, no sentido biopolítico do termo, e é realizada nos três níveis do sistema de saúde: municipal/distrital, estadual e federal. Seu principal instrumento de materialização pública é o Boletim Epidemiológico, publicado desde o final da década de 1960.

Criado em 1967, como Boletim da Campanha de Erradicação da Varíola, o boletim nasceu como instrumento de análise e divulgação de dados sobre as ações de erradicação da varíola no âmbito da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) (GAZETA, 2006; HOCHMAN, 2011; SACRAMENTO, 2018; 2019). Primeira doença erradicada no mundo, a varíola foi erradicada no Brasil em 1972. Das ações implementadas no país em decorrência dos trabalhos de erradicação, a vigilância epidemiológica, essencial para o sucesso da empreitada, foi uma das mais notáveis – junto com a implementação do Programa Nacional de Imunização (PNI), em 1975.

No Boletim convencionou-se dividir o ano em semanas epidemiológicas, de forma a melhor entender a distribuição espacial e temporal da doença. O periódico também trazia uma descrição sobre os sintomas da doença, facilmente confundida com a varicela (catapora), os números das doenças nos estados brasileiros e uma análise da situação epidemiológica no Brasil e nos demais países onde a doença ainda não havia sido erradicada. Ou seja, coleta, quantificação e análise dos dados.

Já naquela época os dados mudavam de um boletim para outro. Ou seja, havia margem para a alteração do número de casos registrados em determinada semana epidemiológica, que poderia ser corrigido nas semanas seguintes, já que o diagnóstico da doença era feito via exame laboratorial. Assim, além do tempo do trâmite entre as esferas de poder, vigilância epidemiológica municipal que notificava para a estadual que, por sua vez, notificava para o Ministério da Saúde/CEV, havia o tempo de espera da resposta do diagnóstico laboratorial.

Aqui é importante ressaltar uma informação presente já naqueles boletins e que, ainda hoje, é motivo para certa confusão no âmbito da prática de notificação de doenças. Há

uma distinção entre o número de casos notificados e aqueles diagnosticados/confirmados. Para uma doença de notificação compulsória como era a varíola, ou como é hoje o COVID-19, todo caso atendido pelo serviço de saúde local, que se enquadrava no diagnóstico clínico a partir dos sintomas, era reportado para a vigilância epidemiológica como caso suspeito. Desses, algum tipo de material biológico era coletado (sangue, urina, mucosa ou, no caso da varíola, da pústula de pus que então se formava) e essa amostra era encaminhada para um dos laboratórios centrais do estado para a realização do teste e, após a confirmação do resultado, o caso passava a constar como caso confirmado nas estatísticas oficiais da doença.

Ainda que com esse hiato temporal, as ações de vigilância epidemiológica da varíola sabiam minimamente como agir diante dos casos suspeitos e confirmados, já que os profissionais da CEV, médicos, enfermeiras, educadoras sanitárias e vacinadores, traziam consigo não apenas os conhecimentos teórico-práticos da atuação, mas também, toda uma expertise técnica advinda das experiências anteriores e dos processos formativos no âmbito do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), da (não tão exitosa) Campanha de Erradicação da Malária (CAM), das ações de saneamento dos sertões e das ações sanitárias (de campo e de formação de quadros) patrocinadas pela Fundação Rockefeller no Brasil (HOCHMAN, 1998; PALMER, 2015; CUETO; PALMER, 2016; SACRAMENTO, 2018).

Em 1974, com a erradicação da varíola e o fim da campanha, o Boletim foi reformulado e passou-se a chamar Boletim Epidemiológico. Em 1975, com a implementação do PNI, foi implementado também um sistema de comunicação de doenças de notificação obrigatória. Operando de forma similar ao da varíola, a vigilância epidemiológica dessas doenças (hoje em torno de 50 diferentes) acontece também a nível local, repassado para o nível estadual e, posteriormente, para o Ministério da Saúde².

Mesmo com essa demora as atividades de vigilância epidemiológica foram capazes de estruturar dois programas de eliminação de doenças: o da poliomielite, ainda na década de 1970, e o do sarampo, posteriormente, ambos atuando com a estratégia de campanhas de vacinação e logrando alcançar êxito na década de 1990. Mesmo na década de 2010, quando o Brasil voltou a ter surtos de sarampo, a vigilância epidemiológica se mostrava capaz de monitorar os casos e traçar estratégias de atuação (SESSP, 2010), como as campanhas de vacinação e a busca ativa de casos – que nem sempre se mostra exitosa e enfrenta obstáculos como as posturas anti-vacinais e, principalmente, a subnotificação das vacinas administradas nos sistemas de vigilância do Ministério da Saúde³.

Nesse sentido, é necessário ter em mente as mudanças pelas quais a vigilância epidemiológica passou desde sua criação. Se nos detemos aqui no momento de sua

² Em alguns casos essa temporalidade muda, como nas doenças, agravos e eventos de saúde relacionadas ao Zika vírus que são de notificação imediata (até 24 horas) para as secretarias municipais, estaduais e o Ministério da Saúde, caso ocorram em gestantes ou resultem em óbito. Por sua vez, acidentes de trabalho são de notificação semanal. Para a lista atualizada dessas doenças e agravos conferir: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html

³ <http://www.conass.org.br/consensus/queda-da-imunizacao-brasil/>

institucionalização, com a introdução de novas doenças e dos chamados “eventos e agravos de saúde”, como acidentes trabalhistas ou situações de violência doméstica e/ou sexual na lógica da vigilância em saúde, outros atores não humanos também passam a conformar essa rede sociotécnica, em seu sentido latouriano (LATOURET, 1994), como novos formulários, documentos e programas de computador. Na lógica da coprodução é um fenômeno de constituição recíproca: o advento de novas doenças ou a inserção de novas doenças/eventos/agravos demanda a modificação dessa infraestrutura burocrático-sanitária, como no caso da epidemia de Zika vírus e da microcefalia a ela associada, ao passo que a modificação dessas estruturas acaba por criar ou redefinir prioridades em saúde pública – como a própria “reinvenção” da varíola enquanto problema de sanitário para fins de erradicação (SACRAMENTO, 2018; 2019). Assim como a dinâmica de produção do próprio conhecimento científico biomédico e/ou os processos de classificação e nomeação de doenças e eventos sanitários e, ainda, outros atores que conformam a experiência epidêmica.

Assim, é interessante notar como as cifras da epidemia de COVID-19 vem sendo tratadas por diferentes setores da sociedade. As diversas mídias estampam nas primeiras páginas de seus jornais e portais de notícias o aumento diário do número de casos e de mortes. Nos telejornais e outros programas informativos, tais números aparecem como pauta principal, as vezes acompanhados de música de abertura ao fundo. Uma parte da sociedade, em vistas das cifras divulgadas, apoia a adoção de medidas mais drásticas como o chamado *lockdown* (GIELOW, 2020). Alguns cientistas, envolvidos direta ou indiretamente na proposição de respostas a epidemia, bradam a subnotificação como principal problema para resolução da epidemia, ao mesmo tempo em que cobram maior transparência dos dados por parte do Ministério da Saúde. Já o Ministério, aposta na estratégia do “Placar da vida”, divulgando também o número de “recuperados”, estratégia até então incomum na vigilância de epidemias e surtos. No meio disso tudo, o presidente da República ignora todos os dados – oficiais ou subestimados.

O fenômeno da subnotificação das doenças comporta inúmeras facetas. Por um lado, há uma “história natural da doença”, o comportamento epidemiológico de uma determinada enfermidade que, a depender de suas características fisiológicas, permite uma maior ou menor verificação por parte da biopolítica da vigilância. Por outro, a própria configuração do sistema de saúde e das relações de trabalho que nele se dão, que permite maior ou menor possibilidade do profissional de saúde atender o paciente e, ao mesmo tempo, preencher os dados de notificação da doença – ainda que tal prática seja obrigatória. Por outro lado, ainda, deve se levar em consideração a própria “cultura do cuidado” dos usuários dos serviços de saúde que, por razões diversas, inclusive de desigualdade de acesso ou possibilidade de outros meios profiláticos, biomédicos ou não, deixam de procurar o serviço de saúde em caso de determinadas enfermidades.

Nesse sentido, sanitaristas e epidemiologistas, por sua vez, cientes da subnotificação histórica em toda epidemia e surto de doença infecciosa, e cientes das estratégias da própria vigilância epidemiológica para lidar com essa subnotificação (BRASIL, 2019), aventam

estratégias para o melhor manejo dos dados em um cenário epidêmico, como os dados de mortes ou dos leitos disponíveis da rede de saúde, além de traçar panoramas epidêmicos mais condizentes com a realidade brasileira⁴.

Formados em uma tradição disciplinar que remonta aos anos 1960 e 1970, ao contexto das campanhas de erradicação da varíola, das ações de eliminação da poliomielite, da conformação da própria vigilância epidemiológica e da institucionalização da epidemiologia enquanto disciplina universitária nos cursos de formação médica (TORRES; CZERESNIA, 2003; SACRAMENTO, 2018), essa tradição insere-se em outra maior, datada da primeira metade do século XX.

Na década de 1910 a Fundação Rockefeller assinou um convênio com o governo brasileiro para o desenvolvimento de ações de combate à febre amarela. Além da implementação das ações de combate ao mosquito vetor da doença e do desenvolvido de uma tecnologia vacinal (LÖWY, 2006), a Fundação também investiu na criação de instituições de pesquisa e formação de quadros na área da saúde pública, como os sanitaristas e as enfermeiras, e o Instituto de Hygiene (atual Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo) e a Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (MOREIRA, 1999; SACRAMENTO, 2018).

Em 1942, esse investimento na formação dos quadros da saúde pública deu forma ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), principal responsável pela elaboração e implementação das ações de controle de doenças, surtos e epidemias. Com o apoio também da Fundação Rockefeller, o SESP foi responsável pela formação de inúmeros profissionais de saúde pública e teve papel central na formação dos quadros dos sanitaristas e epidemiologias que atuaram na Campanha de Erradicação da Varíola.

Signatários dessa tradição, a epidemiologia e o sanitarismo brasileiro, ao menos em sua versão mais “clássica”, ainda vê refletido alguns pressupostos teóricos e analíticos nas tecnologias de vigilância epidemiológica, tais como as empregadas pelo Ministério da Saúde no combate de epidemias e surtos de doenças. Nesse sentido, talvez valha a pena se debruçar mais detidamente sobre a atual vigilância epidemiológica brasileira e seu papel, enquanto tecnologia do biopoder, no manejo da atual epidemia de COVID-19.

Etnografando o Boletim Epidemiológico e a vigilância epidemiológica da COVID-19

Desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a epidemia de COVID-19 como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (PHEIC, em sua sigla em inglês), e desde que confirmou seu caráter pandêmico, ou seja, a ocorrência em mais de três continentes de forma simultânea, a organização vem emitindo diretrizes sobre como os

⁴ A esse respeito ver o colóquio “Métodos epidemiológicos e estatísticos para definir cenários da progressão”, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), realizado em 14 de abril de 2020 e disponível online.

países membros devem se comportar no manejo da vigilância epidemiológica, além de orientações de forma a guia-los na condução da epidemia.

Nesse sentido, o Brasil adotou a recomendação da OMS para países com transmissão sustentada, situação onde já não é mais possível identificar a origem dos casos, de testar apenas os casos graves de insuficiência respiratória que chegam às instituições de saúde e os profissionais de saúde; e as chamadas “comunidades específicas”, como grupo de escolares, pessoas com restrição de liberdade e abrigados, apenas quando em caso de suspeita de casos nesses locais. Se o que se sabe sobre a história natural da doença afirma que 80% dos casos de COVID-19 são assintomáticos e, dos 20% que apresentam sintomas, a orientação do Ministério da Saúde, seguindo novamente as recomendações da OMS, é a de procurar atendimento médico apenas em casos de insuficiência respiratória, de antemão os técnicos e profissionais de saúde já trabalham com a ideia de uma subnotificação existente.

Os dados notificados pela vigilância epidemiológica do novo coronavírus seguem um fluxo de comunicação direta com o Ministério da Saúde, por se tratar de doença de notificação compulsória de notificação imediata, ou seja, dentro das primeiras 24 horas da descoberta do caso. Os casos são notificados no e-SUS Vigilância Epidemiológica, onde são registrados os casos mais leves da doença, e no Sistema de Informações da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), onde se registram os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, incluindo os pacientes que precisam de internação hospitalar e aqueles que vieram à óbito. Ambas são as plataformas digitais do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Os casos registrados nessas plataformas são classificados como prováveis (caso com diagnóstico laboratorial inconclusivo), suspeitos (casos com sintomas clínicos, mas sem testagem realizada) e confirmados (casos em que há o diagnóstico laboratorial positivo). Junto com os casos constam também informações sociodemográficas como idade, sexo, cor da pele e de local de moradia, com vistas a facilitar o trabalho de vigilância e busca ativa dos casos.

Por existir uma notificação em nível municipal e estadual, ainda que proporcione um certo atraso no acesso dos dados por parte do Ministério da Saúde (Queiroz, 2020), isso pode possibilitar a atuação de estratégias de vigilância epidemiológica à nível local, inclusive orientando ação de saúde pública de contenção e mitigação de surtos. No entanto, é importante ressaltar que o trabalho de notificação desses casos é de responsabilidade dos profissionais de saúde que trabalham no cuidado cotidiano dos pacientes, seja na atenção básica ou na média e de alta complexidade, o que acaba por gerar atrasos na notificação de casos novos ou mesmo subnotificação - não é de hoje a diminuição das equipes de saúde e isso reflete, entre outras coisas, no atraso dos processos de notificação de doenças ou práticas de imunização⁵.

Foi também quando a OMS declarou a epidemia do novo coronavírus como emergência de saúde pública internacional que a Secretaria de Vigilância em Saúde começou

⁵ <http://www.conass.org.br/consensus/queda-da-imunizacao-brasil/>

a publicar boletins informativos sobre a situação da epidemia no mundo. Até o começo do mês de março, quando da confirmação do primeiro caso de COVID-19 no Brasil, os informativos apenas traziam os números referentes aos casos comunicados como suspeitos. A partir da confirmação laboratorial do primeiro, os boletins passaram a informar apenas o número de casos novos confirmados e a totalidade desses.

A partir de fins do mês de abril a publicação começou a se chamar Boletim Epidemiológico Especial do COVID-19 e passou a contar também com as análises da situação epidemiológica no país e não apenas com a informação do número de casos. Em um desses documentos, a Secretaria de Vigilância em Saúde esclarecia sobre duas coisas: a necessidade de se reafirmar as medidas de isolamento social, lavagem das mãos e etiqueta respiratória, face a inexistência de medidas farmacológicas mais eficazes, como uma vacina, e uma ponderação acerca da aclamada (por alguns) testagem em massa, diferenciando as tarefas de vigilância epidemiológica e inquérito epidemiológico, esse último usando de larga testagem, molecular ou sorológica, a fim de conhecer a realidade da epidemia após um período de circulação do vírus em uma determinada população (BEE COVID-19 n^o14)⁶.

Nos dois boletins imediatamente seguintes (BEE COVID-19 n^o 15 e 16) o foco recaía sobre a notificação dos óbitos e sua subnotificação. Sob orientação do Ministério da Saúde, os serviços de saúde têm a obrigação de notificar à vigilância epidemiológica além de todo caso de síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave hospitalizado, todo óbito por SRAG, independente da hospitalização, desde que atenda a definição de caso⁷.

Tais óbitos, com diagnóstico positivo, são registrados também em um outro sistema, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). É na comparação entre os óbitos registrados na SIVEP-Gripe e SIM que seria possível corrigir possíveis duplicações de casos de morte e/ou a subnotificação no caso de diagnósticos positivos. Mas a subnotificação ainda acontece, como bem mostra Azevedo, Sanjurjo e Nadai (2020), provavelmente pela falta de testes e pelo elevado aumento do número de mortes em decorrência da epidemia. E isso também tem seus efeitos biopolíticos.

No entanto, menos do que colocar em xeque a eficácia da vigilância epidemiológica enquanto tecnologia de biopoder, a subnotificação se traduz em outros desafios para a própria organização do sistema de saúde ao revelar as dinâmicas das relações cotidianas do funcionamento dos serviços de saúde e de seus profissionais e, ao mesmo tempo, complexificar a eficácia dessa tecnologia. Nesse sentido, resta-nos pensar o propósito dessa tecnologia de biopoder e quais os (diversos) usos no contexto epidêmico.

⁶ Para melhor distinção entre a pesquisa/inquérito epidemiológica e a investigação epidemiológica verificar o Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2019).

⁷ Caso de síndrome gripal vem sendo entendido pelo Ministério da Saúde como quadro respiratório agudo, com febre ou sensação febril. Já o caso de síndrome respiratória aguda grave é entendida como uma síndrome gripal acrescida de dificuldade respiratória (BEE COVID-19 n^o 16).

Subnotificações e biopoder

Desirée Azevedo, Lílíana Sanjurjo e Larissa Nadai (2020) demonstraram a ligação entre a subnotificação dos casos de COVID-19 e a imposição de uma prática política voltada à contaminação e ao descarte de alguns corpos - notadamente aqueles atravessados por determinados marcadores sociais da diferença que, na conformação dos determinantes sociais em saúde (BARATA, 2012) e na distribuição geopolítica dos insumos sanitários, se veem alijados do acesso aos testes diagnósticos. Assim, mostram como um caso confirmado é resultado de um processo de inscrição do corpo em critérios de classificação, diretrizes de atendimento, protocolos de tratamento, entre outras práticas biopolíticas. Mas é também, como dito anteriormente, mesmo quando não testado, permeado por essas tecnologias biopolíticas, tal como a vigilância epidemiológica.

Para as autoras, essa temporalidade entre a notificação dos casos suspeitos e da confirmação diagnóstica seria um impeditivo para a conformação de alguns processos e cuidados póstumos e representaria a outra ponta de uma relação, em que em seu oposto estaria o colapso do sistema hospitalar. Nesse sentido, a subnotificação geraria um estado de excepcionalidade que "permitiria" a adoção de medidas que apressariam os fluxos burocráticos e culminariam no descarte dos corpos.

No exercício proposto aqui, o de compreender a biopolítica da vigilância epidemiológica a partir de suas próprias práticas (e dos atores humanos e não humanos que as conformam), se faz necessário pontuar um outro processo que teve lugar no interior da epidemiologia (mas não apenas) também na segunda metade do século XX: o processo de standardização e randomização da disciplina.

As modelagens e outros instrumentais matemáticos nem sempre foram ferramentas utilizadas para compreender as epidemias (MONTGOMERY; ENGELMAN, 2020), mas passaram a compor o léxico da compreensão desses fenômenos a partir do advento da Medicina Baseada em Evidências, tendência no interior do campo médico que preconiza os estudos randomizados como ferramentas de compreensão dos processos de saúde e doença (FULLER, 2020). No entanto, tais estudos, quando aplicados a uma fenômeno totalmente localizado (no sentido de Donna Haraway e seus saberes (1995)), como uma epidemia, desconsidera as especificidades locais, como sua conformação social, seu comportamento epidemiológico naquele local e os recursos e instituições humanas e sanitárias disponíveis, tomando-a como um processo universal.

Nesse sentido, na lógica da epidemiologia, os dados, menos do que uma realidade objetiva que necessita apenas ser quantificada, devem ser entendidos enquanto construções produzidas através de exercícios de tradução e domesticação dos fenômenos ditos "naturais", as doenças, mas também através de testagens e projeções matemáticas e computacionais, em uma linguagem estatística (e epidemiológica), e que servem aos propósitos daqueles que os produzem – quantificar uma epidemia, qualificar a relação saúde-doença, produzir (ou não) diagnósticos, mortos, recuperados, etc. Por isso, e ainda enquanto saberes localizados, eles

dão inúmeros sentidos às experiências epidêmicas e podem, através de seus usos, serem instrumentalizados por diferentes atores e seus diferentes discursos.

Daí que a ideia de massificação de testes, ao menos como visto e defendido por alguns, pode eclipsar as particularidades da epidemia, relativizar suas perdas e não necessariamente se apresentar como uma solução para o problema sanitário. Como bem colocam alguns epidemiologistas, no Brasil, existem várias epidemias (cf. nota 3).

Dizer isso não é negar a existência de “zonas de sombra” promovidas pela subtestagem ou subnotificação dos casos, mas antes, apostar nas ações de vigilância sanitária como tendo um potencial de promoção de equidade em saúde em tempos de epidemia – como na lógica da salvaguarda e não esgotamento do sistema de saúde (Rede CoVida, 2020).

Nesse sentido, talvez, não seja a subnotificação a causadora das excepcionalidades que justificam o descarte dos corpos na biopolítica da epidemia brasileira. Mas antes, a própria ideia de excepcionalidade que constrói a possibilidade de se legitimar coisas que, em tempos ditos “normais”, já existiam e que, talvez, não fossem tão legítimas. A subnotificação, nessa biopolítica, seria apenas um argumento a mais, manejado pelos vários atores que compõem esse fenômeno, para justificar suas ações.

Relembrando a antropóloga Débora Diniz (2018, p.168), em discurso no Supremo Tribunal Federal em 2018, em consonância com os epidemiologistas Kenneth Camargo Jr. e Claudia Medina Coeli (2020): os dados não estão dados e nem falam por si.

Referências Bibliográficas

- AZEVEDO, Desirée; SANJURJO, Liliana; NADAI, Larissa. (2020). “Subnotificação e medidas excepcionais no manejo e fluxo de corpos: a COVID-19 no Brasil”. Boletim extraordinário do CAAF-Unifesp de enfrentamento da Covid-19, n. 4: p.04-09.
- BARATA, Rita Barradas. (2012). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BRASIL. (1990). *Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília: Presidência da República/Subchefia de Assuntos Jurídicos.
- BRASIL. (2019). *Guia de Vigilância em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. (2019).
- CAMARGO JR., Kenneth Rochel; COELI, Claudia Medina. (2020). “A difícil tarefa de informar em meio a uma pandemia”. *Physis*, v. 30, n.2, p.1-5.
- CUETO, Marcos; PALMER, Steven. (2016). *Medicina e saúde pública na América Latina: uma história*. Tradução de Sérgio Lamarão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- DASTON, Lorraine. (2020). Covid-19 ou le degré zéro de l’empirisme. *AOC [Analyse Opinion Critique]*.

- DINIZ, Débora. (2018). *Transcrição da audiência pública sobre a ADFP 422 – Interrupção voluntária da gravidez*. Brasília: Superior Tribunal Federal. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/audienciasPublicas/anexo/TranscrioInterrupovolu_ntriadagravidez.pdf. Acesso em 16/08/2020.
- FOUCAULT, Michel. (2008). *Segurança, território e população: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.
- FOUCAULT, Michel. (1999). *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- GAZETA, Arlene Audi Brasil. (2006). *Uma Contribuição à História do Combate à Varíola no Brasil: do Controle à Erradicação*. Tese de doutorado em História das Ciências e da Saúde, Casa do Oswaldo Cruz, FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
- GIELOW, Igor. (2020). “Lockdown tem apoio de 60% dos brasileiros, diz Datafolha”. *Jornal Folha de São Paulo*, 26 de maio de 2020, edição eletrônica. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/05/lockdown-tem-apoio-de-60-dos-brasileiros-diz-datafolha.shtml>
- HARAWAY, Donna. (1995). “Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial”. *Cadernos Pagu*, n.5, p..
- HOCHMAN, Gilberto. (1998). *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec: ANPOCS.
- HOCHMAN, Gilberto. (2011). “Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil”. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, n.2: p.375-386.
- JASANOFF, Sheila. (2004). *States of Knowledge*. The co-production of science and social order. Londres: Routledge.
- LATOUR, Bruno. (1994). *Jamais fomos modernos: ensaios de antropologia simétrica*. Tradução Carlos Irineu da Costa. Rio de Janeiro: Editora 34.
- LÖWY, Ilana. (2006). *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Tradução de Irene Ernest Dias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- MONTGOMEY, Catherine; ENGELMAN, Lukas. (2020). “Epidemiological Publics? On the Domestication of Modelling in the era of COVID-19”. *Somatosphere*.
- MOREIRA, Martha Cristina Nunes. (1999). “A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República”. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v.5, n.3: p.621-645.
- PALMER, Steven. (2015). *Gênese da Saúde Global: a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina*. Tradução de Annabella Blyth. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- QUEIROZ, Christina. (2020). “A dimensão da pandemia”. *Pesquisa FAPESP*, nº 292.
- REDE COVIDA. COVID-19 – Reflexões acerca das desigualdades no acesso ao diagnóstico. <https://covid19br.org/relatorios/covid-19-reflexoes-acerca-das-desigualdades-no-acesso-ao-diagnostico/> (acesso em 31 de maio).

- SACRAMENTO, Jonatan. (2018). *Saberes, poderes e corporalidades: a biopolítica da erradicação da varíola*. Dissertação de mestrado em Antropologia Social. Campinas: Unicamp.
- SACRAMENTO, Jonatan. (2019). “Crónica de un éxito consolidado: las políticas de erradicación de la viruela en Brasil (1962-1973)”. *Salud Colectiva*, V. 15, e2167.
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. (2010). “A situação epidemiológica do sarampo no Brasil”. *BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista*, v.7, n.82: p.11-14.
- TORRES, Carlos Henrique Duarte Alves. CZERESNIA, Dina. (2003). “A institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro”. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*, v.10, n.2: p.525-548.
- VIANNA, Adriana; LOWENKRON, Laura. (2017). “O duplo fazer do gênero e do Estado: interconexões, materialidades e linguagens”. *Cadernos Pagu*, n. 51, e175101.

sobre o autor

Jonatan Jackson Sacramento

Doutorando em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas. Possui graduação em Ciências Sociais e em Antropologia, e mestrado em Antropologia Social pela Universidade Estadual de Campinas - Unicamp.

Recebido em 31/05/2020

Aceito para publicação em 20/08/2020