

Definições, práticas e discursos sobre a subnotificação na vigilância epidemiológica da sífilis no Brasil: etnografia a partir de boletins epidemiológicos¹

Autor: Eduardo Doering Zanella UFRGS – PPGAS/BR

Palavras-chave: epidemia de sífilis; boletins epidemiológicos; etnografia de documentos

Essa pesquisa de doutorado em antropologia social apresenta como objeto de estudo a reemergência da epidemia de sífilis no Brasil. A doença foi referida dessa forma pelo Ministério da Saúde no ano de 2016² e a partir de então foi reverberada por diversos veículos de imprensa no país. O conglomerado de mídia *Grupo Globo*, por exemplo, noticiou em abril de 2017 na manchete de sua reportagem que a “Sífilis volta a ser uma epidemia no Brasil”³; a primeira frase da matéria da revista *Época* afirmou que “O Brasil vive uma nova epidemia de sífilis”⁴, enunciado que é que o título da notícia divulgada pela revista *Veja*⁵.

A ideia de que a sífilis é uma epidemia no Brasil passou a ser informada também em publicações do Ministério da Saúde. Por exemplo, o boletim epidemiológico da sífilis de 2018, lançado no mesmo ano, lista em seu editorial diversas ações empreendidas “em resposta aos desafios para o controle da epidemia de sífilis” (BRASIL, 2018, p.3). O sítio virtual do Ministério da Saúde, na página que acessa a campanha de prevenção à sífilis, afirma logo no texto de introdução ao visitante que “O Brasil vive uma epidemia de sífilis”⁶. O médico infectologista Filipe Perini, coordenador-geral de assistência e tratamento das IST e HIV/AIDS do Ministério da Saúde, em entrevista produzida e

¹ Trabalho apresentado na 32ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 30 de outubro e 06 de novembro de 2020.

² Trata-se de uma declaração do ministro que então comandava a pasta, Ricardo Barros, que em uma coletiva de imprensa afirmou que: “Os casos subiram em número significativo. Estamos tratando o problema como epidemia até para que resultados da redução sejam mais expressivos possíveis”. Informação disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministro-da-saude-admite-que-brasil-vive-uma-epidemia-de-sifilis,10000083382> (acesso em 29/09/2020).

³ Disponível em: <http://g1.globo.com/globo-news/noticia/2017/04/sifilis-volta-ser-uma-epidemia-no-brasil-apesar-do-tratamento-rapido.html> (acesso em 29/09/2020).

⁴ Disponível em: <https://epoca.globo.com/saude/noticia/2016/11/por-que-o-brasil-vive-uma-epidemia-de-sifilis.html> (acesso em 29/09/2020).

⁵ Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/brasil-vive-epidemia-de-sifilis/> (acesso em 29/09/2020).

⁶ Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/sifilis/> (acesso em 21/11/2019).

divulgada pela própria pasta em seu *Blog da Saúde*, afirma que “em 2016 a Sífilis foi declarada epidemia no Brasil”⁷.

Essa pesquisa questiona como a sífilis foi contemporaneamente instituída como uma epidemia no país, ou seja, de que maneiras e através de quais processos foi assim classificada. Para isso, interroga-se o conceito-entidade de epidemia: O que é, como é definida e quais seus efeitos para as percepções e medidas de saúde dirigidas à sífilis no Brasil são as questões centrais dessa investigação.

Para desenvolvê-las mobilizou-se a proposta de estudo sintetizada por Bowker e Star em ampla coletânea organizada pelos autores (BOWKER, STAR, 1999), referente à perspectiva teórico-metodológica para a descrição de sistemas de classificações e categorias. Essa foi desenvolvida como uma inflexão aos estudos sociais de ciência e tecnologia (STS) na década de 1990, e apresenta como principal tópico a compreensão desses esquemas como meios de conceber e agir sobre o mundo, a serem investigados em uma abordagem pragmática por meio de suas práticas e efeitos concretos. Ou seja, como uma doença é classificada como uma epidemia? Quais as implicações dessa categoria para as formas pelas quais a sífilis é tomada como objeto de conhecimento e intervenção? Quais as práticas e atores que participam desse processo?

A estratégia metodológica para desenvolver essas questões incidiu em centrar a análise no universo dos dados epidemiológicos sobre a sífilis produzidos e pelo sistema de vigilância em saúde brasileiro. Essa é a arena fundamental em que o conceito de epidemia é operacionalizado, visto que se refere às dimensões de tamanho e abrangência da doença, justamente aquelas que em jogo na avaliação de uma doença como um fenômeno epidêmico. O Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde⁸ de 1998, por exemplo, descreve uma epidemia da seguinte forma:

Define-se o comportamento epidêmico de um agravo à saúde como a elevação brusca do número de casos caracterizando, de forma clara, um excesso em relação ao normal esperado. (...). A epidemia não apresenta obrigatoriamente um grande número de casos, mas um claro excesso de casos quando comparada à frequência habitual de uma doença em uma localidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998. cap.2; p.1)

⁷Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53800-pausa-parasaude-sifilis> (acesso em 21/11/2019).

⁸Esses manuais, reeditados a cada dois ou três anos, sem periodicidade definida, objetivam atualizar as orientações relativas aos procedimentos de investigação epidemiológica, tratamentos, protocolos clínicos e meios diagnósticos para doenças consideradas prioritárias ao sistema de saúde brasileiro. Esse documento é útil para referenciar o conceito de epidemia, visto que é dirigido a profissionais que atuam na rede de saúde brasileira, de modo que apresenta uma definição sintética, de fácil compreensão e operacionalização

Nesse sentido, a presente análise é empreendida com foco empírico nos dados produzidos sobre a sífilis por meio das notificações⁹ dessa doença. Em específico, esse texto aborda o fenômeno da subnotificação, ou seja, a dimensão considerada ausente no total de casos contabilizados pelo sistema de vigilância em saúde: como é definida e mensurada? E de que maneiras é mobilizada para a avaliação da realidade epidemiológica da sífilis? A seleção da subnotificação da sífilis como foco do estudo centrar-se nos obstáculos do projeto de sua quantificação epidemiológica. Considera-se que essa é uma maneira de fazer emergir as práticas e procedimentos em jogo na avaliação contemporânea da sífilis como uma epidemia.

Esse texto trata da categoria de notificação sífilis em gestante, incorporada ao sistema de vigilância brasileiro em 2005. Pretende-se abordar o contexto de sua instituição e comparar duas formas de medir a sua subnotificação, de modo a determinar seus efeitos para as avaliações da realidade epidemiológica da sífilis, bem como sua agência para a classificação da doença como uma epidemia no país.

A pesquisa é desenvolvida por meio do estudo de boletins epidemiológicos publicados pelo Ministério da Saúde sobre a sífilis, e assim constitui uma investigação etnográfica de documentos. Estatísticas são cálculos que participam da construção da realidade e, como propõe Lucas Freire (2020), quando produzidas e publicadas por instâncias estatais passam a constituir suportes de informações que adicionam uma camada de realidade oficial aos fenômenos que tomam como centro de atenção, em um processo que envolve a seleção acerca do que é ou não divulgado. Ou seja, há um jogo de visibilidades e apagamentos acerca das informações publicadas, que estão entrelaçadas com as políticas mais amplas que as produzem. Trata-se de situar as informações veiculadas pelos boletins em uma história mais ampla da quantificação da doença. Nesse sentido, procurou-se sempre especificar a relação dos documentos citados com os temas abordados e sua relevância para os objetivos e argumentos propostos.

Os boletins epidemiológicos constituem, de acordo com Sacramento (2020), o principal instrumento de materialização pública dos sistemas de vigilância em saúde, no sentido que divulgam os dados produzidos por meio das notificações das doenças e pautam a elaboração, planejamento e execução de ações e medidas de saúde. A fim de

⁹ A notificação de uma doença no sistema de saúde brasileiro constitui um procedimento obrigatório que se refere ao preenchimento de uma ficha com as variáveis consideradas importantes para compreensão de suas características epidemiológicas, efetivada nos serviços de assistência e encaminhadas para os órgãos de vigilância municipais, desses para os estaduais e então para o Ministério da Saúde.

interpelar etnograficamente os boletins epidemiológicos é fundamental considerar que não apresentam análises neutras e externas às dimensões políticas que conformam os sistemas de saúde. Diferentemente, constituem produções desde seu interior, através de fluxos já constituídos de pacientes, documentos e informações, e também de acordo com as demandas percebidas e eleitas como prioritárias.

Assim, propõe-se estudar esses documentos como tecnologias imbricadas com as estratégias de gestão da vida e das populações efetivadas pelas políticas de saúde. Ou seja, como dispositivos que não só veiculam as percepções oficiais do estado brasileiro sobre a realidade epidemiológica da sífilis, mas que também pautam intervenções direcionadas à doença. Dessa forma, constituem uma potente via de acesso para a descrição da reemergência da epidemia de sífilis no Brasil a partir das perspectivas das instâncias responsáveis por agir sobre esse processo.

Sífilis em gestantes e o projeto de eliminação da transmissão vertical

No início da década de 2000 tornou-se evidente para a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) que fracassou o projeto de eliminação da transmissão vertical da sífilis na região das Américas e do Caribe, capitaneado por essa agência por meio de seu Plano Regional Multiprogramático, lançado em 1994. A sífilis foi então incluída no plano de trabalho Unidade de HIV/AIDS dessa agência para anos de 2004 e 2005 (OPAS, 2005), instância que ficou responsável por implementar um novo programa de eliminação vertical da doença.

As bases desse projeto estão contidas no documento *Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación* (OPAS, 2005), que definiu diversas normativas para o monitoramento, diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante e congênita. Um dos principais objetivos desse projeto foi padronizar os sistemas de vigilância dos países da região, o que incluiu a proposição da categoria de notificação “sífilis em gestantes”. Essa não foi considerada somente um “dado útil, mas a linha basal”; “um dos pilares do programa” (OPAS, 2005, p.21-25).

Visto que “as definições de caso para diagnóstico de sífilis em gestantes não são as mesmas para todos os países” (OPAS, 2005, p.12), a OPAS sugeriu uma definição de caso que “se aplique de forma universal” (OPAS, 2005, p.19). Essa definição foi a seguinte:

todas as mulheres grávidas, pós-parto ou recém-abortadas, com evidência clínica (úlceras genitais ou lesões compatíveis com sífilis secundária) e/ou teste treponêmico (incluindo testes rápidos do treponema) ou positivo ou reativo não treponêmico, que não recebeu tratamento adequado para sífilis durante a presente gravidez. (OPAS, 2005, p.21)

Esta definição de caso foi considerada sensível, visto que não exige para a sua confirmação manifestação clínica somada à realização de testes e exames, sendo suficiente a apresentação de somente um desses dois tipos de evidência.

As infraestruturas para a efetivação da notificação de sífilis em gestantes já estavam em ação no Brasil no ano anterior, por meio da portaria número 766 do Ministério da Saúde, de dezembro de 2004. Essa determinava a expansão para “todos os estabelecimentos hospitalares integrantes do SUS (...) a realização do exame VDRL para todas as parturientes internadas, com registro obrigatório deste procedimento nas autorizações de internação hospitalar” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). No ano seguinte, em 14 de julho de 2005, por meio da portaria de número 33 do Ministério da Saúde (2005), a sífilis em gestante foi incluída na lista de agravos de notificação.

A definição de caso elaborada nessa categoria foi a seguinte: “Gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado” (BRASIL, 2006a, p. 27). Essa definição seguiu a proposta da OPAS, no sentido que permite para a confirmação do caso evidência clínica ou sorológica.

Subnotificação da sífilis em gestante: comparação de dados estimados e notificados

A subnotificação da sífilis em gestantes foi primeiramente medida por meio da diferença entre casos notificados e estimados, esses oriundos de um estudo de prevalência desenvolvido pelo Programa Nacional de DST/AIDS em 2004. Trata-se de uma pesquisa reeditada a cada dois anos desde 2002, de seleção de amostragem probabilística de gestantes e serviços assistência ao parto. Um de seus objetivos era determinar a prevalência da sífilis em mulheres grávidas, visto que nesse momento essa população ainda não conformava uma categoria de notificação.

A partir do boletim epidemiológico de AIDS-DST de 2005¹⁰ esse estudo foi mobilizado para definir a subnotificação de sífilis congênita. A quantidade de casos notificados dessa categoria constituía então menos de 50% “dos 12 mil casos estimados através de estudos de prevalência nacional” (BRASIL, 2005, p.3). O boletim epidemiológico do ano seguinte, 2006, especifica esses dados com maiores detalhes. É referido que o estudo sentinela-parturiente de 2004 estimou 12.338 nascidos vivos com menos de 12 anos com sífilis, sendo que a notificação deste agravo no mesmo ano computou 5.235 casos positivos. Esse cálculo “demonstra a magnitude do problema da subnotificação” (BRASIL, 2006, p.9).

A partir do boletim epidemiológico de AIDS-DST de 2008 essa estimativa passa a ser utilizada para medir a abrangência da subnotificação da categoria sífilis em gestantes, incorporada ao sistema de vigilância brasileiro três anos antes:

[...] os 6.143 casos notificados em 2007 ainda representam pequena parte dos casos esperados e a subnotificação continua sendo um problema. Estudo de abrangência nacional, realizado em 2004, estimou que 1,6% das parturientes do país, cerca de 50 mil, apresentavam sífilis ativa (BRASIL, 2008, p. 42).

Este enunciado irá se repetir nos boletins epidemiológicos de 2009 e 2010: a partir da estimativa de prevalência de sífilis em 1,6% das gestantes no Brasil, e considerando o número total de gestantes no país para o ano em questão, dado obtido através de censos populacionais, calcula-se quantas parturientes possuem diagnóstico positivo para a doença, e esse número é comparado com o de casos notificados.

Esse estudo foi a principal ferramenta para mensurar a subnotificação da sífilis congênita e em gestante até o ano de 2012.

Subnotificação da sífilis em gestantes: diferença entre taxas de sífilis congênita e em gestante

No boletim epidemiológico de 2016 outra forma de definir a subnotificação da sífilis em gestante é mencionada: a diferença de valor entre a sua taxa de detecção e a da incidência de sífilis congênita:

¹⁰ Até 2012 os dados das notificações da sífilis eram publicados nos boletins epidemiológicos de AIDS-DST.

Nota-se que os estados de Alagoas, Ceará, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe e Tocantins (...) apresentam taxas de incidência de sífilis congênita mais elevadas que as taxas de detecção de sífilis em gestante, o que remete a possíveis lacunas da assistência ao pré-natal e do sistema de vigilância epidemiológica. (BRASIL, 2016, p.4).

O boletim epidemiológico de 2018 é mais explícito ao considerar que a subnotificação é a causa das diferenças entre esses indicadores:

Taxas de incidência de sífilis congênita superiores às taxas de detecção de sífilis em gestantes na mesma UF ou capital remetem a: 1) prováveis lacunas na assistência ao pré-natal quanto à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento; 2) desafios em relação à notificação oportuna ou subnotificação dos casos de sífilis em gestantes; e 3) dificuldades na interpretação dos critérios de definição dos casos de sífilis congênita. (BRASIL, 2018, p.8)

A diferença entre os indicadores da sífilis congênita e em gestante indica casos não captados pelo sistema de vigilância pois todo infante que nasce com sífilis adquire a doença de sua mãe. Assim, caso haja mais notificações para recém nascidos do que gestantes, há subnotificação dessa última categoria.

A comparação é possível pois o cálculo dos dois indicadores, sífilis em gestante e congênita, é formado pelo mesmo denominador, o número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e no mesmo ano, e ambos são multiplicados pelo mesmo número, 1000. Por este motivo, o indicador de sífilis em gestante é também o único que não mede o risco de obtenção da doença. Isto porque não utiliza como denominador a população exposta ao problema de saúde, que seria o total de gestantes em determinado ano e local. O risco, neste caso, é agenciado como a probabilidade de mudança de estado (doença, morte, efeito adverso) em uma população vulnerável ao evento em questão.

É interessante perceber que a relevância dessa diferença entre taxas de sífilis em gestante e congênita já é citada no boletim epidemiológico de AIDS-DST de 2004: “Chama a atenção o elevado percentual de gestantes que tiveram acesso ao diagnóstico de sífilis durante o pré-natal e, mesmo assim, a sífilis foi transmitida a seus conceptos” (BRASIL, 2004, p.6). Contudo, nesse momento essa relação não institui uma medida da subnotificação, pois a categoria sífilis em gestante ainda não havia sido incorporada ao sistema de vigilância.

A comparação entre os indicadores de sífilis em gestante e congênita foi também utilizada para indicar a “melhora da notificação”, como é possível perceber nesse trecho do boletim epidemiológico de 2018:

Em comparação com os dados do ano anterior, nota-se uma melhora da notificação dos casos de sífilis em gestantes, visto que, em 2016, além de Pernambuco e Rio Grande do Norte, outros quatro estados também apresentavam taxas de incidência de sífilis congênita maiores que as taxas de detecção de sífilis em gestantes (Tocantins, Ceará, Sergipe e Piauí). (BRASIL, 2018, p.8)

Essa forma de medir a subnotificação apresenta uma diferença significativa com relação à comparação entre dados notificados e estimados. Essa última determina o fenômeno com referência aos dados de prevalência, ou seja, o total de casos notificados em um determinado período de tempo, tal como um retrato da magnitude da doença. Já a comparação dos indicadores utiliza as taxas de incidência e de detecção, ou seja, o número de casos novos registrados a cada ano. Essa medida da subnotificação, portanto, é mais dinâmica, visto que é capaz de determinar o seu valor anualmente.

Considerações finais

A sífilis em gestante foi primeiramente objeto de subnotificação com referência a estudos de estimativa e, após, por meio da diferença entre as suas taxas de detecção e as taxas de incidência de sífilis congênita. Essa categoria foi criada em 2005, de modo que nas primeiras publicações de seus dados ainda não estava estabilizada e, conseqüentemente, esses não eram considerados fidedignos.

Argumenta-se que é por esse motivo que aumento de mais 400% no número de casos 400% entre 2005 e 2010, por exemplo, não foi percebido como real para que a sífilis fosse considerada uma epidemia. Nesse momento, a sua subnotificação era definida a partir de uma fonte de informação externa ao sistema de vigilância, os estudos de estimativa. A partir da estabilização dessa categoria, processo que confere confiabilidade aos dados, sua subnotificação passa a ser referida com relação a outro indicador também estabilizado e cujos números são considerados críveis, a taxa de incidência de sífilis congênita.

A estabilidade dos dados oriundos de uma categoria de notificação é alcançada, dentre outros fatores, a partir de um determinado tempo em que incorporada ao sistema de vigilância em saúde. O Boletim epidemiológico de 2017, por exemplo, com relação à notificação da sífilis adquirida, cuja obrigatoriedade é de 2014, avisa que a interpretação de seus dados “deve ser feita com cautela, em decorrência da recente implementação da notificação do agravo, e os comportamentos observados podem não refletir a situação real da sífilis adquirida no país” (BRASIL, 2017, p.14).

Nesse sentido, a notificação da sífilis em gestante é obrigatória desde 2005, mas somente em 2007 seus dados irão ser publicados em boletins epidemiológicos. Já o período decorrido entre a instituição da notificação da sífilis adquirida e a divulgação de seus dados foi ainda maior, de cinco anos, entre 2010 e 2015.

A notificação da sífilis em gestante foi incorporada ao sistema de vigilância brasileiro com o objetivo de eliminar a transmissão vertical da doença. Contudo, a estabilização dessa categoria foi fundamental pra a evidenciar a epidemia de sífilis no Brasil. Ou seja, a notificação da sífilis em gestante, ao invés de controlar o seu avanço produziu a visibilidade de sua epidemia. Este processo acarretou, inclusive, no abandono da perspectiva de eliminação vertical da sífilis no Brasil. Nos últimos boletins epidemiológicos esse termo, “eliminação”, passou ser suprimido.

O boletim de 2011, por exemplo, afirma que “a notificação, a investigação de casos, o tratamento adequado e a implementação de medidas para a prevenção de novos casos de sífilis congênita contribuirão para a redução dos casos rumo à eliminação da doença” (BRASIL, 2011, p.5). No ano de 2016 as expectativas são anunciadas da seguinte forma: “Assim, o Ministério da Saúde, em conjunto com as UFs e os municípios, espera que todas as medidas implantadas contribuam para a redução da transmissão vertical da sífilis no país” (BRASIL, 2016, p.23). Já em 2017 avalia-se que: “Dado o cenário epidemiológico de aumento de casos de sífilis, aliado à subnotificação de casos, o país ainda não iniciou o processo de certificação de eliminação de sua transmissão vertical” (BRASIL, 2017, p.5).

A produção de dados em torno da sífilis em gestantes desvelou uma epidemia que vai excluindo das perspectivas da saúde pública brasileira o projeto de eliminação de sua transmissão vertical, que por sua vez foi responsável pela incorporação da categoria ao sistema de vigilância. Argumenta-se que esse é uma das formas de instituição de uma epidemia, quando elimina os projetos que imaginaram o seu fim.

REFERÊNCIAS

BOWKER, Geoffrey C; STAR, Susan. **Sorting things out**. Cambridge: MIT Press, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2004.

_____.Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2006.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**, Brasília. 2006a.

_____.Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2008.

_____.Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2011.

_____.Ministério da Saúde. SÍFILIS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2016.

_____.Ministério da Saúde. SÍFILIS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2017.

_____.Ministério da Saúde. SÍFILIS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2018.

FREIRE, Lucas. Subnotificação e negacionismo: o que conta como real em uma (in)visível pandemia. **Boletim Ciências Sociais e coronavírus - ANPOCS**, São Paulo, n.34, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Brasília, **Guia de vigilância epidemiológica**. 1998.

_____.Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, **Portaria 776**, 2004.

_____.Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, **Portaria 33**, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación**. Washington (DC) EUA: OPS; 2005.

SACRAMENTO, Jonatan. Números, casos e (sub)notificações. **Cadernos De Campo**, São Paulo, v.29, p.182-193, 2020.

