

- A SBHC
- REVISTA
- BOLETIM
- PRÊMIOS SBHC
- SEMINÁRIOS E EVENTOS ANTERIORES
- NOTÍCIAS
- LINKS
- CONTATO
- GENCT - GRUPO DE TRABALHO E ESTUDOS DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E DA TÉCNICA

Boletim SBHC



Receba em seu e-mail o nosso informe

Nome*

E-mail*

Cadastrar
 Remover

OK

[Compartilhe |](#)

A notificação de doenças no Brasil: um problema histórico

Luiz Alves Araújo Neto*

Uma das faces mais trágicas da pandemia de Covid-19, a doença causada pelo novo coronavírus, diz respeito às respostas do governo brasileiro ao processo epidêmico, marcado profundamente por negacionismos tanto ao impacto da infecção quanto aos enunciados técnicos-científicos. Recentemente, ganhou grande repercussão a iniciativa do Ministério da Saúde de não divulgar os boletins epidemiológicos diários da doença, sob a argumentação de que seria necessário realizar uma recontagem dos casos e verificar possíveis erros de notificação[1]. Somado a isso, em mais de uma situação, o Ministério da Saúde realizou correções no número de mortes divulgadas, sempre reduzindo o dado diário.

Essa medida, no mínimo controversa, do governo federal tem como pano de fundo o constante questionamento do presidente e de seus grupos de seguidores quanto a uma suposta "notificação exagerada" dos casos de Covid-19. Pesquisadores e profissionais de áreas técnicas da Epidemiologia, entretanto, têm indicado constante subnotificação dos casos, principalmente devido à carência de testes para diagnóstico da infecção no país[2]. O cenário epidêmico mostra que, além de um problema referente à organização e ao funcionamento do sistema de saúde, a notificação também é objeto de controvérsias. Embora seja inegável o papel da atuação do atual governo na resposta à epidemia, é necessário compreender o problema da notificação de doenças a partir de uma perspectiva histórica.

Notificar, registrar e quantificar doenças tem sido um problema recorrente em diferentes momentos da história do Brasil, envolvendo tensões sobre a capacidade de gerenciamento de dados pelo Estado, da autonomia da prática médica, da experiência do adoecimento e das representações sociais das doenças, do desenvolvimento de métodos de quantificação e análise, entre outros. Neste artigo, exploro brevemente a historicidade do problema da notificação de doenças no Brasil, abordando como, em diferentes momentos, controvérsias sobre esse tema auxiliam à compreensão de aspectos de organização do campo da saúde, partindo da perspectiva de que soluções para problemas da ordem científica são ao mesmo tempo soluções para problemas da ordem social[3]. Para tanto, discutirei períodos específicos de maneira pontual, não me dedicando a uma concatenação temporal.

A ideia de notificar a ocorrência de doenças possui uma longa história, remetendo à organização de aparatos estatais para o controle populacional e gerenciamento da força de trabalho, além da emergência das companhias de seguros, que demandavam o conhecimento das condições de saúde dos segurados[4]. O imperativo de quantificar atingia diferentes áreas da vida social, envolvendo uma forma de pensar a organização da sociedade e as maneiras de governá-la, uma "razão estatística"[5] que orientava as tomadas de ações pelos Estados Nacionais.

No Brasil, esforços para a elaboração de bases estatísticas de doenças remontam à própria estruturação do Estado, desde o período imperial. Em 1871, foi criado, durante o reinado de D. Pedro II, a Diretoria Geral de Estatística (DGE), que tinha entre suas funções a elaboração do censo, a organização de quadros de nascimentos, casamentos e óbitos e a formulação de planos estatísticos para o império brasileiro[6]. Em 1872, a DGE realizou seu primeiro censo, a "grande obra estatística do império"[7]. Apesar desses empreendimentos estatísticos, somente na Primeira República os dados referentes a doenças ganharam maior espaço nos campos médico e político, principalmente devido à transformação da saúde em "questão nacional"[8]. Ainda assim, as limitações no funcionamento da Diretoria Geral de Estatística e do Registro Civil tornavam levantamentos de frequência de doenças um exercício bastante complicado, como apontava Azevedo Sodré em estudo acerca das estatísticas de câncer no Brasil, em 1904:

Infelizmente o serviço do registro civil não funciona ainda no Brasil com a precisão e regularidade que eram para desejar, de sorte que os trabalhos feitos com os dados por elle fornecidos são sempre incompletos e deficientes. Em todos os Estados há falhas com respeito a numerosos districtos, cujos mappas ou não são enviados ou extraviam-se, e em muitos estas falhas abrangem a grande maioria dos districtos do respectivo Estado[9].

A reivindicação de Sodré para uma melhor estrutura de levantamento estatístico no campo da saúde tendeu a ganhar proporções cada vez maiores com o passar das décadas. Apontado como um problema de ordem técnica, esse melhoramento também respondia a demandas da ordem social, pois "além de reforçar os temas de uma agenda nacional, a estatística abre zonas de visualização da população que deslocam as fronteiras políticas que enquadravam a ação pública"[10]. No caso da saúde, esse dimensionamento nacional permitiu uma ampliação estrutural dos dispositivos de levantamento de dados sobre doenças específicas. É importante ressaltar que a ineficácia de serviços nacionais de quantificação não implicava na ausência de levantamentos sobre doenças em escala regional, uma vez que diversos médicos se engajavam nesse esforço a fim de mapear as enfermidades em suas localidades. O ponto, aqui, se direciona à sistematização e estruturação do processo de notificação, registro e divulgação.

Em 1941, durante a Era Vargas, como resultado da política de estruturação da saúde pública e da centralização administrativa do setor, foi criado o Serviço Federal de Bioestatística que tinha como principal função auxiliar outros serviços nacionais voltados a doenças específicas na coleta e disponibilização de dados estatísticos[11]. Além da limitação geográfica – o serviço tinha alcance principalmente no Rio de Janeiro – havia problemas práticos referentes à contagem de doenças. Algumas enfermidades transmissíveis eram classificadas na lista de notificação compulsória, levando em consideração o risco de contágio, mas o processo era complexo, pois envolvia o temor dos doentes e de suas famílias com possíveis intervenções de isolamento forçado. Em outras condições, como no caso do câncer, havia também uma considerável dificuldade da realização do diagnóstico, mesmo em autópsias, devido à carência de instrumentos para testes ou mesmo do treinamento dos profissionais para identificação da doença[12].

Outro ponto importante dizia respeito ao método de quantificação estatística. Até meados do século XX, os estudos epidemiológicos se concentravam nos índices de mortalidade pelas doenças, constantemente extrapolando-os em números de frequência e incidência. Com o desenvolvimento de estudos sobre doenças crônicas e incapacidades físicas, nem sempre associadas à morte ou mesmo com uma temporalidade de adoecimento mais longa do que enfermidades agudas, ganhou força no campo da saúde os estudos de morbidade, que investigam os números de portadores de uma doença, levando em consideração aspectos do adoecimento[13].

A partir dos estudos de morbidade e do desenvolvimento da epidemiologia como um campo disciplinar, a discussão sobre a notificação de doenças foi ressignificada do dimensionamento social dos problemas de saúde para o planejamento e tomada de decisões no setor. Em 1961, um decreto assinado pelo presidente Juscelino Kubitschek regulamentou o Código Nacional de Saúde, no qual constava uma lista de doenças cuja notificação de casos seria compulsória[14]. Novamente, o tema gerou controvérsias, desta vez, com maior foco na disposição dos médicos em remeter ao Ministério da Saúde os dados das doenças listadas, principalmente com a alegação de que a medida era autoritária, uma intervenção do governo federal à autonomia da prática médica. O médico Antônio Pedro Mirra, em debate sobre o novo código, indicava que: "A experiência tem demonstrado que toda disposição legislativa autoritária, no sentido de cooptação do médico, não tem dado melhores resultados do que a colaboração espontânea. É necessário que o médico se convença da importância desses estudos e de sua colaboração"[15].

Essa tensão entre ações regulatórias e a prática médica é amplamente explorada pela literatura dedicada à história e sociologia da quantificação e padronização. Estava em jogo o processo de regulação da prática clínica pelo Estado orientado por um sistema de objetividade estatística, que demandava a produção de dados para análise e planejamento das ações em saúde. De modo geral, a ampliação da importância das estatísticas na produção do conhecimento em saúde, bem como a crescente noção de que era necessário embasar ações médicas em evidências epidemiológicas, aumentou significativamente a pressão para movimentos regulatórios, tanto por parte dos Estados quanto pelas comunidades médicas nacionais[16].

Outro aspecto de grande relevância nos anos 1960 era a força da medicina previdenciária e do setor privado em saúde. Com o desenvolvimento da medicina hospitalar, a profissão médica brasileira cada vez mais se aproximava de um ideal liberal de identidade socioprofissional, o que tornava a relação com deliberações estatais sobre a prática cotidiana dos médicos um problema de classe. Como os levantamentos estatísticos dependiam, sobretudo, do fornecimento de dados pelos hospitais privados, o gerenciamento das tensões para que houvesse notificação das doenças listadas era crucial, e foi um dos fatores que alimentaram a subnotificação.

Até este ponto, já foram colocadas três ordens de problemas envolvendo o tema da notificação de doenças: o alcance dos serviços estatísticos; a organização metodológica; e a tensão entre ações regulatórias e a prática médica. Essas três dimensões foram estruturantes da maneira como a notificação foi incorporada como prática dos sistemas de saúde no Brasil, e é preciso levá-las em consideração para compreender o cenário de vigilância epidemiológica moldado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nos anos 1970 e 1980, a conformação do campo da saúde no país e a mobilização em torno de uma nova concepção de saúde, mais ampla e pautada na teoria da determinação social do processo saúde-doença[17], intensificaram as discussões sobre o planejamento no setor, aumentando a relevância das estatísticas e da epidemiologia[18].

Na Lei Orgânica da Saúde, responsável pela criação do SUS em 1990, foi estabelecido o sistema de vigilância epidemiológica, "um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos[19]". Em níveis organizacionais, pela primeira vez havia uma estrutura no sistema de saúde voltada para a elaboração e divulgação de dados epidemiológicos em nível nacional, uma pauta com mais de cem anos. Entretanto, se o sistema de vigilância é uma resposta a problemas de ordem técnica e social, sua efetividade depende dessas mesmas ordens, e se relaciona às tensões estruturantes abordadas neste artigo.

A relação do governo Bolsonaro com a notificação da Covid-19 possui, certamente, aspectos particulares de um projeto político pautado no negacionismo e no exterminio das populações mais vulneráveis. Observar o problema da notificação em perspectiva histórica permite a compreensão de aspectos que vão além da atual situação, representando fatores estruturais

à ocorrência de subnotificação. Somados à conjuntura em que vivemos, esses fatores mais amplos formulam um cenário tenebroso. Estamos vivendo o mais dramático e cruel dos episódios de nossa longa história de subnotificação no setor da saúde.

*Doutor em História das Ciências e da Saúde. Bolsista de Pós-Doutorado no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, com bolsa da Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ/ PDR-10). Pesquisador do Observatório História e Saúde (Fiocruz). E-mail: luizalvesan@hotmail.com

[i] "Brasil é destaque no mundo por não divulgar dados de morte por covid-19", *BBC News*, 08 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52967730>. Acesso em: 19/06/2020.

[ii] FARIA, Flávia. "Subnotificação de 6.000 mortes por coronavírus pode ter sido causada por falha em testes", *Folha de São Paulo*, 02 de junho de 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equlibrioesaude/2020/06/subnotificacao-de-6000-mortes-por-coronavirus-pode-ter-sido-causada-por-falha-em-testes.shtml>. Acesso em: 19/06/2020. CRUZ, Márcia M. "Governo admite subnotificação de 1 para cada 10 casos de coronavírus", *Estado de Minas Gerais*, 26 de maio de 2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2020/05/26/interna_gerais.1150777/governo-admite-subnotificacao-de-1-para-cada-10-casos-de-coronavirus.shtml. Acesso em: 19/06/2020.

[iii] SHAPIN, Steven & SCHAFER, Simon. *Leviathan and the air-pump: Hobbes, Boyle, and the experimental life*. Cambridge: Harvard University Press, 2011.

[iv] HACKING, Ian. *La Domesticación del azar: la erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias de caos*. Barcelona: Gedisa, 1995.

[v] DESROSIÈRES, Alain. *La politique des grandes nombres: histoire de la raison statistique*. Paris: La Découverte, 1995.

[vi] SENRA, Nelson. *O saber e o poder das estatísticas: uma história das relações dos estatísticos com os Estados nacionais e com as ciências*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

[vii] CAMARGO, Alexandre de Paiva. *A construção da medida comum: estatística e política de população no Império e na Primeira República*. Tese de Doutorado. Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016. p. 203.

[viii] Ibidem.

[ix] SODRÉ, Azevedo. "A frequência de câncer no Brasil". *Brazil Medico*, v. 18, n. 23, p. 229-232, jun. 1904.

[x] CAMARGO, Alexandre de Paiva. Dimensões da nação: uma análise do discurso estatístico da Diretoria Geral de Estatística (1872-1930). *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 30, n. 87, 2015. p. 79-95. p. 93.

[xi] FONSECA, Cristina. *Saúde na Era Vargas: dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

[xii] ARAÚJO NETO, Luiz Alves. *Prevenção do câncer no Brasil: mudança conceitual e continuidade institucional no século XX*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2019.

[xiii] WEISZ, George. *Chronic Disease in the Twentieth Century: a history*. Baltimore: John Hopkins University Press, 2014.

[xiv] BRASIL. *Decreto n. 49.974, de 21 de janeiro de 1961*. Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde.

[xv] MIRRA, Antônio Pedro. "Diretrizes para os estudos epidemiológicos do câncer no Brasil". *Boletim de Oncologia (Revista Brasileira de Cirurgia)*, vol. 43, n. 2, 1962. p. 119-124.

[xvi] CAMBROSIO, Alberto et al. "Regulatory objectivity and the generation and management of evidence in medicine". *Social Science & Medicine*, 63(1), 2006: 189-199.

[xvii] BARRADAS, Rita Barata. *Como e por que as desigualdades sociais impactam a saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

[xviii] ARAÚJO NETO, Luiz Alves. *Prevenção do câncer no Brasil: mudança conceitual e continuidade institucional no século XX*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2019.

[xix] BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.