



Transformando uma doença em dados: a produção epidemiológica da sífilis no sistema de vigilância no Brasil

Eduardo Doering Zanella¹

Resumo

Essa tese de doutorado estuda a reemergência da sífilis como epidemia no Brasil, com trabalho de campo focado na produção de dados epidemiológicos sobre a doença. O objetivo é compreender de que maneira a sífilis foi contemporaneamente definida como epidemia no país, quais processos que envolveram essa conceptualização e seus efeitos para as políticas de saúde sobre a sífilis. Esse trabalho aborda os desdobramentos do Plano de Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis no Brasil, proposto pela Organização Pan Americana de Saúde em 2004, no sistema de vigilância em saúde brasileiro. Está em questão descrever as implicações desse projeto para a conformação do sistema de vigilância da sífilis no Brasil. Em específico, o texto aborda a constituição e a estabilização da categoria de notificação “sífilis em gestantes” e seus efeitos na visibilidade epidemiológica da epidemia de sífilis. Utilizo como material etnográfico para a produção desse texto, boletins epidemiológicos da sífilis, notícias veiculadas pela imprensa nacional, instrumentos normativos e regulações do Ministério da Saúde. Argumento que a incorporação dessa categoria de notificação ao sistema de vigilância brasileiro foi realizada em meio ao projeto que objetivava a eliminação da transmissão vertical da sífilis, contudo, os dados por ela produzidos foram importantes agentes na definição da sífilis como epidemia. Concluo que esse é um dos mecanismos por meio dos quais uma epidemia se estabelece: quando se põe fim às metas que objetivaram sua eliminação.

Palavras-chave: sífilis, epidemia, vigilância em saúde

Introdução

O objeto de pesquisa desta tese de doutorado é a reemergência da epidemia de sífilis no Brasil, fenômeno assim designado pelo Ministério da Saúde desde 2015. O objetivo é compreender de que maneira a sífilis foi contemporaneamente definida como epidemia no país, quais processos que envolveram essa conceptualização e seus efeitos para as políticas de saúde sobre a sífilis. Para isso, selecionou-se como campo privilegiado de investigação o universo da produção de dados epidemiológicos sobre a sífilis, em específico, aqueles fabricados no âmbito do sistema de vigilância em saúde².

¹ Mestre em antropologia social e doutorando em antropologia social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), especialista em saúde pública pelo Programa de Residência Multiprofissional com ênfase em Vigilância em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP-RS).

² Vigilância em Saúde é o termo atualmente utilizado para se referir a aparato do Sistema Único de Saúde do Brasil responsável por coletar, operar e dar publicidade aos dados sobre as doenças no país. Sua antiga denominação, até

Essa escolha justifica-se em função desses dados constituírem-se em atores fundamentais nas operações dos esquemas classificatórios que descrevem a natureza da distribuição das doenças. Essa abordagem está inspirada nas propostas de Bowker e Star no livro *Sort Things Out* (1999), que elabora uma abordagem antropológica e etnográfica ao estudo de sistemas de classificação, compreendidos como práticas de efeitos sociomateriais e formadoras das realidades sobre as quais operam.

A partir dessa proposta, este trabalho aborda os desenvolvimentos do projeto de eliminação da transmissão vertical³ da sífilis no sistema de vigilância em saúde, proposto em 2004 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a agência da Organização Mundial de Saúde para a região da América Latina e Caribe. Em específico, esse texto foca na constituição e estabilização da categoria de notificação *sífilis em gestantes*, criada no âmbito desse projeto.

Objetiva-se investigar os efeitos dessa categoria de notificação nos mecanismos de produção de dados epidemiológicos e na visibilidade da epidemia de sífilis. Para isso, serão estudadas as definições de casos⁴ criadas para a notificação sífilis em gestante, o debate público e especializado em torno dos dados produzidos por essa categoria, bem como as medidas e ações de saúde desenvolvidas através de sua consolidação no sistema de vigilância em saúde.

Considera-se que essa abordagem permite o desenvolvimento da questão fundamental de pesquisa desta tese de doutorado: como doenças são identificadas como problemas de saúde e instituídas como epidemias? Ou seja, o que é uma epidemia e como são constituídas? E quais são os efeitos desse conceito para a compreensão da doença e elaboração de medidas e ações de saúde.

Para a consecução desses objetivos selecionou-se como material de análise boletins epidemiológicos, formulários de notificação e instrumentos normativos e técnicos do Ministério da Saúde, bem como estudos epidemiológicos sobre a sífilis e publicações de veículos de imprensa nacionais.

Esta pesquisa contribui para o campo da antropologia da ciência e tecnologia por meio do estabelecimento de um diálogo com os estudos antropológicos sobre epidemias (Kelly;

o final da década de 1980, era Sistema de Vigilância Epidemiológico. Para uma história do percurso da vigilância em saúde no Brasil ver o artigo de Cátia Martins de Oliveira e Marly Marques Cruz e também o capítulo de Costa e Rozenfeld no livro *Fundamentos da Vigilância Sanitária* (Rozenfeld [org.] 2000).

³ Transmissão vertical se refere à transmissão da doença da mãe para o filho durante a gestação, parto ou amamentação.

⁴ A definição de caso refere-se aos critérios que regulam a entrada ou eliminação de casos de uma doença nos sistemas de informação.

Keck; Lynteris 2019), com foco na produção de dados epidemiológicos por sistemas de vigilância em saúde. Assim, esse trabalho também desenvolve uma interface com pesquisas sobre a dimensão social dos números, produção e quantificação da sociedade (Caduff 2014; Hacking 1991; Lakoff 2019; Galloway; Thacker 2007).

A eliminação vertical da sífilis

A eliminação da transmissão vertical da sífilis já foi objeto de políticas específicas de saúde em 1994, quando foi incluída no Plano Regional Multiprogramático da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) com referência aos países da América Latina e Caribe. Uma década depois, com a constatação que os indicadores de doenças não diminuíram na região, este projeto foi incluído como parte integrante do plano de trabalho de sua Unidade de HIV/AIDS para os anos de 2004 e 2005 (OPAS 2005).

Essa agência reformulou o programa de eliminação da sífilis congênita, cuja formulação final está contida no documento *Eliminação da sífilis congênita na América Latina e no Caribe: uma referência para sua implementação* (OPAS 2005). A eliminação da sífilis congênita foi definida pela OPAS como a redução de sua incidência para valores menores ou iguais a 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos, incluindo natimortos. Esta organização também definiu normas para o monitoramento, diagnóstico e tratamento da sífilis congênita em mulheres grávidas. Assim, um de seus objetivos foi padronizar a vigilância da doença na região, e entre as medidas dessa linha de ação está a revisão da definição de caso da sífilis congênita e a criação da categoria de notificação “sífilis em mulheres grávidas”.

Este programa da OPAS tornou a sífilis visível no contexto das políticas de saúde no Brasil. A eliminação de sua transmissão vertical foi incluída em 2004 como uma prioridade no Programa Nacional de DST-Aids do Ministério da Saúde (PN-DTS/Aids). No mesmo ano, os dados de notificação de sífilis congênita passaram a ser publicados em boletins epidemiológicos, a definição de caso para sífilis congênita foi reformulada e foi criada a categoria de notificação de sífilis em gestantes.

A prioridade de atenção sobre a sífilis congênita e a prevenção da transmissão vertical nas políticas de saúde relativas à doença decorrem de sua importância para a contenção dos indicadores de mortalidade infantil, bem como dos custos mais elevados e do prognóstico mais complexo para o tratamento de um recém-nascido com sífilis, em relação aos casos gerais de sífilis adquirida.

Categorias de notificação

Com relação à sífilis congênita, no Brasil, a nova definição de caso foi desenvolvida por uma equipe formada por representantes de diversos setores do campo da saúde. Envolveu funcionários do Ministério da Saúde do departamento de atenção primária e das áreas técnicas de saúde da mulher e da criança, e também contou com a participação de representantes da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis (Paz *et al.* 2005).

Esta definição apresentou como principal alteração a eliminação da classificação de casos nas categorias “confirmados” e “presumidos”. Assim, as notificações da sífilis congênita passaram a ser contabilizadas somente após a confirmação do diagnóstico, bem como a categoria “casos descartados” foi excluída da quantificação da doença (Tyara *et al.* 2007).

Esta definição de caso foi elaborada em estudo parturiente-sentinela desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 2004. Esta pesquisa adotou como critério diagnóstico para sífilis congênita a realização de testes treponêmicos reativos e, na situação de sua indisponibilidade, os resultados dos testes não treponêmicos iguais ou superiores a 1:2 (Szwarcwald 2007)⁵. Este é considerado um título baixo, de modo que tal mudança aumentou a sensibilidade⁶ do sistema de vigilância, fazendo com que mais casos sejam detectados, com a consequência de produzir também mais diagnósticos falso-positivos. Este pode ser considerado um dispositivo importante na constituição da epidemia, pois criou estratégias para ampliar a visibilidade estatística da doença.

O estudo mencionado foi conduzido por meio de seleção por amostragem probabilística de gestantes e serviços de assistência ao parto e foi aplicado semestralmente a partir do ano 2000. Um de seus objetivos foi determinar a prevalência de sífilis em mulheres grávidas, visto que naquela época essa população ainda não se conformava com uma categoria de notificação e, portanto, não era quantificada por meio do registro dos casos identificados pelos serviços de saúde. A nova definição de caso de sífilis congênita foi elaborada em conjunto com a categoria de notificação “sífilis em gestantes”.

A constituição desta categoria e sua incorporação aos sistemas nacionais de vigilância na região da América Latina e Caribe foi, justamente, um dos objetivos do programa da OPAS.

⁵ Essa titulação indica que mesmo que o sangue seja diluído 16 vezes, ainda é possível identificar anticorpos reativos à infecção, no entanto, por não se tratar de um teste treponêmico, podem não estar especificamente relacionados a *Treponema pallidum*.

⁶ A sensibilidade de um sistema de vigilância em saúde refere-se à sua capacidade de detectar um grande número de casos, através de definições de caso mais flexíveis.

Esta categoria de notificação não foi considerada apenas um “dado útil, mas a linha de base”, “um dos pilares do programa” para eliminar a transmissão vertical da sífilis (OPAS 2005: 21-25). Era preciso identificar e quantificar essa população para impedir a transmissão da sífilis ao recém-nascido.

Naquele momento, “as definições de caso para o diagnóstico de sífilis em mulheres grávidas não eram iguais para todos os países” (OPAS 2005: 12). Assim, a OPAS orientou a incorporação da notificação de “sífilis materna” nos sistemas de vigilância e sugeriu uma definição de caso que “se aplicasse universalmente” (OPAS 2005: 19). Essa definição afirma que devem ser notificados como casos positivos:

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

Esta definição de caso foi considerada sensível, uma vez que não requer evidências clínicas somadas ao resultado do teste para confirmação da notificação, sendo suficiente apresentar apenas um desses dois tipos de evidência. O programa da OPAS (2005) para a eliminação da transmissão vertical da sífilis também propõe a padronização dos campos para preenchimento das fichas de notificação e para o fluxo dessas informações.

No Brasil, as infraestruturas para a implantação da notificação de sífilis em gestantes já estavam sendo preparadas no ano anterior. Em 2004, o Ministério da saúde determinou a aplicação do exame VDRL⁷ para todas as parturientes hospitalizadas, com registro obrigatório desse procedimento nas autorizações de internação hospitalar. No ano seguinte, a sífilis em mulheres grávidas foi oficialmente incluída na lista de doenças de notificação.

A definição de caso elaborada para esta categoria foi a seguinte: “Mulher grávida que, durante o pré-natal, apresenta evidência clínica e/ou sorologia não treponêmica reativa, com teste não treponêmico reativo ou positivo” (Brasil 2006: 27). Esta definição seguiu a proposta da OPAS, no sentido de que permite evidência clínica ou sorológica para confirmação do caso, sem necessidade de sobreposição de evidências.

Os números produzidos por esta categoria de notificação foram inicialmente baixos. Se o 2004 o estudo parturiente-sentinela, citado anteriormente, estimou que 1,6% do universo

⁷ VDRL significa *Veneral Disease Research Laboratory* e se refere a um teste para a detecção de doenças sexualmente transmissíveis.

de mulheres grávidas no Brasil foram infectadas com sífilis, o que corresponde a 48.425 casos (BRASIL, 2011), a notificação no ano seguinte registrou apenas 1.863 (as taxas de incidência ainda não eram publicadas). Estes dados demonstram a “magnitude da subnotificação”: apenas 3,8% do valor estimado foi notificado. No entanto, nos anos que se seguiram, o número começou a aumentar: cinco anos depois, em 2010, houve 10.084 registros notificados de mulheres grávidas infectadas com sífilis, e uma taxa de 2,4 por 1.000 nascidos vivos, o primeiro a ser publicado. Esse foi um aumento de 447%.

O aumento no número de casos de mulheres grávidas infectadas com sífilis foi atribuído pelo Ministério da Saúde como “uma consequência dos esforços para fortalecer o atendimento pré-natal com a realização do diagnóstico e tratamento precoce” (Brasil 2011: 23). Ou seja, o crescimento da sífilis em gestantes foi creditado a ações e medidas de saúde que ampliaram o escopo de sua detecção. Assim, o aumento de 447% no número de mulheres grávidas entre os anos de 2005 e 2010 não foi considerado suficiente para que, naquele momento, fosse instituída a ideia de que a sífilis era uma epidemia no Brasil. Diferentemente, o avanço da doença foi compreendido como o desvelamento de uma realidade já existente, que estava encoberta pela subnotificação.

Com o aprimoramento do sistema de vigilância na detecção de subnotificações dos casos de sífilis em gestantes, os dados produzidos por meio dessa categoria não são mais objeto de subnotificação, ou seja, dados suspeitos, passando a se constituírem como instrumentos para medir este fenômeno. Em 2016, quando a taxa de detecção de sífilis era 13,4 por mil nascidos vivos, a subnotificação de casos de sífilis em gestantes é medida por meio da comparação entre a sua taxa de incidência e a de sífilis congênita:

Nota-se que os estados de Alagoas, Ceará, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe e Tocantins (...) possuem maiores taxas de incidência de sífilis congênita do que as taxas de detecção de sífilis em mulheres grávidas, o que indica possíveis lacunas na atenção pré-natal e no sistema de vigilância epidemiológica. (Brasil 2016: 4).

Em 2016 foi a primeira manifestação do Ministério da Saúde com referência à sífilis como uma epidemia. Trata-se da manifestação do então Ministro da Saúde Ricardo Barros, que em um comunicado à imprensa afirmou que “Os casos [de sífilis] cresceram significativamente. Nós estamos tratando do problema como se fosse uma epidemia para que os resultados da

redução sejam os mais expressivos possíveis”⁸. O conceito reverberou mais fortemente um ano após nos veículos de imprensa nacional, em meio à crise global de desabastecimento de penicilina que afetou o Brasil⁹.

O boletim epidemiológico de 2018, quando a taxa de incidência de sífilis em gestantes é de 21,4 para cada mil nascidos vivos, fica mais explícito que a subnotificação é considerada a causa das diferenças entre os indicadores de sífilis em gestantes e sífilis congênita:

Taxas de incidência de sífilis congênita mais altas do que a detecção de sífilis em gestantes na mesma UF ou capital referem-se a: 1) prováveis lacunas no pré-natal quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento; 2) desafios em relação à notificação oportuna ou subnotificação de casos de sífilis em gestantes; e 3) dificuldades na interpretação dos critérios de definição de casos de sífilis congênita. (Brasil 2018: 8).

A subnotificação não é mais medida pela diferença entre casos estimados e casos relatados, mas pela diferença entre a taxa de detecção de sífilis em mulheres grávidas e a incidência de sífilis congênita. Os dados da categoria “Sífilis em gestantes” passaram a ser regra para determinar a subnotificação.

Essa diferença produz outras diferenças. Na comparação entre dados notificados e estimados, estes últimos são prevalentes (ou seja, o número total de casos em um determinado tempo e espaço, assim como um retrato “fotográfico” da doença). Já a comparação de indicadores usa as taxas de incidência e detecção, que se referem ao número de casos (novos no caso de sífilis congênita) registrados a cada ano. Esta medida da subnotificação, portanto, é mais dinâmica, pois é capaz de determinar o seu valor anualmente.

A diferença entre os indicadores de sífilis congênita e sífilis em gestantes indica casos não captados pelo sistema de vigilância porque toda criança que nasce com sífilis adquire a doença de sua mãe. Assim, se houver mais notificações para recém-nascidos do que gestantes, há subnotificação da última categoria.

⁸ 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 de set. de 2020.

⁹ O conglomerado de mídia Grupo Globo reportou em abril de 2017, na manchete, que “A sífilis volta a ser uma epidemia no Brasil”. Disponível em: <http://g1.globo.com/globo-news/noticia/2017/04/sifilisvolta-ser-uma-epidemia-nobrasil-apesar-do-tratamento-rapido.html>. Acesso em: 29 de set. de 2020. A primeira sentença do artigo da Revista Época afirma que “Brasil está vivendo uma nova epidemia de sífilis”. Disponível em: <https://epoca.globo.com/saude/noticia/2016/11/por-que-o-brasil-vive-uma-epidemiadesifilis.html>. Acesso em: 29 de set. de 2020. Também o título da notícia publicada pela Revista. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/brasil-lives-epidemic-of-syphilis.html>. Acesso em: 29 de set. de 2020.

A comparação é possível porque o cálculo desses dois indicadores é formado pelo mesmo denominador: o número total de nascidos vivos em um mesmo lugar e no mesmo ano. Por esse motivo, a categoria de notificação de sífilis em gestantes é também a única que não mede o risco de contrair a doença. Isso porque seu indicador não utiliza como denominador a população exposta ao problema de saúde, que seria o número total de gestantes em um determinado ano e local. O risco, neste caso, aborda a probabilidade de mudança de estado (doença, morte, efeito adverso) em uma população vulnerável ao evento em questão.

É interessante notar que a relevância dessa diferença entre as taxas de sífilis congênita e de sífilis em gestantes foi mencionada no boletim epidemiológico de 2004: “A alta porcentagem de mulheres grávidas que tiveram o acesso ao diagnóstico de sífilis durante o pré-natal é digno de nota e, mesmo assim, a sífilis foi transmitida aos seus conceptos” (Brasil 2004:6). Porém, naquela época, essa relação não era uma medida de subnotificação, uma vez que a categoria de sífilis em gestantes ainda não havia sido incorporada ao sistema de vigilância.

A comparação dos indicadores de “sífilis em gestantes” e “sífilis congênita” também é usada para indicar a qualidade do processo de notificação, de acordo com o boletim epidemiológico de 2018:

Em comparação com os dados do ano anterior, há uma melhora na notificação de casos de sífilis em gestantes, visto que em 2016, além de Pernambuco e Rio Grande do Norte, outros quatro estados também apresentaram taxas mais elevadas de sífilis congênita do que sífilis em mulheres grávidas (Tocantins, Ceará, Sergipe e Piauí). (Brasil 2018: 8).

Antes da mobilização da categoria de notificação “sífilis em gestantes” para medir a qualidade das notificações, esta verificação era realizada pela investigação do preenchimento das variáveis nas fichas de notificação.

Em boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, publicado em 2007, dedicado à avaliação das notificações de sífilis congênita entre os anos 2000 a 2003, estas são examinadas, entre outros tópicos¹⁰, através da análise dos “Campos obrigatórios e essenciais para o preenchimento do Formulário de Investigação Individual relacionado aos dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais” (Brasil 2007^a: 1). Em particular, foi calculada a porcentagem dos campos “em branco” e “ignorados” de trinta e duas variáveis.

¹⁰ Essa avaliação do sistema de vigilância também utiliza outros parâmetros, divididos em qualitativos (nos quais a qualidade das notificações é encontrada, juntamente com os atributos de simplicidade, flexibilidade e aceitabilidade), e quantitativos (representatividade, valor preditivo positivo, oportunidade, estabilidade e utilidade).

Esta forma de avaliar a qualidade das notificações é pontual e externa ao sistema de vigilância, uma vez que não faz parte do seu processo normal. A comparação das taxas de “sífilis em gestantes” e “sífilis congênita” estabeleceu uma forma contínua de determinar a qualidade das notificações, por meio de taxas anuais geradas pelos registros oficiais dos casos.

Em 2017, o Ministério da Saúde voltou a alterar as definições de caso das três categorias de notificação da sífilis. Esta mudança teve como objetivo “fornecer sensibilidade adequada na captação dos casos de sífilis congênita e diminuir a subnotificação de casos de sífilis em mulheres grávidas”, de modo que, a partir deste ano, “é provável que o aumento observado em casos de sífilis em mulheres grávidas pode ser atribuído, em parte, a mudança no critério de definição de caso” (Brasil 2017: 4). Especificamente, parto e o puerpério, além do pré-natal, foram considerados períodos oportunos para a notificação.

Este novo conceito foi desenvolvido para reduzir a subnotificação de sífilis em gestantes, conforme informado pelo Ministério da Saúde em nota técnica:

Para reduzir a subnotificação de casos de sífilis em mulheres grávidas, é definido que todos os casos de mulheres com diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser relatados como sífilis em gestantes e não sífilis adquirida (Ministério Da Saúde 2017).

Nesse caso, a subnotificação da categoria sífilis em gestantes era resultado da transferência de registros para a categoria “sífilis adquirida”.

Em 2019, o Ministério da Saúde estima que as mudanças na definição de caso vieram a reduzir a subnotificação de sífilis em gestantes, pois as suas taxas de detecção ultrapassaram as da incidência de sífilis congênita em todas as regiões do país:

No entanto, apesar do aumento de casos notificados, nenhuma Unidade da Federação (UF) teve maior taxa de incidência de sífilis congênita do que a taxa de detecção de sífilis em gestantes, o que pode refletir a melhoria da notificação de casos de sífilis em mulheres grávidas no país (Brasil 2019: 9)

Taxas de detecção de sífilis em gestantes mais altas do que as de sífilis congênita também significa que a doença avança. Em vez de ser eliminada, a sífilis é agora uma epidemia.

Considerações finais: quando uma epidemia se impõe?

Nos primeiros anos em que a categoria de notificação “sífilis em gestantes” produziu dados pelo sistema de vigilância em saúde brasileiro, sua magnitude foi determinada pela

diferença entre os casos notificados e os estimados. Naquele momento, os dados produzidos não foram considerados representativos da realidade da distribuição da doença, de modo que um estudo externo ao sistema de vigilância foi mobilizado para medir a sua subnotificação. Em um segundo momento, os casos não notificados de gestantes com sífilis começaram a ser determinados pela diferença entre as taxas de sua detecção e as taxas de incidência de sífilis congênita.

Os primeiros dados produzidos por esta categoria de notificação não foram considerados confiáveis em termos de seu escopo real. É por esta razão que um aumento de mais de 400% no número de casos entre 2005 e 2010 não foi percebido como verdadeiro para que a sífilis fosse considerada uma epidemia. Foi entendido que este avanço representou a detecção de casos subnotificados e indicou uma melhoria do sistema de vigilância em saúde

É possível afirmar que a credibilidade dos dados de uma categoria de notificação é alcançada, dentre outros fatores, após um certo tempo em que é incorporada ao sistema de vigilância em saúde. O Boletim Epidemiológico de 2017, por exemplo, em relação à notificação da sífilis adquirida, obrigatória em 2014, alerta que a interpretação de seus dados “deve ser feita com cautela, devido à implantação recente da notificação da doença, e os comportamentos observados podem não refletir a real situação da sífilis adquirida no país” (Brasil 2017: 14).

A notificação da sífilis em gestantes foi incorporada ao Sistema de vigilância brasileiro por orientação da OPAS a fim de eliminar a transmissão vertical da doença. Porém, esta categoria foi fundamental para a visibilidade e consolidação da epidemia de sífilis no Brasil. À medida que os dados produzidos reivindicavam mais rigorosamente a realidade do progresso da doença, a epidemia foi se impondo como um fato. A notificação da sífilis em gestantes, ao invés de controlar a epidemia, produziu sua visibilidade. Este processo levou até mesmo ao abandono da perspectiva de eliminação vertical da sífilis no Brasil. Na última edição dos boletins epidemiológicos, este termo, "eliminação", foi gradualmente suprimido.

O boletim de 2011, por exemplo, afirma que “a notificação, a investigação do caso, o tratamento adequado e a implementação de medidas de prevenção contribuirão para a redução de novos casos de sífilis congênita em direção à eliminação da doença” (Brasil 2011: 5). Em 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 implementadas contribuirão para a redução da transmissão vertical da sífilis no país” (Brasil 2016: 23). Em 2017, avalia-se que: “Dado o cenário epidemiológico de aumento de casos de sífilis, combinado com a

subnotificação dos casos, o país ainda não iniciou o processo de certificação para a eliminação da transmissão vertical” (Brasil 2017: 5).

A produção de dados pela categoria de notificação “sífilis em gestantes” desvelou uma epidemia que exclui das perspectivas da saúde pública brasileira o projeto de eliminação de sua transmissão vertical, que foi ele mesmo responsável por sua incorporação ao sistema de vigilância. Esta é uma das maneiras pelas quais uma epidemia é instituída: quando elimina os projetos que visavam seus fins. Elaboro ainda uma última consideração para esse trabalho.

A categoria de notificação “sífilis em gestantes” teve um importante efeito na consolidação da sífilis como uma realidade epidemiológica. Ela estabeleceu um método de verificação autorreferente: a identificação da subnotificação pela diferença entre suas taxas e aquelas de sífilis congênita. O parâmetro para esse cálculo não é mais externo ao processo de notificação, como era o caso do estudo de prevalência.

Mais do que uma técnica de detecção, essa operação estabelece critérios de compreensão da doença que a tornam visível, quantificável e também sujeita à intervenção. Por exemplo, medidas de aprimoramento do sistema de vigilância foram tomadas quando as taxas de sífilis em gestantes foram mais baixas do que aquelas de sífilis congênita.

Traduzir a sífilis em um conjunto de dados não é somente uma forma de representar, mas também de intervir, já que o dado é a produção de uma realidade para a interferência: representação e intervenção estão em relação de mútua implicação: informação e controle operam uma medicina que transforma o corpo infectado em um código – um indicador de saúde – que distribui a vida em números. Seguindo Deleuze, essa é uma medicina

Sem médico nem doente, que resgata doentes potenciais e sujeitos a riscos, que de modo algum demonstra um progresso em direção à individuação, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria “dividual” a ser controlada. (Deleuze 1992: 7).

Estamos acostumados a pensar que somente intervenções são práticas concretas. Processos de quantificação nos mostram que representações são práticas também, o que nos oferece um modo de pensar sobre suas políticas. Essas visibilidades epidemiológicas emergem por meio de protocolos, “orientações e padrões tecnocientíficos que governam relações entre redes” (Galloway; Thacker 2007: 28). Formulários de notificação, definições de caso, testes de detecção são protocolos que materializam decisões acerca de como traduzir uma vida biológica – uma bactéria que infecta um corpo – em um conjunto de dados: uma realidade suscetível à interferência. São biopolíticas condensadas.

Referências

CADUFF, Carlo. 2014. On the verge of death: Visions of biological vulnerability. *Annual Review of Anthropology*, 43.

COSTA, Ediná A.; ROZENFELD, Suely. Marcos Históricos e Conceituais. 2000. In: ROZENFELD, Suely. (org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 304-314.

DELEUZE, Gilles. Postscript on the Societies of Control. 1992. *The MIT Press*, 59: 3–7, October.

GALLOWAY, Alexander R.; THACKER, Eugene. 2007. *The Exploit: A Theory of Networks*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

HACKING, Ian. How Should We Do the History of Statistics? 1992. In: BURCHELL, Graham; GORDON, Colin; MILLER, Peter. (org.). *The Foucault effect: studies in governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press.

KELLY, Ann H; KECK, Frédéric; LYNTERRIS, Christos (org.). 2019. *The anthropology of epidemics*. London: Routledge.

LAKOFF, Andrew. What is an epidemic emergency. 2019. In: KELLY, Ann H.; KECK, Frédéric; LYNTERRIS, Christos (org.). *The anthropology of epidemics*. London: Routledge.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Brasil). 2004. *Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS. Boletim epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Brasil). 2011. *Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS. Boletim epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Brasil). 2007. *Programa Nacional de DST e AIDS. SÍFILIS. Boletim epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Brasil). 2016. *Programa Nacional de DST e AIDS. SÍFILIS. Boletim epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Brasil). 2017. *Programa Nacional de DST e AIDS. SÍFILIS. Boletim epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Brasil). 2018. *Programa Nacional de DST e AIDS. SÍFILIS. Boletim epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. (Brasil). 2006. *Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso*. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. (Brasil). 2017. *Nota Informativa 2*. Brasília: Ministério da Saúde.

OLIVEIRA, Cátia Martins de; CRUZ, Marly Marques. 2015. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde em debate*, 39(104): 255-267.

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

PAZ, Leidijany C. *et al.* 2005. Nova definição de casos de Sífilis Congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4): 486-7.

STAR, Susan Leigh; BOWKER, Geoffrey. 1999. *Sorting Things Out*. Cambridge, England: Mitpress.

SZWARCWALD, Célia L. *et al.* 2007. Resultados do estudo Sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 19(3-4): 128-33.

TAYRA, Angela *et al.* 2007. Duas Décadas de Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita no Brasil: a Propósito das Definições de Caso. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 19(3-4): 111-119.