



**BOLETIM
EXTRAORDINÁRIO
CAAF/UNIFESP DE
ENFRENTAMENTO DA
COVID-19**

**Mortos e mortes da
Covid-19: saberes,
instituições e
regulações**

V. 1, N. 4, 2020

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação

BOLETIM EXTRAORDINÁRIO CAAF/UNIFESP DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19.

n. #04 de 27 de maio de 2020



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/re
itoria/caaf

Equipe Responsável:

Colaboradoras e colaboradores convidados: Bruno Shimizu, Larissa Nadai, Lucas Pedretti, Liliana Sanjurjo, Luiz Eduardo dos Santos e Mauro Canzian.

Entrevistada: Rita Barradas Barata.

Pesquisa e Redação: Aline Feitoza, Carla Osmo, Desirée Azevedo, Edson Teles, João Pedro Silva de Albuquerque e Marília Calazans.

Arte Gráfica: João Pedro Silva de Albuquerque.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/reitoria/caaf

Sumário

Apresentação _____ 01

Opiniões

Subnotificação e medidas excepcionais no manejo e fluxo de corpos: a Covid-19 no Brasil. _____ 04

** Desirée Azevedo; Liliana Sanjurjo; Larissa Nadai*

A necropolítica da gestão da pandemia no sistema carcerário brasileiro _____ 10

** Bruno Shimizu*

Da “ditabranda” à “gripezinha”. _____ 14

** Lucas Pedretti*

O trabalho no IML de São Paulo em tempos de pandemia. _____ 16

** Mauro Canzian*

Conquistas LGBT e a pandemia do Covid-19. _____ 18

** Luiz Eduardo dos Santos*

Entrevistas

Epidemia e negacionismo em dois tempos. _____ 22

**Entrevista com Rita Barradas Barata*

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/revista/itoria/caaf

Apresentação

O Centro de Arqueologia e Antropologia Forense (CAAF/Unifesp) é uma instituição de pesquisa e formação em direitos humanos que trabalha em torno da temática das graves violações cometidas pelo Estado. A morte e os destinos dos mortos, enquanto problema de estudos, se constituem como pilares para o entendimento da violência institucional.

Diante da pandemia causada pelo novo coronavírus, cujo impacto e velocidade de contaminação atingem proporções nunca vistas em nossa história, a questão sobre como os óbitos estão sendo pensados, recebidos, regulados pelas instituições responsáveis, pelos profissionais da área forense e, de modo geral, pela sociedade torna-se um problema urgente.

A edição de Nº4 reúne artigos que discutem os números e índices da pandemia, a começar pela centralidade dos testes na determinação do destino e classificação de corpos das vítimas da covid-19. Tendo em vista a deliberada política nacional de baixa testagem, somada à postura negacionista do presidente, o cenário que se revela é da excepcionalidade como regra de gestão da crise.

Na álgebra da exceção, os números somados têm grandezas distintas. Como ocorre quando pessoas morrem de crises respiratórias ou de causas naturais. Ou como quando pessoas encarceradas naturalmente morrem, e como é natural a inassistência médica a milhares de indivíduos nas prisões, sob tutela e responsabilidade do Estado. Tudo como parte do projeto estatal de deixar morrer.

Quais narrativas são montadas a partir dos índices da pandemia ou da ausência de dados sobre ela? Ou, antes disso, como tais dados são produzidos? Quais são as etapas, instituições, regramentos e agentes que, juntos, conformam a capacidade em lidar com a emergência sanitária? - Esta edição também traz o relato de um médico legista, sobre a rotina do IML na cidade de São Paulo, e sobre a Resolução SSP-27 da Secretaria de Segurança Pública, que sugere a realização de exame cadavérico não invasivo, com o menor grau de manipulação possível nos casos confirmados ou suspeitos de contaminação.

O mês de maio iniciou-se com a decisão do STF, que decidiu ser inconstitucional a recusa de homens gays e bissexuais, assim como mulheres trans e travestis como doadoras(es) de sangue. Outro texto dessa edição explica como se beneficiam desta decisão também os pacientes internados por covid-19 que necessitam doação do plasma obtido a partir do sangue. Ponto para a vida.

A entrevista de Rita Baradas Barrata, professora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, concedida à Desirée Azevedo encerra este número do Boletim. Pesquisadora especialista em epidemias e saúde coletiva, Rita fala do terceiro surto de meningite na cidade de São Paulo, nos anos de 1970, e da importância de mecanismos de vigilância epidemiológica e de um sistema único de saúde no enfrentamento da atual crise pandêmica. Sua participação nesta edição encerra também um arco traçado entre presente e passado, e nos permite aproximar subnotificação e censura como estratégias políticas de negação e produção de mortes de corpos indesejáveis.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação

Nós, do CAAF/Unifesp, desenvolvemos em nossos projetos de pesquisa e de consultorias parcerias com os movimentos sociais, procurando a confluência entre os saberes das lutas pela vida digna com o conhecimento científico. Isso nos mantém em contato permanente com familiares de vítimas das graves violações, nos levando a considerar as formas com que a morte e os mortos se caracterizaram como um problema de direitos humanos.

O objetivo deste Boletim é o de contribuir para a rede de informações, documentos e análises relacionando ciências forenses, direitos humanos e lutas sociais.



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp

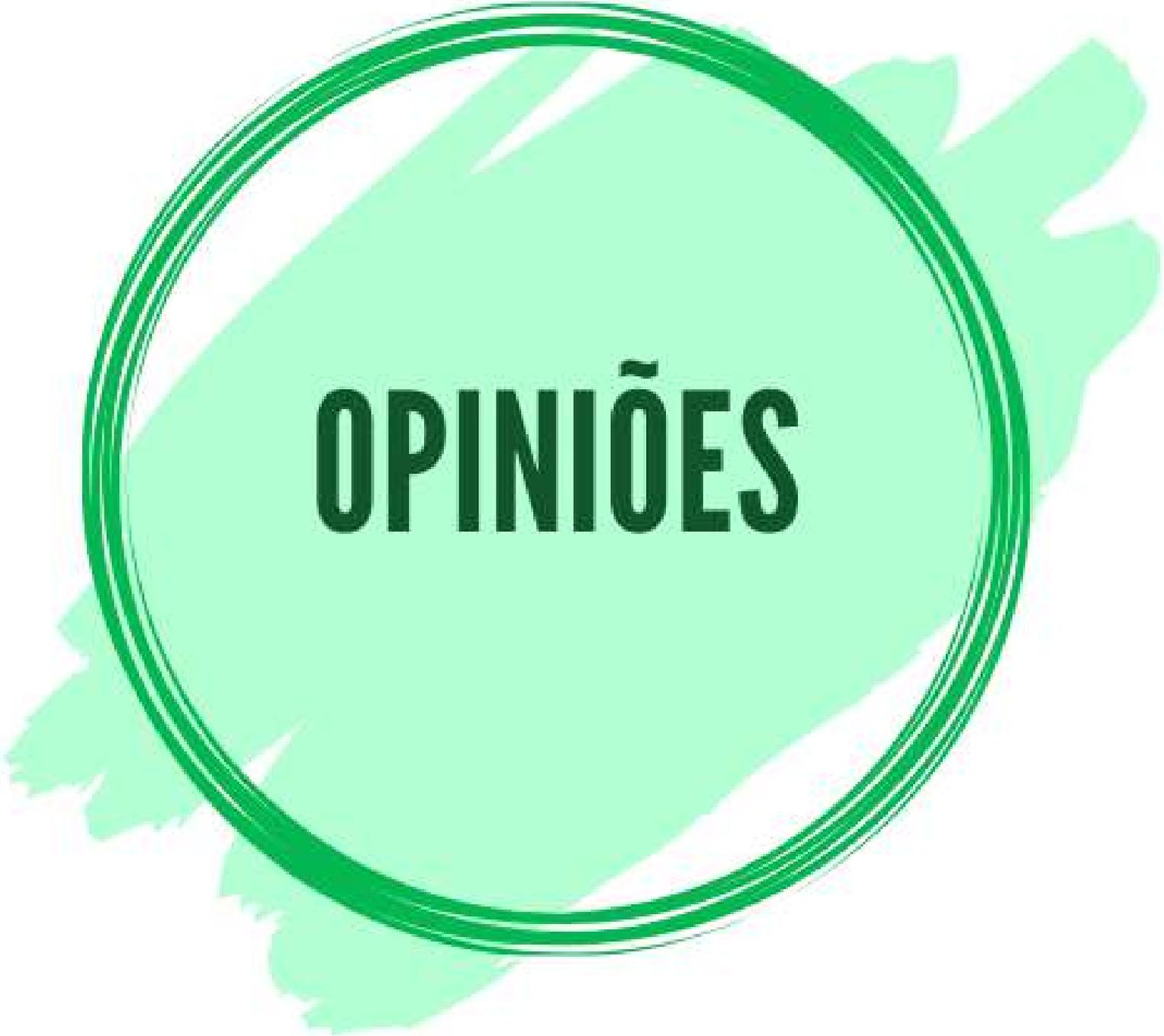


caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/retoria/caaf

São Paulo, 27 de maio de 2020.



OPINIÕES

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/retoria/caaf

Subnotificação e medidas excepcionais no manejo e fluxo de corpos: a Covid-19 no Brasil.

Desirée Azevedo

* Pesquisadora do CAAF|Unifesp

Liliana Sanjurjo

* Pesquisadora do PPCIS/UERJ

Larissa Nadai

* Pesquisadora do PPGAS/USP

Essa breve nota discute como a *emergência de importância nacional*, declarada pelo Ministério da Saúde (MS) em decorrência da pandemia de coronavírus, implica em uma gestão de corpos que produz rearranjos nas formas de classificação, manejo e notificação de corpos contaminados. Nosso objetivo é mostrar a estreita relação entre a subnotificação e a imposição de uma prática política que, antes de dirigir-se à preservação da vida, se volta à contaminação massiva e ao descarte, processos considerados não tanto inevitáveis quanto necessários. Para estabelecer tal relação, faremos um primeiro movimento de apresentação dos principais fatores envolvidos nos processos de (sub)notificação para, então, destacarmos seus efeitos sobre o manejo e fluxo de corpos, sejam eles vivos ou mortos.

Falar de subnotificação, diante de hospitais e cemitérios trabalhando no limite de sua capacidade, é apontar para a amplitude de nossas incertezas sobre a realidade da pandemia. Os monitoramentos em curso nos mostram que os números oficiais não correspondem ao que de fato ocorre, mesmo nesses cenários mais visíveis, funcionando apenas como indício de um fenômeno por conhecer.¹ O termo subnotificação se refere às várias mediações existentes na construção de relações entre corpos contaminados (vivos ou mortos) e os atos que assim os nomeiam. Um *caso confirmado* não consiste em reflexo simples e imediato da incidência do vírus sobre o corpo, mas decorre de processos e de atos de inscrição que o tomam como objeto, incluindo: os critérios para a classificação de *caso confirmado* e *caso suspeito*; as diretrizes de atendimento, diagnóstico, testagem e tratamento de corpos; as capacidades concretas de atendimento e aplicação dessas diretrizes pelos serviços de saúde e funerários; a capacidade dos laboratórios em realizar os exames e dos sistemas de notificação em processar os resultados.

Do pouco conhecimento existente sobre a doença está a diversidade de quadros clínicos, que variam de corpos assintomáticos a corpos que apresentam graus variados de sintomas mais ou menos graves. Segundo as orientações do MS, estes devem ser classificados entre dois quadros: a Síndrome Gripal (SG) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Contudo, há dificuldades práticas pelo deslizar dos sintomas por entre essas duas categorias, mas também para outras categorizações de doenças respiratórias próximas, como a pneumonia, além dos casos com comorbidades que sobrepõem novos sintomas ao desenvolvimento mais recorrente da doença. Frente a isso, o MS reconhece nos exames laboratoriais (moleculares ou imunológicos) o dispositivo de confirmação do agente biológico causador. Dessa maneira, enquanto os sintomas servem à nomeação e definição de *caso suspeito*, são os exames que separam *casos confirmados* de *casos descartados*, assim como convertem *mortes suspeitas* em *mortes confirmadas*.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/registro/caaf

Chegamos, assim, ao maior obstáculo para o conhecimento efetivo da dimensão da pandemia, já que a baixa testagem se impõe como política nacional, a despeito da importância atribuída aos exames pelos manuais e protocolos do MS.² Há um descompasso entre a decisão do governo pela “testagem amostral” – que, dada a quantidade insuficiente de testes, é realizada apenas nos mortos e em pacientes graves em atendimento – e a centralidade dos exames para as diretrizes elaboradas pelo corpo técnico do ministério e do Sistema Único de Saúde (SUS) como referências nacionais para a gestão da *emergência*.³ É a partir da inscrição dos corpos como *casos suspeitos*, *casos ou mortes confirmados* e *casos descartados* que os agentes da saúde pública e dos demais sistemas envolvidos no manejo institucional de corpos – como o cartorial, o funerário e o prisional –, operam em um contexto pautado tanto pelas noções de *risco* e *contaminação* quanto de *excepcionalidade*. Desde janeiro, a Secretaria de Vigilância em Saúde divulga seu acompanhamento da evolução da pandemia no mundo, assim como o processo de adaptação de seu Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias (existente no SUS desde 2000), à nova emergência. O que nos parece evidente é que o termo *adaptação* mobilizado pelo MS se refere às ações/decisões tomadas na interface entre as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e as capacidades internas/nacionais de resposta. Já o termo *capacidades* nos parece uma forma abreviada de se referir às múltiplas camadas de arranjos e agenciamentos sobrepostas entre, por um lado, as esferas federal, estadual e municipal de regulamentação e gestão de corpos contaminados e, por outro, os serviços de saúde, funerários e cartoriais que efetivamente irão manejá-los nos territórios. Nesse contexto, quais seriam os impactos sociais da baixa testagem?

É importante dizer que todo serviço de saúde público e privado no Brasil está obrigado a notificar todos os *casos* através dos sistemas de compartilhamento de notificações entre as esferas gestoras do SUS. Após algumas mudanças, ficou decidido que as unidades de atenção primária devem notificar os casos de SG por meio do sistema e-SUS VE, enquanto os casos de SRAG são notificados através do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe). Para além da exigência de cruzamento e checagem dos dados provenientes dessas duas plataformas, um segundo complicador na produção e administração desses registros está no período transcorrido entre a notificação da suspeição e sua confirmação ou descarte. A defasagem temporal dos dados torna-se uma importante dimensão da subnotificação, pois nos impede de comparar, com precisão, a evolução da contaminação e dos óbitos por ela causados.

Porém, se as capacidades de testagem (e, conseqüentemente, as filas) nos laboratórios e o acesso e/ou capacidade de alimentar os sistemas de notificação são bastante diversos, o tempo de espera não é equânime para todos os *casos*. Basta comparar os sistemas público e privado, as diferentes regiões do país, as capitais e os interiores, as regiões centrais e periféricas de cada município. Mais do que de filas, estamos falando de possibilidades de acesso à saúde profundamente distintas em função das desigualdades sociais e raciais, assim como de diferenças de penetração das redes de atendimento na extensão territorial, que resultam em acessos desiguais a medicamentos, equipamentos, leitos, profissionais, entre outros fatores que coincidem com a distribuição desigual das capacidades de cuidar e diagnosticar. Se os testes são aplicados conforme a restrição e escassez anteriormente apontadas, como corolário, tempo, subnotificação e desigualdade confluem em um panorama ainda mais perverso.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/registro/caaf

O fator tempo se expressa na subnotificação desigual das vidas a serem salvas, tornando a Covid-19 visível diretamente como notificação de morte, acentuadamente entre pessoas negras, pobres e periféricas.⁴ Tal visibilidade, quando alinhada à presunção do *risco de contágio* e disseminação da doença, implica em alteração nos fluxos de corpos, quando observamos a política de priorização do descarte dos mortos em detrimento da preservação dos vivos se acelerar (no tempo) e se expandir (no espaço), ganhando outro ritmo e escala. Uma das faces cruéis desse processo é a conversão de órgãos destinados a salvar vidas em responsáveis por atestar e gerir mortes, como exemplifica, ao menos no caso paulista, o uso do Samu para atender o crescente número de óbitos ocorridos em casa. São pessoas que, muitas vezes, não puderam sequer acessar a rede hospitalar.⁵ Caso não se recuperem em casa e sem nunca serem contabilizados, estes corpos terão, em suas Declarações de Óbito, a marca “suspeito para Covid” como indício da subnotificação imposta aos vivos e aos mortos, simultaneamente.

Dado que produzir notificações exige interagir com corpos contaminados, não é surpresa que tal relação esteja marcada por regulamentações elaboradas pelo MS a partir da noção de risco de contágio. Uma formulação preocupada em destacar os cuidados necessários a fim de evitar a disseminação da doença durante a manipulação de corpos vivos e mortos. Em relação aos últimos, suas regulações vão do sepultamento à produção dos suportes documentais, provocando importantes rearranjos no fluxo dos mortos.

Antes de descrever tais rearranjos, vale mencionar o papel dos documentos nos processos de institucionalização da morte. A Declaração de Óbito é o ato médico que atesta a realidade da morte e alimenta o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) para efeitos de totalização populacional e registro epidemiológico.⁶ A Declaração deve servir à produção da Certidão de Óbito, registro civil em cartório que individualiza a morte perante o Estado, garantindo direitos aos que ficam. Como a legislação impede o enterro sem esse último documento, temos outra plataforma, cuja função é cartorial. O confronto entre o SIM e essa segunda plataforma, disponível no Portal da Transparência do Registro Civil, permite observar, no descompasso, os efeitos da mudança nos fluxos de corpos contaminados. Isto porque, para corpos suspeitos de contaminação, as plataformas só se alinham quando a morte é posterior ao resultado do exame. A frequente realidade de mortes ocorridas antes desse resultado laboratorial se expressa no aumento de 1.607% de Registros de Óbito por SRAG e de 35% por causa indeterminada em relação ao mesmo período de 2019.⁷

Não é demais lembrar que estas porcentagens se referem também ao aumento de famílias que enterraram seus mortos sob suspeita, cujos sepultamentos são realizados sem a certeza pessoal da causa da morte (elemento relevante para o luto) e em conformidade aos rígidos protocolos de manejo de corpos contaminados. Baseada na falta de evidências sobre infecção através de cadáveres, a OMS orienta evitar o descarte apressado do corpo, equilibrando, caso a caso, o *risco de contágio* com os direitos das famílias aos rituais habituais de despedida diante da morte e a necessidade de conhecer a *causa mortis*.⁸ No entanto, na adaptação à nossa realidade de Institutos Médicos Legais (IML) e Serviços de Verificação de Óbito (SVO) sem salas de necrópsia que atendam às normas de biossegurança, o MS optou por dar maior relevância à observação do *risco*. Recomenda-se assim a não realização de velórios e autópsias para *casos confirmados* ou *suspeitos*. Além disso, deixou a cargo dos estabelecimentos onde a morte ocorreu a responsabilidade pela emissão da Declaração de Óbito e pelas medidas de manejo prescritas, tais como: a desinfecção, o triplo embalamento do cadáver, sua inserção em caixão lacrado e a remoção direta ao cemitério.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/registro/caaf

Como as medidas sugerem, em tempos marcados pela *excepcionalidade* da pandemia, um novo diagrama de atribuições produz novos fluxos para os mortos que, em “contexto normal”, deveriam ser removidos para o IML (casos de mortes violentas e de pessoas desconhecidas) ou para o SVO (casos em que a causa mortis não está diagnosticada, mesmo havendo acompanhamento médico). A evitação das autópsias implica que esses últimos casos, que deveriam ser autopsiados, serão manejados mediante técnicas não invasivas (com o auxílio de equipamentos especiais, quase sempre inexistentes nos IMLs e SVOs) ou mediante o questionário de autópsia verbal da OMS. Com exceção dos casos violentos, que seguem sob responsabilidade do IML, tais procedimentos devem ser realizados preferencialmente no local da morte. Essas mesmas medidas, criadas em atenção à ameaça dos corpos “suspeitos para Covid-19”, implicam no descarte rápido também dos mortos com causa desconhecida, produzindo motivo para que famílias rejeitem tal marca de suspeição, além de ser terreno fértil para especulações que manipulam os sinais do descompasso entre a realidade e a notificação.⁹ Na forma radical e mal intencionada das fake news, a subnotificação se torna para muitos uma supernotificação.

Não obstante, a subnotificação se encontra com o colapso dos hospitais e cemitérios, desdobrando-se como problema a ser concretamente enfrentado “na ponta” pelos Estados e Municípios que, como gestores de todo o conjunto de órgãos que manejam corpos vivos e mortos, são os responsáveis pelo aparelhamento e proteção dos profissionais envolvidos. Além disso, precisam lidar com desigualdades estruturais e de presença territorial ainda mais alarmantes para órgãos dedicados aos mortos do que aquelas observadas no sistema de saúde. Essas responsabilidades diretas na gestão da emergência os levaram a produzir, em suas próprias regulamentações, uma atenção ainda maior ao tema do *risco*. Sem contrariar as recomendações nacionais, suas regulações acrescentam novas camadas de adaptação formal que, por sua vez, se desdobram desigualmente nos arranjos práticos possíveis diante da sobrecarga vivida.

Isso pode ser observado, tomando o exemplo de São Paulo, na Regulamentação 32 da Secretaria Estadual de Saúde, que define que quaisquer corpos podem ser considerados de risco para contaminação e difusão do vírus. Daí a decisão por efetivamente vetar as autópsias, aplicar o questionário verbal como regra e orientar os cemitérios a tratar qualquer corpo, independente da causa de morte ou da confirmação, como portador potencial de Covid-19. Em consonância, a prefeitura de São Paulo estabeleceu um plano de contingência funerário que proíbe os velórios, permite sepultamentos expressos (inclusive em período noturno), providencia a abertura de mais de 13 mil covas, aparelha alguns cemitérios com centros de logística e frigoríficos à espera das filas para enterros, abre os serviços de remoção à iniciativa privada, mas não permite à família escolher o lugar de sepultamento.¹⁰ Mas como fica a situação de manejo, remoção e sepultamento daqueles que não têm quem os velem?

É aqui que entra a Portaria Conjunta N° 1 do MS e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) autorizando os estabelecimentos de saúde a encaminhar esses corpos diretamente ao serviço funerário sem esperar pelo Registro de Óbito, já que seus trâmites de realização são mais lentos exatamente por depender dos caminhos públicos. Concretamente, isso significa que estes corpos contornarão a etapa do IML, onde deveriam ir por serem desconhecidos/não reclamados, para serem identificados como cadáveres não identificados, procedimento decisivo para uma possível rastreabilidade futura. Se a pressa e o risco desse manejo excepcional de corpos parecem se aproximar da lógica do descarte de corpos historicamente desumanizados, os procedimentos ganham forma ainda mais radical quando pela mesma Portaria se permite a cremação como solução à urgência e à sobrecarga de sepultamentos.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/revista/caaf

Ainda que mobilizações da sociedade e de algumas instituições tenham conseguido retirar da Portaria pontos controversos, como a própria cremação, as soluções apresentadas pela versão N° 2 do documento não resolvem por completo os riscos de desaparecimentos, tal qual apontado pelos mencionados atores. Isso porque deixa nas mãos de um serviço de saúde sobrecarregado, cuja prioridade deveria ser afinal tentar *fazer viver*, a tarefa de criar uma rastreabilidade que não lhes compete e para a qual não possuem método ou técnica.¹¹ Além de deixar de lado seu histórico papel identificador, o IML também foi dispensado, em lugares como o Rio de Janeiro, do manejo dos corpos de pessoas sob custódia do Estado (população carcerária), que passam pela instituição mesmo em caso de *morte natural*. Aparecendo como causa mais comum de morte na prisão, a *morte natural* resulta da insalubridade e da atenção médica inapropriada oferecida como “normalidade” aos presos, como também não é incomum que seus corpos tomem rumos desconhecidos nos fluxos entre prisão, unidades de saúde e cemitérios. Pensar que o vírus atuará sobre tal situação desnuda a exclusão do IML da gestão da atual emergência como fator que corrobora à subnotificação e à impossibilidade de acompanhamento da pandemia nas prisões, tornando ainda mais obscuro o fluxo dos corpos presos.¹²

“E daí?” Perguntou Jair Bolsonaro por ocasião das 5 mil mortes confirmadas. Sob o impacto de mais de 23 mil vidas abreviadas até o momento, não estamos questionando os riscos da contaminação, nem os cuidados necessários diante do vírus no país em que mais profissionais de saúde faleceram em decorrência da Covid-19.¹³ De modo assertivo, questionamos as perversas correlações entre as posturas negacionistas da presidência da República e a tragédia em curso. Desde o início do processo, através de narrativas sobre o “vírus chinês”, a “gripezinha” e a “histeria midiática”, fomos apresentados às complexidades de um movimento que não se restringe a negar os fatos, mas manipula evidências, colocando-as à disposição de ideologias e disputas políticas. Mais do que negar a pandemia, o governo faz dela uma controvérsia nacional. Quando promove a intervenção no MS¹⁴, a cloroquina¹⁵ e o fim da quarentena, toma parte na economia política da contaminação. Sua política de “imunização de rebanho” é o descarte massivo dos vulneráveis ao vírus, um “mal necessário” para a “economia não parar”. Apesar de explícita no desdém presente na fala que reproduzimos, não sem profundo constrangimento, a promoção de mortes aceitáveis/necessárias e corpos descartáveis mantém o papel das desigualdades como dimensão central de disseminação da doença, combinando mecanismos que, ao mesmo tempo em que inscrevem seus efeitos na extensão da exploração capitalista e racista, buscam apagar as marcas de tal inscrição.

FONTES E MAIS INFORMAÇÕES:

¹ [Estudo aponta Circulação oculta de novo coronavírus; Coronavírus pode já ter matado entre 3.800 e 15,6 mil no Brasil; Pesquisa revela 12 vezes mais infectados que dados oficiais](#)

² Consultamos: Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus (03/04/2020); Nota técnica ANVISA N° 04/2020 (31/03/20); Manual para manejo de corpos no contexto do novo Coronavírus (23/03/20) e os boletins epidemiológicos do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública/Doença pelo Coronavírus 2019 (COE/Covid19). Disponíveis em: [Ministério da Saúde](#)

³ Conforme declaração do Ministro da Saúde no início da pandemia: [Mandetta critica orientação da OMS](#). A incongruência entre decisões políticas do governo e as recomendações do ministério é destacada pela Fiocruz em: [A gestão de risco e governança na pandemia](#)

⁴ Como mostrou Fernanda Pinheiro da Silva, sobre a cidade de São Paulo, no [Boletim do CAAF N°2](#).

⁵ [Samu: Estamos deixando de cuidar dos vivos para dar declaração de óbito](#)

⁶ A Declaração de Óbito: documento necessário e importante (Ministério da Saúde, 2009). Ela é produzida em três vias: a branca é recolhida pela secretaria municipal de saúde para informar o SIM; a amarela é entregue à família, gerando Registro de Óbito e Guia de Sepultamento; a rosa é arquivada no prontuário médico do órgão que declarou a morte. Se atestada por médico em espaço privado, na secretaria de saúde. Em localidade sem médico, no cartório.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/retoria/caaf

⁷ Cálculo a partir de dados relativos ao período entre 16/03 e 12/05 colhidos no [Portal da Transparência do Registro Civil](#).

⁸ Prevenção e controle de infecções para o gerenciamento seguro de um cadáver no contexto do COVID-19. Guia de Orientação (24/03/20).

⁹ As implicações do descarte rápido excedem os mortos por Covid-19, como pode ser observado em: [Nas salas comuns de Manaus, o luto vai além da pandemia](#)

¹⁰ As principais regulamentações no estado são: Resolução SS-32 e Orientações para o Procedimento Emissão de Declaração de Óbitos frente a Pandemia do COVID-19, da Secretaria de Saúde em 20 de Março de 2020. No Município, o Decreto Nº 59.372, de 24 de abril de 2020 e o Plano de Contingenciamento Funerário.

¹¹ [Portaria Conjunta N° 1 de 30 de março de 2020; Portaria Conjunta N° 2 de 28 de abril de 2020](#)

¹² [IML RJ corta autópsia de presos; Causa Mortis determinada: a prisão](#)

¹³ [Brasil tem 317 mil profissionais de saúde infectados pela covid-19](#)

¹⁴ [Servidor exonerado diz que há intervenção fardada](#)

¹⁵ [Decisão sobre cloroquina foi precipitada e pode trazer riscos](#)

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br

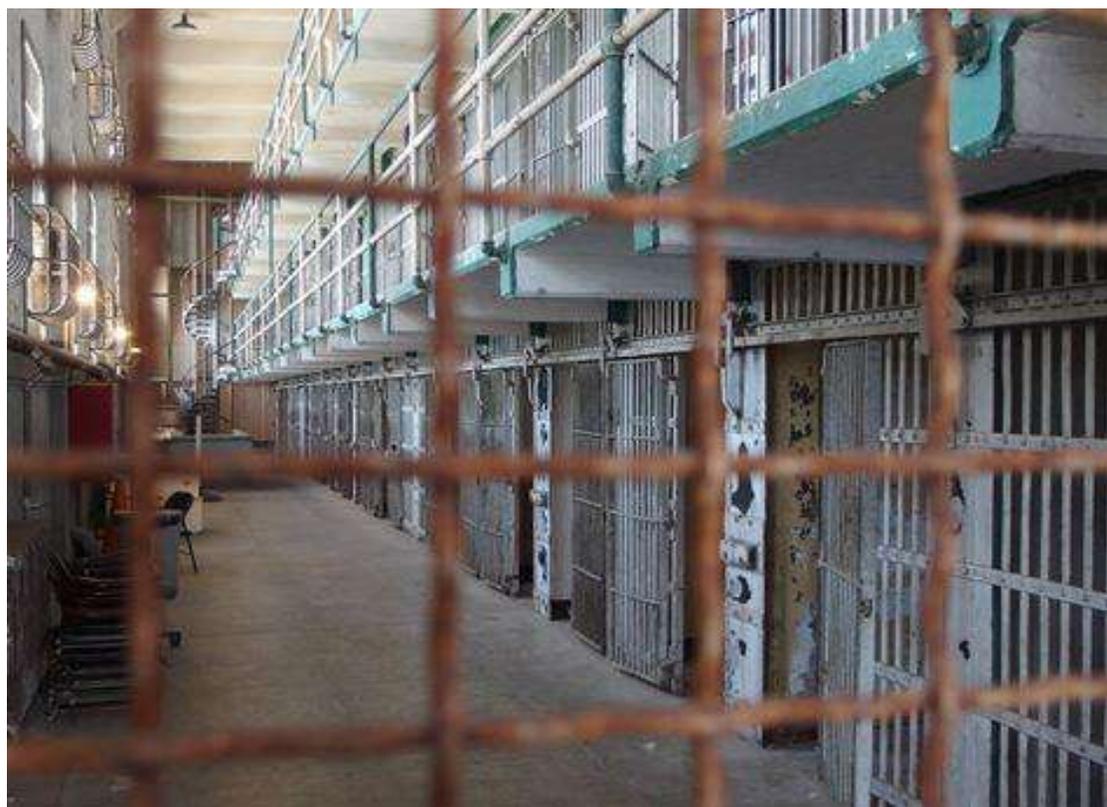


www.unifesp.br/revista/itoria/caaf

A necropolítica da gestão da pandemia no sistema carcerário brasileiro.

Bruno Shimizu

* Doutor e Mestre em Direito Penal e Criminologia pela USP. 1º Vice-Presidente do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais – IBCCRIM (2019-2020). Defensor Público do Estado de São Paulo



Em 18 de maio de 2020, data da redação deste ensaio, o Brasil registrava, de acordo com os dados oficiais do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), 33 mortes por complicações da COVID-19. Registrava, ainda, 765 presos infectados. Os dados, contudo, passam ao largo de refletirem a realidade. De acordo com o Conselho Nacional de Justiça e do Conselho Nacional do Ministério Público, apenas 0,1% da população carcerária foi testada.¹ Ou seja, não há como se ter a dimensão acerca de quantas pessoas custodiadas pelo Estado estão infectadas. Não sabemos, ainda, quantas pessoas já morreram no sistema por complicações da doença.

Em reportagem da TV Globo, apurou-se que houvera, em duas unidades prisionais do Rio de Janeiro, um aumento de quase 100% no número total de mortes no corrente ano, quando comparado à taxa do mesmo período do ano anterior. Embora a reportagem tenha apurado, nessas unidades, desde a chegada da pandemia nas prisões, a existência de 14 (catorze) mortes de presos em que havia sintomas respiratórios, apenas um caso foi submetido à testagem e diagnosticado como óbito decorrente da COVID-19, a apontar a evidente subnotificação da mortalidade pela infecção.²

O Presídio da Papuda, no Distrito Federal, foi a unidade onde fora realizado o maior número de testes. Os resultados são alarmantes. Em 08 de maio de 2020, já haviam sido detectados oficialmente 369 (trezentos e sessenta e nove) casos de contaminação por COVID-19 neste único presídio.³

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/revista/itoria/caaf

Para que se tenha uma dimensão do alastramento da doença em locais onde há uma política mais ampla de testagens, vale mencionar o exemplo norte-americano. Nos EUA, no Estado de Ohio, foi realizada testagem ampla dos presos da Penitenciária de Marion County, tendo-se constatado que mais de 1800 presos estavam infectados, o que representa 73% de toda a população daquela unidade prisional.⁴

A situação ainda mais precária das prisões brasileiras terá consequências ainda mais desastrosas. Notícia de 16 de abril de 2020 indicava, com base em dados oficiais, que, em uma semana, houve um crescimento de 1.300% de casos de detecção do COVID-19 no sistema prisional brasileiro, o que, apesar da pouca confiabilidade dos dados oficiais, aponta para um potencial de alastramento muito superior ao crescimento de infecções na população em geral.⁵

Não há qualquer surpresa no fato de que o alastramento do vírus pelo sistema penitenciário se dê em velocidade exponencialmente maior. Não é possível à população carcerária cumprir minimamente os protocolos sanitários gerais. De acordo com os relatórios de inspeção e monitoramento do Núcleo de Situação Carcerária da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, é comum que 40 pessoas vivam em uma cela projetada para 12. Ainda, conforme dados levantados pelo órgão, 70,8% das unidades prisionais do Estado se utilizam da prática do racionamento de água, 69% dos presos afirmam que não recebem sabonete sempre que necessitam, e 77,28% das unidades não possuem equipe mínima de saúde, nos termos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.⁶ Em média, mesmo em tempos normais, um preso morre a cada 19 horas em São Paulo.⁷

Em meio à pilha de cadáveres cotidiana produzida pelo sistema prisional, é bem possível que a estratégia de subnotificação adotada pelos Poderes da República seja bem sucedida. É possível que, mediante a cegueira deliberada das autoridades e o silêncio sorridente da opinião pública, o morticínio sem precedentes que está prestes a acontecer nas prisões passe quase despercebido. Os presídios no Brasil são dispositivos necropolíticos, onde a tendência natural é o extermínio. É deixar morrer. E, onde já morrem milhares, poderão morrer dezenas de milhares, sem que isso signifique muito mais para as instituições que a aposição de um zero a mais nas estatísticas. Os agentes prisionais, que vêm sendo imensamente afetados pela pandemia, também estão morrendo, o que se afigura como efeito colateral deste projeto necropolítico.⁸

A vetoração necropolítica da gestão pública no controle da pandemia nas prisões fica evidente quando verificamos as medidas adotadas pelos Poderes da República acerca do tema. A Portaria Interministerial n. 7, da lavra do Ministério da Justiça e Segurança Pública e do Ministério da Saúde, ainda sob a batuta dos então Ministros Sérgio Moro e Luiz Henrique Mandetta, veio à luz logo no início da pandemia, trazendo orientações técnicas aos gestores do sistema prisional. Uma mera leitura superficial demonstra que a portaria é totalmente alheia à realidade dos presídios brasileiros. Recomenda-se que os gestores prisionais isolem com cortinas ou marcações do chão os presos que apresentem sintomas compatíveis com a COVID-19, guardando um espaço de dois metros entre si.⁹ Ocorre que é absolutamente impossível, no sistema prisional brasileiro, evitar que os presos fiquem a menos de dois metros de distância. No mais, a portaria nada diz sobre casos assintomáticos ou testagem na inclusão e não traz nenhuma resposta acerca da forma de identificação dos sintomas, eis que dois terços das unidades prisionais não contam em equipe de saúde que permita o atendimento da população carcerária. A rigor, o atendimento à saúde nas unidades prisionais ocorre apenas mediante escolta para unidade externa de saúde, em casos emergenciais, sendo que não são raros os casos em que, seja pela ausência de escolta, seja pela ausência de atenção básica, o interno acaba morrendo por doenças facilmente tratáveis.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/revista/itoria/caaf

Mesmo fora deste período pandêmico, a pneumonia é a doença que mais mata dentro dos presídios, favorecida pela ausência de higiene, pelo fato de que os presos são constrangidos a banhar-se com água gelada mesmo nos dias mais frios do ano, pela ausência de chuveiros aquecidos, e pela ausência de atendimento médico interno, que leva ao agravamento de quadros gripais tratáveis.

Evidentemente, a portaria referida não vem sendo cumprida, por sua inexecutabilidade. A “solução” apresentada pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, por meio do DEPEN, foi a sugestão para que presos idosos e com comorbidades sejam colocados em contêineres. O DEPEN encaminhou ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária – CNPCP ofício requerendo a alteração da Resolução nº 9/2011-CNPCP, que trata de arquitetura prisional, a fim de que sejam “afastadas temporariamente as limitações das diretrizes supramencionadas”, permitindo-se a prisão de pessoas em instalações do tipo contêiner. Em reunião do dia 18 de maio de 2020, o CNPCP, atendendo a pressões da sociedade civil, afastou a possibilidade de regulamentação do aprisionamento de pessoas em recipientes de carga, mas optou por flexibilizar as normas de arquitetura prisional, permitindo à Administração Pública a criação de espaços precarizados e improvisados para a alocação de presos insertos no grupo de risco aumentado para complicações da COVID-19.

No âmbito do Poder Judiciário, muito embora tenha havido a edição de uma louvável Recomendação pelo Conselho Nacional de Justiça – a Recomendação n. 62, de 17 de março de 2020¹⁰ – orientando os juízes à revisão das prisões de pessoas que correm maior risco, como idosos, gestantes e pessoas com deficiência, bem como de pessoas presas por crimes sem violência ou grave ameaça, considerando-se a possibilidade de colocação em prisão domiciliar, verificou-se que a recomendação, dado seu caráter não vinculante, não vem sendo cumprida pelas mais diversas instâncias judiciais do país. Em artigo subscrito pelo Presidente do CNJ, Ministro Dias Toffoli, ele afirma que, embora ainda não se tenham sistematizado completamente os dados de solturas após a edição da recomendação, os dados preliminares apontam que não houve qualquer acréscimo no número de solturas, sendo que o número de alvarás expedidos corresponde exatamente “à média mensal de alvarás de soltura emitidos nacionalmente, representando menos de 5% das mais de 750 mil pessoas privadas de liberdade do país”.¹¹

O Supremo Tribunal Federal, por sua vez, por ora, esquivou-se de enfrentar a questão, assentando-se sobre o argumento de que a Recomendação do CNJ deve ser cumprida ou descumprida a critério dos juízos locais, o que, como já mencionado, não vem tendo qualquer resultado significativo. Há, atualmente, pendente de julgamento, a Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 684, que requer ao STF a emissão de comando jurisdicional determinando aos juízes a observância das medidas constantes da Recomendação n. 62 do CNJ.

A emissão de provimento que determine a redução do contingente prisional é urgente e é a única medida que pode minorar o número de mortes que já estão ocorrendo no sistema prisional. A inércia das autoridades públicas em apresentar medidas eficazes para o enfrentamento da questão não decorre apenas da precariedade e da falta de recursos, mas tem como base, sobretudo, uma postura ideológica das mais diversas esferas e instâncias do Estado no sentido de deixar a população carcerária morrer. A banalidade do morticínio nas prisões é um projeto oculto de Estado. A ausência de notificação, de identificação da causa das mortes e da divulgação precisa de dados demonstra o desejo de que a hecatombe que se afigura no sistema sequer se inscreva na memória coletiva. Como sujeitos matáveis, pretende-se que os presos e presas morram em silêncio, sem qualquer consequência aos gestores públicos e sem qualquer resguardo da lei, na esteira do projeto necropolítico que sempre marcou a forma de gestão prisional no Brasil.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/reitoria/caaf

FONTES E MAIS INFORMAÇÕES:

- ¹ [Nota Técnica Conjunta n. 1/2020 CNJ/CNMP, de 28 de abril de 2020, p. 4.](#)
- ² [Aumento de mortes em presídios pode estar relacionada ao novo coronavírus](#)
- ³ [Covid-19: Papuda é “bomba biológica de contaminação”, diz professora da UnB](#)
- ⁴ [73% of inmates at na Ohio prison test positive for coronavirus](#)
- ⁵ [Coronavírus: casos confirmados em prisões sobem de 3 para 42 em uma semana](#)
- ⁶ Dados obtidos junto ao Núcleo de Situação Carcerária da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.
- ⁷ [Um preso morre a cada 19 horas em São Paulo](#)
- ⁸ [Covid-19: policiais penais protestam por melhores condições de trabalho](#)
- ⁹ [Portaria Interministerial n. 7, de 18 de março de 2020, do Ministério da Justiça e Segurança Pública e do Ministério da Saúde](#)
- ¹⁰ [CNJ. Recomendação n. 62, de 17 de março de 2020](#)
- ¹¹ [Prisões em tempos de Covid-19 e o papel do Judiciário](#)

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/revista/caaf

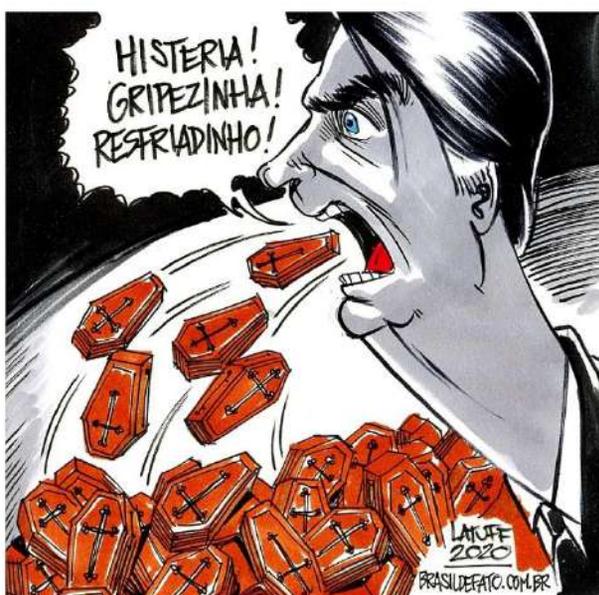
Da “ditabranda” à “gripezinha”.

Lucas Pedretti

* Historiador, doutorando em sociologia no IESP/UERJ.

“Os números não mentem”. Essa frase, tão comum de ser ouvida, carrega a ideia de que quantificações são formas objetivas - e inquestionáveis - de descrição da realidade. *Quantas* pessoas foram assassinadas na ditadura? *Quantas* mortes o covid-19 causou? Essas perguntas inauguram uma contabilidade de cadáveres que funciona, no repertório discursivo do negacionismo, como passo anterior da desqualificação desses eventos traumáticos como momentos relevantes. Foram assassinadas mais pessoas em um outro regime autoritário? Então no Brasil tivemos uma “ditabranda”. Morre mais gente de alguma outra causa? Então trata-se de uma “gripezinha”.

Mas será que os números realmente não mentem? Pensemos no caso da vala clandestina localizada e aberta em 1990 no cemitério de Perus, zona leste de São Paulo. Naquele momento teve início uma luta - que está na origem do próprio CAAF - para a identificação das ossadas. Sabe-se atualmente que a vala foi o destino de pouco mais de 1.300 corpos. Cerca de quarenta pertenciam a *desaparecidos políticos*, e dentre os outros estavam vítimas de grupos de extermínio ou do surto de meningite da década de 1970. No Brasil, as políticas de reparação aos atingidos pela ditadura se limitaram a reconhecer danos causados a militantes políticos. Assim, nos números oficiais, a Vala de Perus - com mais de mil ossadas de pessoas assassinadas por ação ou omissão do Estado - foi o destino dos corpos de “apenas” algumas dezenas de vítimas da ditadura.



A “gripezinha” de Bolsonaro - Carlos Latuff.
Disponível em: www.brasildefato.com.br/artes/2020/03/27/a-gripezinha-de-bolsonaro

e as memórias daqueles que, no final das contas, sempre foram vistos como descartáveis. Nossas listagens de vítimas são cheias de lacunas, e essa memória limitada sobre a ditadura no Brasil está na base do surgimento do discurso da “ditabranda”. A quantidade de *vítimas* da ditadura brasileira é menor que a de outros regimes autoritários porque aqui seguimos mantendo em silêncio as histórias de muitos dos mortos pelo Estado.

Os números mentem porque a definição de quem são as *vítimas* de um evento traumático é mais do que mera operação aritmética. A quantificação não é uma apreensão da realidade tal como ela é, mas é produto de uma seleção sobre quais aspectos da realidade serão expressos numericamente e quais ficarão de fora. Nossa classificação historicamente construída sobre as vítimas da ditadura é reflexo das desigualdades e do racismo que estruturam nossa sociedade. Para os militantes políticos, ainda foi possível, a partir da luta incansável de seus familiares, a construção de algum grau de reconhecimento público e estatal. Mas seguem ocultos os nomes, os números

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/reitoria/caaf

Esse olhar para as formas de se quantificar as *vítimas* de eventos traumáticos ajuda a observar as novas valas comuns ou individuais abertas no país em tempos de pandemia. Nelas, centenas de corpos vêm sendo enterrados diariamente, mas nem todos são identificados como *vítimas* do coronavírus. Desde a chegada do novo coronavírus, as discussões sobre a subnotificação têm sido crescentes¹, mas seguimos lidando com os dados oficiais apresentados pelo Ministério da Saúde diariamente. À primeira vista, a subnotificação parece ser uma questão “técnica”, cuja solução seria a adoção de medidas como a ampliação do número de testes, a melhora nos sistemas eletrônicos de registro de óbito, dentre outras. No entanto, a ela não é reveladora apenas dos limites de um sistema de saúde sufocado pelo congelamento de verbas e pela ânsia privatista.

A subnotificação diz muito também sobre a forma pela qual historicamente nós lidamos com nossos mortos. Quem são aqueles que, mesmo mortos, não são testados? Quem são aqueles que morrem em suas casas e por isso não têm a causa de sua morte identificada? Quais corpos o conjunto da sociedade aceita ver em contêineres transformados em geladeiras de necrotérios ou em valas coletivas? Quem são aqueles que, nas masmorras do esquecimento que são [nossas prisões](#), morrem e não são identificados? Qual a cor de suas peles, seu endereço?

Hoje, quando nos números oficiais já contamos os mortos às dezenas de milhar o debate sobre a subnotificação parece perder força. Os números efetivamente notificados já são assustadores o suficiente. Mas o não-reconhecimento de determinadas mortes como vítimas da covid-19 impede que os familiares e amigos daquelas pessoas consigam inscrever suas histórias na narrativa de um drama que é coletivo. No futuro, quando houver - e se houver - formas de se falar e lembrar os mortos da pandemia, encontraremos, mais uma vez, incalculáveis corpos que não parecem dignos de pertencer à memória comum. Os mesmos corpos de sempre. E assim, adicionaremos mais uma camada na vala coletiva do apagamento de nossa história de violência. Começamos nos cemitérios de indígenas e africanos escravizados, passamos pelos cemitérios da ditadura, e chegamos até aqui: construindo ativamente um esquecimento coletivo que está na base da eterna repetição da barbárie que parece nos perseguir.

MAIS INFORMAÇÕES:

¹ Entre os dias 12 e 19 de abril, segundo o [portal UOL](#), a prefeitura registrou 82 enterros diários, em contraste com a média de 28 sepultamentos por dia em 2019. Ainda segundo o portal, no dia 19 daquele mês houve 122 enterros, dentre os quais apenas três foram identificados oficialmente como sendo de pessoas mortas em decorrência da covid-19. O caso de Manaus foi o primeiro a se notabilizar no Brasil, mas atualmente, em meados de maio, a situação descrita pela matéria de fins de abril já se generalizou por vários estados do país.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/reitoria/caaf

O trabalho no IML de São Paulo em tempos de pandemia.

Mauro Canzian

* Médico-legista do Instituto Médico Legal de São Paulo.

Desde a ocorrência dos primeiros óbitos de vítimas da infecção pelo SARS-Cov2, o Instituto Médico Legal de São Paulo (IML) e os Serviços de Verificação de Óbitos (SVOs) vêm se situando no centro da discussão referente às perspectivas da crise no Brasil, versando sobre a possibilidade de dados sombrios, poucas vezes imaginados nos últimos cem anos.

A pandemia pelo COVID-19 vem exigindo uma participação ativa de toda a sociedade na discussão da mais terrível de suas consequências: o exame e a destinação de um elevado e crescente número corpos de vítimas falecidas.

O Instituto Médico Legal, órgão subordinado à Superintendência de Polícia Técnica-Científica, e esta, por sua vez, subordinada à Secretaria de Segurança Pública de Estado, realiza exames necroscópicos em casos de morte decorrente de traumatismos, sejam imediatos ou metatraumáticos, em vítimas de intoxicação exógena, em mortes consideradas suspeitas, do ponto de vista criminal, pelas autoridades policiais e ou judiciais, em cadáveres em decomposição ou já totalmente decompostos e em indivíduos sob custódia do Estado (detentos).

Por outro lado, os Serviços de Verificação de Óbitos realizam necrópsias em casos de morte natural, que não se enquadram em nenhuma das modalidades supracitadas. Assim, a estes coube a tarefa de receber, examinar e liberar para cremação ou sepultamento as vítimas de COVID-19.

No município de São Paulo, epicentro da pandemia no Brasil, o Serviço de Verificação de Óbitos da Capital, é órgão ligado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Ainda que nos primeiros casos de óbito de vítimas da infecção tenham sido realizadas necrópsias completas, de acordo com os protocolos habituais, a partir de 20/03/2020, com a publicação da Resolução SS-32 pela Secretaria de Estado da Saúde, foram estabelecidas diretrizes para manejo dos casos infectados. Desde então, há obrigatoriedade na emissão da Declaração de Óbito pelos serviços médicos de origem dos casos que receberam atendimento. Para as exceções, ainda encaminhadas aos SVOs sem a referida declaração, vem sendo utilizado o procedimento de autópsia indireta, que consiste na análise de eventual documentação médica disponível, complementada pela chamada autópsia verbal, que consiste em entrevista padronizada com familiares ou responsáveis pelo paciente.

Dentre os casos confirmados de COVID-19 que têm evoluído para óbito, são de responsabilidade do IML aqueles que não dispõem de identificação formal, os que já se encontram em decomposição e os que estão sob custódia do Estado.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/retoria/caaf

Entretanto, o IML também recebe e examina certo montante de casos cujo histórico não se conhece ou cujas informações são escassas, por vezes coletadas de pessoas que não tiveram importante contato com a vítima em vida. São casos em que não há familiares próximos ou informantes, geralmente atendidos em prontos-socorros públicos, ou que falecem em suas moradias. Soma-se a estes os que são encontrados mortos, sem sinais de violência, em logradouros públicos. Em todos estes exemplos, as incertezas exigem que sejam considerados como potenciais fontes de disseminação viral, demandando a utilização completa de equipamentos de proteção individual, como macacões com capuz de material sintético impermeável, botas de borracha, máscaras do tipo N95, protetor facial em plástico transparentes e luvas de látex, tanto por médicos legistas, como por auxiliares de necropsia, atendentes de necrotério e fotógrafos.

Embora a abordagem forense requeira necessariamente, em certo grau, a manipulação e o exame do cadáver, com coleta de impressões digitais e, por vezes de amostras biológicas para confrontação de DNA, medidas de controle de sanitário se fizeram igualmente necessárias. Dessa forma, desde o dia 07/04/2020 os exames necroscópicos realizados pelo IML passaram a obedecer a Resolução SSP-27 da Secretaria de Segurança Pública, que sugere a realização do exame cadavérico com o menor grau de manipulação possível. Desde então, na maior parte dos casos tem sido realizado o exame externo, com a avaliação de eventuais lesões, de fenômenos cadavéricos, de dados antropométricos, constatação de sinais particulares, fotografiação, além da análise de dados médicos e ou perinecroscópicos, quando disponíveis.

Na Equipe de Perícias Médico-Legais Centro (IML Central), do município de São Paulo, referência para todo o Estado e para a qual convergem os casos de repercussão pública, situações de catástrofes e os casos que necessitam de abordagem antropológica forense, a maior parte dos casos direcionados são também submetidos a tomografia computadorizada ou radiografia digital, que têm se mostrado de enorme valia, sobretudo no atual momento, atenuando o prejuízo acarretado pela ausência de exame interno dos corpos.

Nos casos em que há lesões decorrentes de projéteis por armas de fogo, sempre que possível, estes têm sido recuperados através de limitadas incisões localizadas, quando alojados em regiões mais superficiais do corpo, como pele, tecido celular subcutâneo, tecidos moles, e encaminhados para exame balístico.

Casos em que a avaliação externa e documental não permite a determinação da causa do óbito ou em que existe suspeita de intoxicação exógena, têm sido realizadas coletas de amostras de sangue, por punção de grandes vasos, e ou de urina, por punção da bexiga. Nos cadáveres em decomposição, procede-se, quando possível, a coleta de humor vítreo por punção de globos oculares.

As amostras são devidamente acondicionadas em recipientes lacrados e armazenadas em “freezer” próprio e encaminhadas para o Núcleo de Toxicologia do Instituto de Criminalística.

Em cadáveres não identificados, pequena amostra de sangue é depositada em papel FTA, para eventual futura confrontação de DNA.

É sempre importante lembrar que o IML não apenas realiza perícias em pessoas mortas, mas que a maior parte dos casos periciados são de pessoas vivas, que necessitam de exames de corpo de delito. Estes continuam sendo realizados, porém com a utilização de equipamentos de proteção individual como máscaras dos tipos N95 ou TNT, protetor facial em acrílico transparente e luvas de látex.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/revista/caaf

Conquistas LGBT e a pandemia do Covid-19.

(Artigo também publicado na página do ISN portal.)

Luiz Eduardo dos Santos

* Mestre em Ensino em Ciências da Saúde pela UNIFESP/SP. Consultor Técnico do Instituto Joana d'Arc (Guarujá/SP). Especialista em Gestão de Políticas Públicas pela ENAP (Brasília/DF). Militante e Consultor em AIDS, Sexualidade, Direitos Humanos e Cidadania.



Desde a ocorrência dos primeiros óbitos de vítimas da infecção pelo SARS-Cov2, o Instituto Médico Legal de São Paulo (IML) e os Serviços de Verificação de Óbitos (SVOs) vêm se situando no centro da discussão referente às perspectivas da crise no Brasil, versando sobre a possibilidade de dados sombrios, poucas vezes imaginados nos últimos cem anos.

A pandemia pelo COVID-19 vem exigindo uma participação ativa de toda a sociedade na discussão da mais terrível de suas consequências: o exame e a destinação de um elevado e crescente número corpos de vítimas falecidas.

O Instituto Médico Legal, órgão subordinado à Superintendência de Polícia Técnica-Científica, e esta, por sua vez, subordinada à Secretaria de Segurança Pública de Estado, realiza exames necroscópicos em casos de morte decorrente de traumatismos, sejam imediatos ou metatraumáticos, em vítimas de intoxicação exógena, em mortes consideradas suspeitas, do ponto de vista criminal, pelas autoridades policiais e ou judiciais, em cadáveres em decomposição ou já totalmente decompostos e em indivíduos sob custódia do Estado (detentos).

Por outro lado, os Serviços de Verificação de Óbitos realizam necrópsias em casos de morte natural, que não se enquadram em nenhuma das modalidades supracitadas. Assim, a estes coube a tarefa de receber, examinar e liberar para cremação ou sepultamento as vítimas de COVID-19.

No município de São Paulo, epicentro da pandemia no Brasil, o Serviço de Verificação de Óbitos da Capital, é órgão ligado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/revista/itoria/caaf

Ainda que nos primeiros casos de óbito de vítimas da infecção tenham sido realizadas necrópsias completas, de acordo com os protocolos habituais, a partir de 20/03/2020, com a publicação da Resolução SS-32 pela Secretaria de Estado da Saúde, foram estabelecidas diretrizes para manejo dos casos infectados. Desde então, há obrigatoriedade na emissão da Declaração de Óbito pelos serviços médicos de origem dos casos que receberam atendimento. Para as exceções, ainda encaminhadas aos SVOs sem a referida declaração, vem sendo utilizado o procedimento de autópsia indireta, que consiste na análise de eventual documentação médica disponível, complementada pela chamada autópsia verbal, que consiste em entrevista padronizada com familiares ou responsáveis pelo paciente.

Dentre os casos confirmados de COVID-19 que têm evoluído para óbito, são de responsabilidade do IML aqueles que não dispõem de identificação formal, os que já se encontram em decomposição e os que estão sob custódia do Estado.

Entretanto, o IML também recebe e examina certo montante de casos cujo histórico não se conhece ou cujas informações são escassas, por vezes coletadas de pessoas que não tiveram importante contato com a vítima em vida. São casos em que não há familiares próximos ou informantes, geralmente atendidos em prontos-socorros públicos, ou que falecem em suas moradias. Soma-se a estes os que são encontrados mortos, sem sinais de violência, em logradouros públicos. Em todos estes exemplos, as incertezas exigem que sejam considerados como potenciais fontes de disseminação viral, demandando a utilização completa de equipamentos de proteção individual, como macacões com capuz de material sintético impermeável, botas de borracha, máscaras do tipo N95, protetor facial em plástico transparentes e luvas de látex, tanto por médicos legistas, como por auxiliares de necrópsia, atendentes de necrotério e fotógrafos.

Embora a abordagem forense requeira necessariamente, em certo grau, a manipulação e o exame do cadáver, com coleta de impressões digitais e, por vezes de amostras biológicas para confrontação de DNA, medidas de controle de sanitário se fizeram igualmente necessárias. Dessa forma, desde o dia 07/04/2020 os exames necroscópicos realizados pelo IML passaram a obedecer a Resolução SSP-27 da Secretaria de Segurança Pública, que sugere a realização do exame cadavérico com o menor grau de manipulação possível. Desde então, na maior parte dos casos tem sido realizado o exame externo, com a avaliação de eventuais lesões, de fenômenos cadavéricos, de dados antropométricos, constatação de sinais particulares, fotografiação, além da análise de dados médicos e ou perinecroscópicos, quando disponíveis.

Na Equipe de Perícias Médico-Legais Centro (IML Central), do município de São Paulo, referência para todo o Estado e para a qual convergem os casos de repercussão pública, situações de catástrofes e os casos que necessitam de abordagem antropológica forense, a maior parte dos casos direcionados são também submetidos a tomografia computadorizada ou radiografia digital, que têm se mostrado de enorme valia, sobretudo no atual momento, atenuando o prejuízo acarretado pela ausência de exame interno dos corpos.

Nos casos em que há lesões decorrentes de projéteis por armas de fogo, sempre que possível, estes têm sido recuperados através de limitadas incisões localizadas, quando alojados em regiões mais superficiais do corpo, como pele, tecido celular subcutâneo, tecidos moles, e encaminhados para exame balístico.

Casos em que a avaliação externa e documental não permite a determinação da causa do óbito ou em que existe suspeita de intoxicação exógena, têm sido realizadas coletas de amostras de sangue, por punção de grandes vasos, e ou de urina, por punção da bexiga. Nos cadáveres em decomposição, procede-se, quando possível, a coleta de humor vítreo por punção de globos oculares.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação

As amostras são devidamente acondicionadas em recipientes lacrados e armazenadas em “freezer” próprio e encaminhadas para o Núcleo de Toxicologia do Instituto de Criminalística.

Em cadáveres não identificados, pequena amostra de sangue é depositada em papel FTA, para eventual futura confrontação de DNA.

É sempre importante lembrar que o IML não apenas realiza perícias em pessoas mortas, mas que a maior parte dos casos periciados são de pessoas vivas, que necessitam de exames de corpo de delito. Estes continuam sendo realizados, porém com a utilização de equipamentos de proteção individual como máscaras dos tipos N95 ou TNT, protetor facial em acrílico transparente e luvas de látex.



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/retoria/caaf



ENTREVISTA

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/revista/caaf

Epidemia e negacionismo em dois tempos: entrevista com Rita Barradas Barata*

* Entrevistada pela pesquisadora do CAAF/Unifesp Desirée Azevedo

Desde a chegada do novo coronavírus, pesquisadores e profissionais de diferentes áreas, além de diversos atores políticos, buscam acompanhar a evolução da pandemia e entender as nebulosas maneiras pelas quais a crise está sendo gerida no Brasil. Diante do intervencionismo do governo federal sobre a saúde, análises têm recorrido a comparações com a epidemia de meningite ocorrida na cidade de São Paulo durante a Ditadura, no período entre 1971 e 1977.

Para explorar as possibilidades de tal comparação, conversei com Rita Barradas Barata. Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo e professora na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Suas reflexões se voltam para a área de Saúde Coletiva, com ênfase em epidemiologia de doenças transmissíveis e desigualdades sociais. Dois temas relacionados nos diversos projetos de pesquisa nos quais vem somando sua participação desde a década de 1970. Ela é autora de mais de cem artigos científicos e dez livros, dentre os quais: *Meningite, uma doença sob censura?*, e editora científica da *Revista de Saúde Pública*.

Rita aceitou, gentilmente, responder algumas questões por escrito, em 21 de maio de 2020. Além de fazer uma cuidadosa explicação sobre os comportamentos epidemiológicos das duas doenças, com destaque para suas diferenças marcantes, suas respostas nos permitem aprofundar reflexões sobre o tempo histórico e o tempo da emergência nas relações entre gestão política, desigualdades sociais, epidemia e letalidade.

Você poderia falar inicialmente sobre sua trajetória profissional e acadêmica com a temática da meningite?

Bem, na verdade comecei a me interessar enquanto aluna de graduação do curso de Ciências Médicas na Santa Casa de São Paulo. Em 1973, quando estava cursando o quarto ano, o Professor José da Silva Guedes, chefe do Departamento de Medicina Social, e o Professor Edmundo Juarez, da Faculdade de Saúde Pública, coordenaram uma ampla pesquisa epidemiológica para o Ministério da Saúde, no intuito de descrever a epidemia. Trabalhei ativamente na coleta de dados a partir dos prontuários clínicos de todos os casos com suspeita de meningite atendidos no Hospital Emílio Ribas entre 1960 e 1977, quando finalmente a epidemia terminou. Depois como residente do Departamento de Medicina Social trabalhei na limpeza do banco de dados que pelo tamanho necessitou, naquela época em que não tínhamos ainda os PCs, ser processado nos grandes computadores do IBGE no Rio de Janeiro. Também trabalhei nas análises epidemiológicas iniciais durante a residência. Assim, ao ingressar no curso de mestrado em Medicina Preventiva na USP decidi utilizar parte dos dados que tínhamos para caracterizar a progressão espaço-temporal da epidemia, a partir do referencial teórico da epidemiologia social, associando essa progressão às condições de vida da população que residia em São Paulo.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/territoria/caaf

Além do interesse investigativo também participei como interna do curso de medicina no atendimento aos pacientes no Hospital Emílio Ribas, conhecendo os dois lados da epidemia; o clínico e o epidemiológico. Voltando ao mestrado, para complementar a descrição epidemiológica, analisei através de notícias divulgadas pela imprensa (Folha de São Paulo, Estado de São Paulo, Jornal da Tarde e Revista Veja) as repercussões sociais da epidemia e as questões políticas que a cercaram. Essa tese de mestrado deu origem depois ao livro que você mencionou na abertura.

A meningite é uma doença endêmica no Brasil. A epidemia ocorrida nos anos 1970 foi a terceira registrada na cidade de São Paulo. Você poderia explicar as características da doença e dessa epidemia em específico, considerando, especialmente, o perfil das pessoas mais vulneráveis e seu processo de distribuição territorial?

As epidemias anteriores ocorreram imediatamente após a I e a II Guerras Mundiais, mas tendo em vista o tamanho da população de São Paulo e a sua densidade, não alcançaram as taxas de incidência da epidemia da década de 1970. A doença meningocócica, desde que foi introduzida em São Paulo por imigrantes provenientes da Europa, no início do século XX, tornou-se endêmica entre nós. Ou seja, ela ocorre regularmente com taxas de incidência em torno de 3 casos por 100.000 habitantes, com variação sazonal que incluiu o aumento dos casos no outono e no inverno. Habitualmente os grupos de maior risco são as crianças menores de 5 anos, uma vez que, embora as vacinas sejam recentes, como o agente etiológico circula na população, os grupos mais velhos vão adquirindo imunidade e embora possam ser portadores não adoecem.

Durante as epidemias ocorre um deslocamento da incidência para faixas etárias mais velhas, provavelmente porque cepas um pouco diferentes desafiam a imunidade adquirida e praticamente todos os grupos etários passam a ser afetados embora o risco continue maior para as crianças. Do mesmo modo, nas fases endêmicas os casos são mais comuns nas zonas periféricas da cidade nas quais a aglomeração intradomiciliar é maior e as condições de nutrição são piores. Na epidemia o que vimos foi um espalhamento progressivo para todas as zonas da cidade em um movimento concêntrico que levou cerca de 4 anos para atingir as zonas com melhores condições de vida. Ou seja, na epidemia nenhum grupo social foi poupado, mas os riscos continuaram maiores para as populações mais pobres.

Além do comportamento epidemiológico é importante lembrar que não existem casos leves de meningite meningocócica. Todos os casos necessitam de assistência médica hospitalar e a doença quando diagnosticada oportunamente e corretamente tratada apresentava letalidade de 10 a 12%. (atualmente é mais alta). Portanto, estamos falando de uma doença grave, com potencial de produzir muitos óbitos e sequelas, principalmente em crianças.

Em 1970 não havia o SUS, a rede de Centros de Saúde era muito menor e o único hospital de referência para doenças infecciosas era o Hospital Emílio Ribas. Os mais vulneráveis na população, por suas condições mais precárias de vida, também o eram pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde que eram poucos e mal distribuídos naquele momento. A equipe de profissionais de saúde embora bastante exposta, principalmente a partir de 1974, quando houve a superposição de duas epidemias – por meningococco C, que havia começado em 1970, e por meningococco A, que surgiu em 1974 – não foi particularmente afetada pela doença provavelmente pela imunidade adquirida ao longo dos anos.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/registro/caaf

Houve divergências entre médicos e pesquisadores e as autoridades em relação ao enfrentamento do problema. Você poderia nos contar um pouco sobre os impactos epidemiológicos dessas diferenças?

A situação da epidemia de meningite precisa ser dividida em duas etapas: entre 1970 e 1973, durante o governo Médici, havia uma negação absoluta da epidemia em todas as esferas, mas os técnicos de saúde pública sabiam que a epidemia existia e precisava ser enfrentada. No entanto, o Hospital Emílio Ribas estava conseguindo absorver os casos que conseguiam chegar até ele. Naquele momento não existiam vacinas disponíveis e o importante era diagnosticar e tratar. Havia censura à imprensa (proibido mencionar número de casos e óbitos) e ao rádio e à televisão (proibido mencionar a existência da epidemia). Em nenhum momento, no entanto, o presidente ou outras áreas do governo se imiscuíram na abordagem clínica aos doentes.

Do ponto de vista epidemiológico a vigilância epidemiológica registrava todos os casos e seguia com o trabalho habitual. Uma consequência mais importante era a dificuldade que as pessoas tinham de transitar pelo sistema de saúde, muitas vezes tendo que buscar atendimento em dois, três ou quatro hospitais antes de serem encaminhadas aos Emílio Ribas. Omitir a existência da epidemia oficialmente fazia com que não se organizasse a rede de atendimento, retardando o diagnóstico e aumentando a letalidade.

Com a posse do presidente Geisel houve uma mudança radical. A equipe que foi para o ministério da Saúde era composta por muitos sanitaristas e epidemiologistas respeitados e competentes, enquanto aqui em São Paulo, o professor Leser liderou as iniciativas de enfrentamento de modo sério e competente. A partir daí foram criadas centrais de vagas para organizar o atendimento e se começou a negociar a produção de vacinas no volume que era necessário. Decidiu-se pela compra da vacina francesa, o laboratório construiu uma fábrica e suspendeu as férias dos trabalhadores para produzir 60 milhões de doses para o Brasil. A mudança, com o reconhecimento da epidemia pelas autoridades foi tão importante que a letalidade caiu para apenas 2% no auge da epidemia, uma vez que o diagnóstico passou a ser realizado de maneira mais precoce, e qualquer quadro febril sem um foco infeccioso óbvio, era considerado suspeito de meningite e submetido a punção lombar.

Em 1975, há uma campanha de vacinação sem precedentes no mundo. Em São Paulo, os 11 milhões de habitantes da área metropolitana foram vacinados em 4 dias com ajuda de pessoal do Exército e o uso de *ped-o-jets*, o que permitia que pessoas sem treinamento em enfermagem pudessem aplicar as vacinas em uma velocidade espantosa. A adesão da população foi maciça conforme comprovou um inquérito domiciliar realizado em seguida pelo IBGE para calcular a cobertura alcançada. Acho que o principal motivo da mudança foi a montagem de uma equipe ministerial de alto nível e a compreensão do presidente de que a situação era realmente grave.

Sabemos que a Ditadura censurou a divulgação da doença. Sabemos também que existem mediações entre a incidência real de uma doença na população e a sua consolidação em números. Nesse sentido, o quão seguro são os dados disponíveis hoje sobre a epidemia? Como foram produzidos? É preciso considerar a subnotificação ou outros fatores?

A própria característica clínica da doença previne as subnotificações no sentido de que todos os casos precisam de assistência hospitalar. Obviamente é possível que algumas crianças não tenham recebido atendimento e podem ter morrido sem diagnóstico, mas se ocorreu foi em proporções desprezíveis.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/revista/itoria/caaf

Como até 1974 todo o atendimento era feito no Hospital Emílio Ribas e, mesmo após a criação de uma rede mais ampla de hospitais de retaguarda, o primeiro atendimento e o diagnóstico eram feitos no hospital, a qualidade ficou mantida ao longo da duração da epidemia. Nossos dados foram obtidos por pesquisa a prontuários e todos os casos suspeitos foram investigados. Foram cerca de 70 mil prontuários entre 1960 e 1977. Assim, um único critério de confirmação foi utilizado tanto para o período pré-epidêmico quanto para o período epidêmico.

Uma das consequências indiretas da epidemia foi a instituição de uma Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica para o país baseado na experiência de São Paulo. Aqui no Estado o sistema de informação de mortalidade já era de boa qualidade e a subnotificação não foi problema nessa epidemia. A subnotificação é maior em doenças com menor gravidade em que os casos podem não procurar serviços de saúde e assim deixarem de ser registrados. Não é o caso de doença meningocócica.

Quais elementos seriam pertinentes levar em conta ao comparar a incidência da doença meningocócica nos anos 1970 e da Covid-19 na cidade? Em si, essa comparação é pertinente?

Não me parece que a comparação seja pertinente a não ser em aspectos muito particulares. Se trata de situações epidemiológicas muito distintas:

- A doença meningocócica era endêmica em São Paulo desde a década de 1920, portanto, parte considerável da população apresentava imunidade para a doença. A COVID 19 é a primeira ocorrência de um vírus que anteriormente jamais havia infectado humanos, portanto, toda a população mundial é suscetível
- Em termos de gravidade, com os dados disponíveis até agora, a gravidade da doença meningocócica é maior, apesar de haver tratamento com antibióticos. No caso da COVID 19 não existe tratamento específico e como os casos graves se concentram em idosos, o atendimento necessita de recursos médicos mais complexos.
- Ambas as doenças são de transmissão respiratória, sendo transmitidas de pessoa a pessoa, mas a doença meningocócica tem uma taxa de transmissibilidade (o agora famoso R0) muito menor do que a COVID 19, portanto sua progressão foi mais lenta.
- Embora não existam dados seguros acerca do número de assintomáticos e do seu papel na transmissão do coronavírus, provavelmente eles são mais numerosos na meningite meningocócica. O fato dos profissionais de saúde serem tão afetados no caso da COVID sugere que os doentes com sintomas mais intensos sejam mais infectantes do que os casos leves e assintomáticos.
- O mundo mudou muito da década de 1970 para o momento atual. A acelerada urbanização ocorrida na Ásia, na África e nas Américas torna as infecções respiratórias, sobretudo as virais, desafios sem precedentes para a humanidade. A rapidez e a frequência das comunicações entre todas as partes do globo é outro dado fundamental para o espalhamento das doenças. O convívio humano com espécies animais domesticadas ou silvestres também facilita a adaptação de novos agentes etiológicos sempre com maior virulência no início.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/revista/itoria/caaf

f) Quanto à distribuição da doença segundo os diferentes estratos socioeconômicos, o comportamento foi distinto também. Como já mencionado, na epidemia da década de 1970 a incidência epidêmica foi inicialmente observada nos distritos periféricos em cada uma das zonas da cidade de São Paulo e a partir deles a epidemia foi ocupando os diferentes espaços, em ondas concêntricas, até atingir os distritos os quais a população apresentava melhores condições de vida. Já com a COVID 19 o processo foi inverso porque os casos foram introduzidos no país através de indivíduos que se contaminaram na Europa ou na Ásia, chegando por via aérea e em sua maioria residindo nas áreas mais ricas da cidade. Por outro lado, o fato dos idosos serem mais afetados pela infecção tendo aparentemente maior probabilidade de manifestarem sintomas clínicos e desenvolverem casos mais graves, fez com os casos iniciais se concentrassem nas áreas com maior concentração relativa de idosos que também são aquelas com melhores condições de vida. Apesar de ainda não existir um quadro claro sobre a distribuição do COVID chama bastante atenção a incidência mais alta nos países mais ricos. Este é um aspecto inesperado para qualquer doença infecciosa. Ainda não há uma explicação razoável para essa observação

g) A existência do SUS, com todas as suas deficiências e sua crônica falta de financiamento adequado, representa uma salvaguarda nessa epidemia, pois a maioria da população tem acesso a algum tipo de assistência. O deficit de leitos de UTI se agravou nos últimos 8 anos com o desfinanciamento do sistema. As atividades próprias de controle de doenças também pioraram muito em todo o mundo, provavelmente pela crença equivocada de que as doenças infecciosas não são mais problemas relevantes já que ocupam uma parcela muito menor entre as causas de óbito. Então, contraditoriamente, estávamos menos preparados para essa epidemia do que para aquela.

h) Apesar do difícil que era viver sob a ditadura militar, os governantes não eram tão ignorantes e despreparados quanto os atuais. Nem mesmo os ditadores militares tiveram coragem para desafiar o conhecimento científico em geral e o conhecimento médico em particular.

i) Apesar de não haver censura aos meios de comunicação, as autoridades sanitárias não dispõem de recursos de comunicação social apropriados e a divulgação das informações tem sido muito inadequada no sentido de esclarecer a população e mostrar o curso da epidemia buscando a adesão informada da população ao combate.

j) Não há integração entre os diferentes níveis, municipal, estadual e federal nas iniciativas de controle. Tampouco a assistência médica conta com orientações claras para sua atuação. Portanto, a atuação é mais caótica atualmente.

Quais fatores estão envolvidos na subnotificação da Covid-19? Como avalia nossas possibilidades futuras de conhecer a realidade da doença?

As próprias características da doença tornam a subnotificação mais significativa na medida que nem todos os casos necessitam de assistência médica hospitalar e portanto, muitos não chegarão ao conhecimento do sistema de saúde e outros não serão adequadamente identificados.

No caso do Brasil agrava muito essa situação a inexistência de capacidade para realização do diagnóstico etiológico em larga escala. Isto talvez mude com a introdução de técnicas mais automatizadas de realização do PCR. Se fossem melhor utilizadas, as equipes de saúde da família e as unidades básicas de saúde para o atendimento aos casos leves e estes casos fossem diagnosticados e notificados teríamos uma subnotificação menor.

Mortos e mortes da Covid-19

saberes, instituições e regulação



caafunifesp01



caaf_unifesp



1049



Caaf Unifesp



caaf@unifesp.br



www.unifesp.br/registro/caaf

É importante que as pessoas entendam que a subnotificação só é importante do ponto de vista de conhecer o comportamento epidemiológico da doença não afetando nem a incidência nem o tratamento dos casos graves e críticos pois esses necessariamente chegam aos serviços, são atendidos e são registrados cedo ou tarde. Outra confusão que tem surgido com a realização de inquéritos sorológicos é considerar que todas as pessoas infectadas representam subnotificação. Em uma doença para a qual não existe profilaxia medicamentosa não está prevista a notificação dos infectados assintomáticos porque eles não são casos da doença. Eles são fontes de infecção e precisariam ser mantidos em quarentena para não transmitirem, mas não devem ser notificados como casos, nem entrar no denominador do cálculo da letalidade.

Nossa melhor chance para conhecer o comportamento da epidemia virá dos inquéritos sorológicos (inquéritos de base populacional que identificam, através da presença de anticorpos no sangue, quantos indivíduos foram infectados a despeito de terem ou não desenvolvido os sintomas da doença) que poderão fornecer uma informação mais exata e precisa do acometimento da população em geral. Serão necessários inquéritos em prontuários para conhecermos melhor os aspectos clínicos dos casos internados.

Os diversos sistemas de notificação em uso não contam com nenhuma forma de padronização dos dados (por exemplo: quem deve ser notificado como profissional de saúde? Apenas aqueles que atendem clinicamente os doentes? Os trabalhadores dos setores administrativos dos hospitais devem ser incluídos?) e será muito difícil comparar coisas não comparáveis, só com base nos dados de registro.

O Ministério da Saúde produziu orientações para a atuação do setor da saúde na pandemia. Por outro lado, parece existir descompasso entre a atuação dos técnicos do MS e do SUS e as posturas do governo federal. Como você avalia a política brasileira para a pandemia?

Como já assinali em questões anteriores, considero caótica a política brasileira para a epidemia. Não houve a prontidão necessária para evitar a entrada maciça de pessoas infectadas durante os meses de janeiro e fevereiro.

Não se aproveitou esse tempo para minimamente organizar a assistência nem a vigilância epidemiológica. Até agora o país não se mexeu para ampliar a capacidade de testagem. Não há coerência e coordenação entre federação, estados e municípios. Se perde uma energia enorme em torno dos modelos matemáticos e na tentativa de aprimorá-los ao invés de melhorar o nível da informação real existente. A comunicação social é de pouca qualidade quando existe, e ainda precisamos enfrentar a guerra contra a racionalidade científica e a competência técnica travada cotidianamente por nosso presidente e o grupo que o cerca e apoia. Enfim, vejo com muita preocupação a condução da política de saúde, mas com preocupação ainda maior as graves consequências sociais e econômicas (microeconomia, aquela que afeta as famílias e os sujeitos) que a pandemia está provocando.

Se não conseguimos dar conta do desafio sanitário quem dirá do desafio social, eternamente relegado no país.