

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

MAS AFINAL, POR QUE A SÍFILIS CRESCE? ETNOGRAFIA DE UMA EPIDEMIA
REEMERGENTE NO BRASIL

Eduardo Doering Zanella

Porto Alegre, 2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

MAS AFINAL, POR QUE A SÍFILIS CRESCE? ETNOGRAFIA DE UMA EPIDEMIA
REEMERGENTE NO BRASIL

EDUARDO DOERING ZANELLA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para a obtenção do título de doutor em antropologia social

Área de concentração: Antropologia Social

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabíola Rohden

Porto Alegre, fevereiro de 2022

CIP - Catalogação na Publicação

Zanella, Eduardo
Mas afinal, por que a sífilis cresce? Etnografia de
uma epidemia reemergente no Brasil / Eduardo Zanella.
-- 2023.
178 f.
Orientador: Fabíola Rohden.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia
Social, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Sífilis. 2. Epidemia. 3. Brasil. 4.
Antropologia. 5. Etnografia. I. Rohden, Fabíola,
orient. II. Título.



ATA PARA ASSINATURA Nº _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social
ANTROPOLOGIA SOCIAL - Doutorado
Ata de defesa de Tese

Aluno: Eduardo Doering Zanella, com ingresso em 12/03/2018
Título: **Mas afinal, por que a sífilis cresce? Etnografia de uma epidemia reemergente no Brasil**
Orientador: Prof^a Dr^a Fabíola Rohden

Data: 08/02/2023
Horário: 14:00
Local: IFCH

<u>Banca Examinadora</u>	<u>Origem</u>
Jean Segata	UFRGS
Maria Conceição da Costa	Unicamp
Ednalva Maciel Neves	UFPB

Porto Alegre, 08 de fevereiro de 2023

<u>Membros</u>	<u>Assinatura</u>	<u>Avaliação</u>
Jean Segata p/ VIDEO CONFERÊNCIA		APROVADO
Maria Conceição da Costa p/ VIDEO CONFERÊNCIA		APROVADO
Ednalva Maciel Neves p/ VIDEO CONFERÊNCIA		APROVADO

Conceito Geral da Banca: (A) Correções solicitadas: () Sim (X) Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que financiou essa pesquisa por meio da concessão de bolsa de estudos durante todo o meu curso de doutorado, com período sanduíche realizado em Portugal. Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde realizei minha formação desde o mestrado, e que me oportunizou uma formação de excelência.

Agradeço à minha banca de qualificação, composta pela professora Rosana Castro e pelo professor Jean Segata, que muito contribuíram para os rumos e objetivos que essa pesquisa perseguiu.

Agradeço à minha orientadora, Fabíola Rohden, que acompanhou com dedicação e interesse o desenvolvimento dessa pesquisa. Sou muito grato pela oportunidade de usufruir mais uma vez de seus conselhos e ensinamentos, assim como pela confiança que novamente depositou em meu trabalho.

Agradeço à minha coorientadora no período de doutorado sanduíche, professora Cristiana Bastos. Obrigado por ter me acolhido em um momento tão delicado, na crise da pandemia de COVID-19, e pela atenção e esforço dispensados ao meu trabalho.

Agradeço também ao Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, por me receber e fornecer todo suporte que eu necessitava para desenvolver a pesquisa em Portugal. Agradeço também ao professor João Vasconcelos, por conduzir o Seminário de Doutorado do curso de antropologia do ICS-ULisboa e por me conceder a oportunidade de apresentar os desenvolvimentos dessa pesquisa.

Agradeço aos colegas do Grupo de Pesquisa Ciências Na Vida. As discussões, questionamentos e propostas desenvolvidas em nossas reuniões não contribuíram

somente para a realização dessa tese de doutorado, mas também foram de relevância fundamental para a minha formação.

Agradeço aos professores que participaram da banca de defesa dessa tese de Doutorado, Jean Segata, Maria Conceição da Silva e Ednalva Neves. As críticas, comentários e sugestões endereçadas nessa ocasião foram valiosas contribuições para esse trabalho.

Agradeço a meus colegas de doutorado Vinicius Teixeira Pinto e Saura Caumo Guerra, pela amizade, carinho e companhia que tornaram mais estimulante o caminho percorrido até aqui.

Agradeço a minha mãe, Marlene Doering, e ao meu tio, Gilberto Doering, por todo apoio material e suporte emocional que me forneceram ao longo da realização do curso de doutorado. Muito obrigado por tudo e espero um dia retribuir à altura.

Mas afinal, por que a sífilis cresce? Etnografia de uma epidemia reemergente no Brasil

Resumo: Essa tese de doutorado investiga o processo de reemergência da epidemia de sífilis no Brasil, fenômeno assim compreendido desde ao menos o ano de 2015. Trata-se de uma pesquisa orientada pelas propostas teórico-metodológicas de estudos empíricos sobre sistemas de classificações e categorias, um desdobramento do campo de Estudos Sociais em Ciência e da Tecnologia. Objetivo descrever o processo de classificação e de dimensionamento da sífilis como epidemia no Brasil. Para isso, essa pesquisa detém-se na investigação etnográfica de sistemas de vigilância em saúde e produção de dados epidemiológicos, conduzida por meio de pesquisa documental e de entrevistas. Com relação aos temas e tópicos abordados, essa tese de doutorado explora os efeitos do desabastecimento de penicilina sobre as formas de entender e de intervir sobre sífilis no Brasil, os processos pelos quais os dados epidemiológicos da doença foram compreendidos como reais (estudo conduzido em comparação com o sistema de vigilância português); bem como as formas de interpelar o seu crescimento, desenvolvidas em comparações com o caso da AIDS. Demonstro que a reemergência da epidemia de sífilis no Brasil tornou-se visível por meio da ação de indicadores em saúde e argumento que a descrição desse processo exige a reconstituição dos contextos específicos em que esses instrumentos são agenciados.

Palavras-chave: Sífilis, epidemia, dados epidemiológicos, sistema de vigilância, Brasil.

But after all, why does syphilis rise? Ethnography of a reemerging epidemic in Brazil

Abstract: This PhD thesis aims to investigate the syphilis epidemic's reemergence process in Brazil, a phenomenon understood as such since at least 2015. This research is oriented by theoretical-methodological proposals of empirical studies on categories and classification systems, a branch in the field of Social Studies of Science and Technology. My objective is to describe the process of classifying and perceiving syphilis as an epidemic in Brazil. To achieve it, this research focuses on ethnographic fieldwork on health surveillance systems and production of epidemiological data, through documentary research and interviews with health professionals. In relation to approached themes and topics, it explores the effects of penicillin shortage on the understanding and controlling of syphilis in Brazil, the processes by which the disease's epidemiological data were perceived as a faithful resemblance of reality (in comparison with the Portuguese surveillance system), as well as the questions addressed to the perseverance and rising of its cases, as compared to the case of AIDS. I demonstrate that the syphilis epidemic's reemergence process in Brazil became visible through the action of health indicators and argue that its description requires the reconstitution of the specific contexts in which these instruments are mobilized.

Keywords: Syphilis, epidemic, epidemiological data, surveillance system, Brazil and Portugal.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AHF – AIDS Healthcare Foundation

AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida

AJPAS – Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde

BPG – Penicilina G benzatina

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAF – Centrais de Abastecimento Farmacêutico

CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia

CDC – Center for Disease Control

CFF – Conselho Federal de Farmácia

CFM – Conselho Federal de Medicina

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

CNSIDA – Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA

COVID-19 – Doença do Coronavírus

CMED – Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos

DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica

DDAH – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

DF – Distrito Federal

DGS – Divisão Geral de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DSIA – Divisão de Epidemiologia e Estatística

DVS – Divisão de Vigilância em Saúde

ECDC – European Center for Disease Control

EEA GRANTS – European Economic Area Grants

EMIS – The European Men who make Sex with Men Internet Survey

ESCT – Estudos Sociais em Ciência e da Tecnologia

FEMP – Future of European Prevention among MSM

FREBASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FURP – Fundação para o Remédio Popular

GAB – Gabinete de Atenção Básica

GAF – Gabinete de Atendimento à Família

GAT – Grupo de Ativistas em Tratamento

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFA – Insumo Farmacêutico Ativo

INCM – Instituto Nacional Casa da Moeda

INTERFARMA – Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

H1N1 – Influenza A

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HOSHO – Projeto Homens que Fazem Sexo com Homens

HSH – Homens que Fazem Sexo com Homens

MDM – Médicos do Mundo

MS – Ministério da saúde

PN-DST/AIDS – Programa Nacional de DST-AIDS

PNS – Plano Nacional de Saúde

PREVIH – Projecto Infecção pelo VIH/SIDA nos Grupos HSH

PUD – Pessoas que usam drogas.

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SBI – Sociedade Brasileira de Infectologia

SBD – Sociedade Brasileira de Dermatologia

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SCTIE – Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

SER+ – Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à SIDA

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNS – Sistema Nacional de Saúde de Portugal

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Sistema de Vigilância em Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

TS – Trabalhadores do sexo

UF – Unidade da Federação

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

USP – Unidade de Saúde Pública

VDRL – Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas

YMSM – Young Men's who have Sex with Men

APOIO DE FINANCIAMENTO CAPES

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

FIGURA 1: PAÍSES COM RELATO DE ESCASSEZ DE PENICILINA G BENZATINA (BPG) ENTRE 2014-2016.....	53
FIGURA 2: FICHA DE NOTIFICAÇÃO MODELO 1536 – INSTITUTO NACIONAL CASA DA MOEDA, PORTUGAL. ...	100
FIGURA 3: NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES E TAXA DE INCIDÊNCIA DA SÍFILIS.	101
FIGURA 4: FICHA DE NOTIFICAÇÃO ELETRÔNICA.	105
FIGURA 5: INTERFACE DE ACESSO AO SINAVE PELO SCLÍNICO.	106
FIGURA 6: NÚMERO DE TESTES REALIZADOS PARA SÍFILIS PELO CHECKPOINTLX, QUANTIDADE E PERCENTUAL DE TESTES REATIVOS.	122
GRÁFICO 1: TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS ADQUIRIDA (POR 100.000 HABITANTES), TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTES E TAXA DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA (POR 1.000 NASCIDOS VIVOS), SEGUNDO ANO DE DIAGNÓSTICO, BRASIL, 2010 A 2018.	18
GRÁFICO 2: ESTOQUE DE PENICILINA NOS ESTADOS.....	54
GRÁFICO 3: DESABASTECIMENTO DE PENICILINA NO BRASIL, JANEIRO DE 2016.....	59
GRÁFICO 4: NÚMERO ABSOLUTO DE CASOS NOTIFICADOS DE DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA. PORTUGAL, 2013-2016.	110
GRÁFICO 5: PROPORÇÃO DE CASOS NOTIFICADOS POR DOENÇA RELATIVAMENTE AO TOTAL DE NOTIFICAÇÕES, PORTUGAL, 2016.	111
GRÁFICO 6: NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS CONGÊNITA, PORTUGAL, 1999-2016.	111
GRÁFICO 7: NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS, EXCLUINDO A SÍFILIS CONGÊNITA, PORTUGAL, 1999-2016.....	112
GRÁFICO 8: EVOLUÇÃO DOS RASTREIOS E RESULTADOS POSITIVOS PARA SÍFILIS.....	124
GRÁFICO 9: NÚMERO ABSOLUTO DE CASOS DE SÍFILIS (EXCLUINDO A CONGÊNITA) NOTIFICADOS EM PORTUGAL 2004-2010.....	127
GRÁFICO 10: TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE (POR 1.000 NASCIDOS VIVOS) POR REGIÃO E ANO DE NOTIFICAÇÃO, BRASIL, 2005 A 2013.	143
GRÁFICO 11: TAXA DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE (POR 1.000 NASCIDOS VIVOS) POR REGIÃO DE RESIDÊNCIA E ANO DE DIAGNÓSTICO, BRASIL, 2004 A 2013.....	143

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
<i>A sífilis é uma epidemia no Brasil</i>	<i>15</i>
<i>Estudos de categorias e sistemas de classificação</i>	<i>21</i>
<i>Epidemia como conceito performativo</i>	<i>24</i>
<i>Dados performativos e epidemiológicos.....</i>	<i>26</i>
<i>Análise de documentos</i>	<i>29</i>
<i>Epidemias: ciências, políticas e sistemas de saúde</i>	<i>30</i>
<i>Sífilis: sexualidade, políticas de saúde e ciências médicas</i>	<i>35</i>
CAPÍTULO 1 – O DESABASTECIMENTO DE PENICILINA E A EPIDEMIA DE SÍFILIS NO BRASIL	44
1.1 PENICILINA, CIÊNCIAS MODERNAS E SÍFILIS	44
1.2. EVENTO E ORDENAMENTO.....	46
1.2.1 <i>Questões, conceitos e estratégias metodológicas</i>	<i>49</i>
1.3 RUPTURA NO FORNECIMENTO DE PENICILINA.....	50
1.4 ESCASSEZ DE PENICILINA E O CRESCIMENTO DA SÍFILIS NO BRASIL	53
1.4.1 <i>Grupos prioritários</i>	<i>58</i>
1.4.2 <i>A sífilis e o conceito de epidemia se espalham</i>	<i>65</i>
1.5 A EPIDEMIA DE SÍFILIS E O DESABASTECIMENTO DE PENICILINA	66
CAPÍTULO 2: SUBNOTIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS NO BRASIL	70
2.1 SUBNOTIFICAÇÃO: ANÁLISE DE RESÍDUOS E AUSÊNCIAS.....	71
2.1.1 <i>Escalas e escalabilidade.....</i>	<i>72</i>
2.2 INSTITUIÇÕES DA NOTIFICAÇÃO DA SÍFILIS E A CRIAÇÃO DA SUBNOTIFICAÇÃO	75
2.3 BOLETINS EPIDEMIOLÓGICOS, AVALANCHE DE NÚMEROS IMPRESSOS E POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	79
2.4 BOLETINS EPIDEMIOLÓGICOS 2004 – 2010.....	82
2.4.1 <i>Sífilis em gestantes e o projeto de eliminação da transmissão vertical</i>	<i>85</i>
2.5 BOLETINS EPIDEMIOLÓGICOS 2011 - 2020	88
2.6 SUBNOTIFICAÇÃO E A EPIDEMIA DA SÍFILIS.....	92
2.7 SUBNOTIFICAÇÃO E REALIDADE EPIDEMIOLÓGICA	94
CAPÍTULO 3: A BUSCA PELO REAL: SÍFILIS E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM PORTUGAL.	96
3.1 DOENÇAS NÃO NOTIFICADAS NÃO SÃO CONHECIDAS	96
3.2 COVID-19, NOTIFICAÇÕES E FREQUÊNCIA DE CONSULTAS	97

3.2.1 Objeto, questões, estratégias.....	98
3.3 MODELOS IMPRESSOS, DADOS SUSPEITOS.....	99
3.4 A NOTIFICAÇÃO ELETRÔNICA E A BUSCA PELA REALIDADE DA SÍFILIS	103
3.4.1 Integração entre vigilância e prática clínica	106
3.4.2 Vigilância clínica e laboratorial.....	109
3.5 O CRESCIMENTO DA SÍFILIS EM PORTUGAL.....	110
3.6 HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS	114
3.7 A CRIAÇÃO DA POPULAÇÃO HSH EM ESTUDOS DE EPIDEMIOLOGIA E SUA CONSOLIDAÇÃO NA EUROPA	116
3.7.1 EUROPEAN MEN-WHO-HAVE-SEX-WITH-MEN INTERNET SURVEY	118
3.8 GAT E CHECKPOINTLX: HSH EM PORTUGAL	120
3.8.1 Expansão da capacidade de rastreio: CheckPointLX e GAT	122
3.9 HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS E O CRESCIMENTO DA SÍFILIS EM PORTUGAL	126
CAPÍTULO 4: O NOVO, O ANTIGO E NOVO DE NOVO: COMPARAÇÕES ENTRE AIDS E SÍFILIS NAS CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE.....	130
4.1 CLASSIFICAÇÕES, METÁFORAS E EPIDEMIAS	132
4.2 A SÍFILIS NA EMERGÊNCIA DA AIDS.....	134
4.3 EDITORIAIS DE REVISTAS DO CAMPO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE	142
4.4 SÍFILIS E AIDS, E VICE-VERSA	150
CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
<i>Estatísticas em saúde e realidade epidemiológica</i>	<i>154</i>
<i>Sífilis e sua classificação como epidemia</i>	<i>158</i>
REFERÊNCIAS	163

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma epidemia no Brasil

A sífilis¹ é uma doença antiga e já bastante conhecida, cujos registros de sua ocorrência remontam ao século XV no continente europeu. Ao longo de sua história a doença fincou significados profundos e arraigados nos desenvolvimentos das ciências médicas e das políticas de saúde em diferentes partes do mundo, no sentido de provocar o medo generalizado de seu contágio e grandes mobilizações coletivas para o seu controle e eliminação.

A relevância adquirida pela sífilis deveu-se, em muito, à elevada mortalidade e gravidade de suas manifestações, cujos estágios avançados podem provocar desde deformações físicas até a degeneração do sistema nervoso central. O fato de sua transmissão ocorrer através de relações sexuais também contribuiu para a profusão preocupações, ansiedades e pânico ao seu redor. Dessa forma, a doença foi concebida por meio das moralidades que, ao longo dos tempos, revestiram o tema da sexualidade. De acordo com Bashford e Hooker, “durante a maior parte do século XIX ‘doenças contagiosas’ significaram doenças sexualmente transmissíveis” (BASHFORD, HOOKER, 2001, p. 4), categoria na qual a sífilis se destacava como a principal e mais perigosa doença.

A centralidade e a importância da sífilis geraram diversas especulações acerca de suas causas e origens. Ludwik Fleck (2010), em sua obra pioneira

¹ A Sífilis constitui uma infecção sexualmente transmissível (IST), provocada pela bactéria *Treponema pallidum*. A enfermidade se manifesta por meio de quatro fases: primária (entre 4 a 8 semanas, com o aparecimento de úlceras indolores na área infectada), secundária (entre 2 a 6 meses, com erupções cutâneas espalhadas pelo corpo), latente (de 2 a 40 anos, e se caracteriza pela ausência de sintomas significativos) e terciária (formação de gomas sífilíticas, tumorações, deformidade articular, efusões bilaterais no joelho, neurosífilis e sífilis cardiovascular). Informação disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/sifilis-2/> (acesso em 17/12/2022)

Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico, publicada em 1935, descreve a confluência de diferentes teorias que formaram, em sua época, a definição nosológica da doença. A sífilis foi relacionada ao movimento dos astros, em específico os eclipses do sol e o alinhamento de saturno e marte; com eventos climáticos, como a estagnação da água da chuva, percebida como contaminada e contagiosa; e também foi percebida como castigo divino para práticas sexuais consideradas promíscuas e ilícitas, uma vez que era considerada a “doença venérea por excelência”, em referência a Vênus, deusa romana do amor (FLECK, 2010).

A vinculação da sífilis com as relações sexuais estabeleceu a percepção de que a sua transmissão não se deve a condições ambientais ou a movimentos astrológicos, mas sim ao contato com os infectados, o que levou à busca de sua origem em lugares e regiões específicas. Foram elaboradas diversas hipóteses: de que a doença se disseminou na Europa com a chegada de marinheiros da recém-descoberta América nas embarcações de Cristóvão Colombo; que era uma doença de origem francesa; ou, ainda, de raízes italianas. Diversas também foram as suas terapêuticas. Administrou-se mercúrio aos doentes na forma de respiração de seu ar quente; guáiaço, um arbusto originário do Caribe, através da ingestão do líquido da fervura de pedaços de seu tronco; e também sangrias, conjunto de técnicas cujo objetivo era eliminar o sangue contaminado do sujeito doente para o reestabelecimento de sua condição saudável.

A sífilis era, portanto, difusa e misteriosa: além da variedade de teorias sobre a sua origem e da multiplicidade de tratamentos utilizados, a doença ainda era de difícil identificação. Isso porque apresenta sintomas diversos em diferentes configurações, sendo comum que as suas manifestações se tornassem evidentes somente depois de decorrido um longo período de tempo desde o contágio. Anteriormente ao início do século XX, o conceito de sífilis abarcava também um amplo conjunto de enfermidades de transmissão sexual, entre elas gonorreia, cancro mole e o linfogranuloma venéreo (FLECK, 2010).

Foi no ano de 1905 que a bactéria *Treponema pallidum* foi identificada como o agente patológico que provoca a sífilis. Seguiu-se, então, a definição de sua entidade nosológica por meio da Reação de Wassermann, cujo primeiro teste foi realizado em 1906, baseado no isolamento de anticorpos reagentes à infecção.

Esse experimento foi responsável pela sua confirmação sorológica², bem como pela sua associação à degeneração neuronal e à paralisia progressiva, o que tornou a sífilis, ao longo do século XIX, “um dos capítulos mais interessantes da neuriatria e da psiquiatria” (CARRARA, CARVALHO, 2010, p. 392).

No Brasil, durante o século XIX e metade do século XX, a sífilis foi considerada um grande mal civilizatório e uma ameaça à saúde e à moral da nação (CARRARA, 1996), processo em que também tomaram parte as produções antropológicas da época (FREYRE, 1933). Essa forma de compreender a doença levou à elaboração de um largo projeto que movimentou as instituições de saúde pública e de repressão policial do país, bem como os campos científicos envolvidos com o seu flagelo, expressão então corrente para se referir à enfermidade.

O perigo e a ameaça coletiva que a sífilis representou foram dissipados somente com o advento da penicilina e a sua ampla difusão após a segunda guerra mundial. Essa é, ainda hoje, a única terapêutica considerada efetiva para a sua cura. Sendo assim, a partir da década de 1950 a sífilis passou a ser uma presença discreta no Brasil, tanto no que diz respeito a discursos, campanhas e políticas de saúde, quanto com referência à produção de estudos e pesquisas na área das ciências da saúde. Entretanto, muito recentemente, em meados da década de 2010, a sífilis vem chamando a atenção no Brasil e também em outros países do mundo³ em função do aumento dos valores dos indicadores que medem a sua ocorrência e distribuição.

No Brasil, a taxa de detecção da “sífilis adquirida” registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)⁴ subiu de 2.0 para cada cem mil habitantes em 2010, quando foi instituída a sua notificação obrigatória, para 75.8 em 2018 (BRASIL, 2019). No que se refere à “sífilis em gestante”, de notificação obrigatória desde 2005, no mesmo período de tempo esse número subiu de 3.5 para 21.4, para cada mil nascidos vivos. Já a “sífilis congênita”, de notificação obrigatória desde o ano de 1986, apresentou crescimento de sua incidência, entre 2010 e 2018, de 2.4 para 9.0, também para cada mil nascidos vivos (BRASIL,

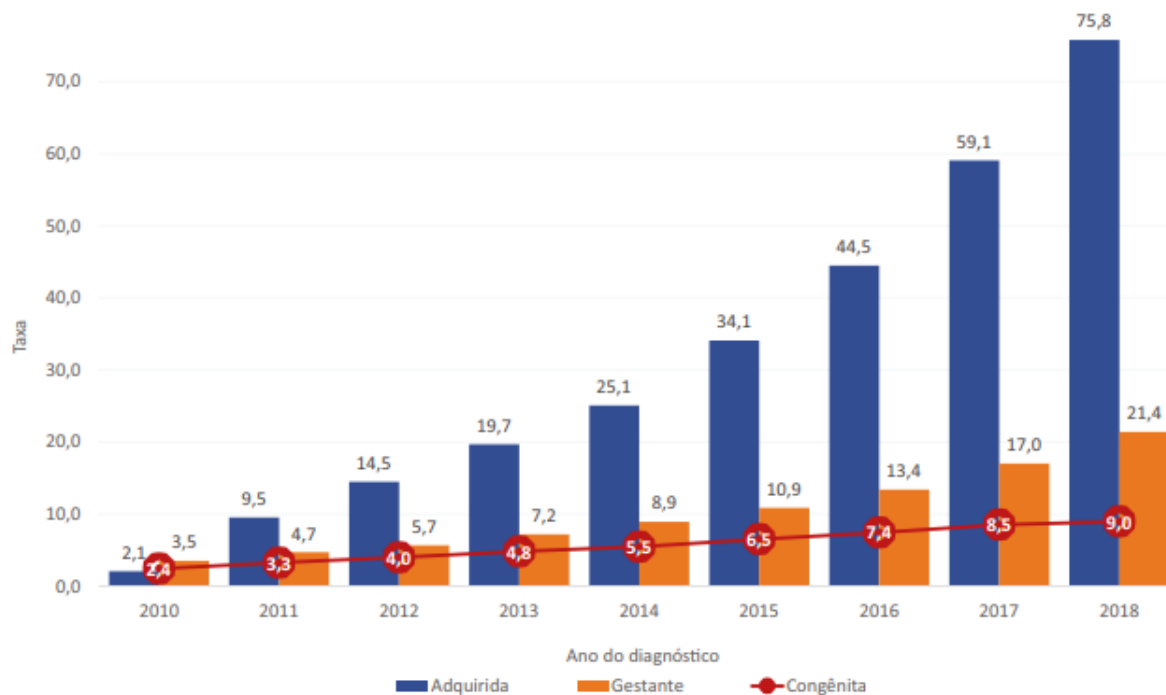
² Fleck também argumenta que a vinculação da sífilis com a reação de Wasserman deu origem à sorologia como uma nova disciplina do campo das ciências médicas (FLECK, 2010).

³ Estados Unidos da América, Alemanha, Portugal e França, por exemplo, são países que também registram o aumento dos casos de sífilis (KOJIMA, KLAUSNER, 2018)

⁴ O Sistema de Informação de Agravos de Notificação é o ambiente informacional que reúne, organiza e divulga os indicadores das doenças de notificação obrigatória no Brasil. No primeiro capítulo dessa tese de doutorado abordo sua constituição e desenvolvimento.

2019)⁵. Essas são as três categorias de notificação da sífilis no Brasil. Abaixo segue o gráfico para visualização desses dados:

Gráfico 1: Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico, Brasil, 2010 a 2018.



Fonte: Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico, Sífilis, 2018, (BRASIL, 2019).

Apesar do aumento dos indicadores expostos acima não constituir uma novidade, visto que os dados produzidos pelo sistema de vigilância indicam tendência de crescimento contínuo desde, ao menos, o início da década de 2010, tal elevação recente nos casos fez com que a sífilis fosse, mais uma vez, definida como uma epidemia no país. A primeira manifestação do Ministério da Saúde nesse sentido foi uma declaração do ministro da pasta em outubro de 2016, 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 possíveis⁶".

⁵ Este crescimento é matizado por diferenças regionais significativas. O Rio Grande do Sul, por exemplo, exibiu em 2018 uma taxa de detecção de sífilis adquirida de 134,8 para cem mil habitantes, bastante acima da média nacional. Já o estado do Rio de Janeiro apresentou no mesmo ano a taxa de sífilis em gestantes de 41,4 para mil nascidos vivos, o dobro do indicador nacional (BRASIL, 2019).

⁶ 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).

A partir desse momento, a epidemia de sífilis é reverberada por diversos veículos da imprensa nacional. Por exemplo, o conglomerado de mídia *Grupo Globo* noticiou, em abril de 2017, na manchete de sua reportagem, que a “Sífilis volta a ser uma epidemia no Brasil” ⁷. A primeira frase da matéria da *revista Época* afirma que “O Brasil vive uma nova epidemia de sífilis” ⁸, enunciado que é o título da notícia divulgada pela *revista Veja*⁹.

A ideia que a sífilis é uma epidemia no Brasil passou a ser divulgada também em publicações do Ministério da Saúde. O boletim epidemiológico da sífilis de 2018 menciona em seu editorial diversas ações empreendidas “em resposta aos desafios para o controle da epidemia” (BRASIL, 2018, p. 3). O sítio virtual do Ministério da Saúde, na página que acessa a campanha de prevenção da doença, afirma logo no texto de introdução ao visitante que “O Brasil vive uma epidemia de sífilis” ¹⁰. O médico infectologista Filipe Perini, coordenador-geral de assistência e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV/AIDS do Ministério da Saúde, em entrevista produzida e divulgada pela própria pasta no sítio *Blog da Saúde*, afirma que “em 2016 a Sífilis foi declarada epidemia no Brasil” ¹¹.

A reemergência da epidemia de sífilis no Brasil ampliou o leque de explicações da doença, para além do já tradicional campo dos comportamentos sexuais. Mesmo que novas formas de gestão de risco de práticas sexuais, que dispensam o uso de preservativos, e a minimização do temor pela contração de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), devido à percepção do HIV/AIDS como uma doença crônica, tenham sido apontadas como fatores que contribuíram para o surgimento desse fenômeno, também surgiram explicações voltadas para o funcionamento do sistema de saúde brasileiro. Essas majoritariamente incidiram sobre falhas e lacunas na cobertura da rede de assistência pré-natal, ausência de controle sorológico dos parceiros sexuais das gestantes, e também o desabastecimento de penicilina que afetou diversos sistemas nacionais de saúde a partir do ano de 2014.

⁷ Disponível em: <http://g1.globo.com/globo-news/noticia/2017/04/sifilis-volta-ser-uma-epidemia-nobrasil-apesar-do-tratamento-rapido.html> (acesso em 29/09/2020).

⁸ Disponível em: <https://epoca.globo.com/saude/noticia/2016/11/por-que-o-brasil-vive-uma-epidemiade-sifilis.html> (acesso em 29/09/2020).

⁹ Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/brasil-vive-epidemia-de-sifilis/> (acesso em 29/09/2020).

¹⁰ Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/sifilis/> (acesso em 21/11/2019).

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

A reemergência da epidemia de sífilis ainda foi acompanhada de um processo de complexificação dos dados produzidos pelo sistema de vigilância brasileiro. Para além da notificação obrigatória da sífilis congênita, instituída em 1986, foram criadas as categorias de notificação “sífilis em gestante” em 2005 e “sífilis adquirida” em 2010. Os dados passaram a ser divulgados em boletins epidemiológicos não só por meio de tabelas, mas também, a partir de 2012, através de gráficos em variadas formas de visualização, bem como em 2015 a distribuição da sífilis começou a ser referenciada nesses documentos por estados, regiões e capitais. Ademais, desde 2016 o Ministério da Saúde apresenta as séries históricas de seus indicadores com referência a todos os municípios do país, através de um sítio virtual exclusivamente dedicado para essa divulgação¹².

A sífilis passou a ser também objeto de normatizações crescentes pelo Ministério da Saúde. A partir da década de 2010 essa instância aumentou o volume de documentos publicados sobre a doença. Em específico, em 2005 foram lançadas as *Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita* (BRASIL, 2005) e em 2006 o *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica para sífilis em gestantes e congênita* (BRASIL, 2006); no ano seguinte, 2007, é publicado o *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis* (BRASIL, 2007); e em 2010, *Sífilis - Estratégias para diagnóstico no Brasil* (BRASIL, 2010).

Já na década seguinte o Ministério da Saúde começa a publicar, em 2012, *Boletins Epidemiológicos* exclusivamente dedicados à sífilis; no ano de 2013 são lançadas as *Orientações para implementação dos testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Básica* (BRASIL, 2013); em 2014 o *Protocolo de investigação da transmissão vertical* (BRASIL, 2014); e a partir de 2015 são publicados os *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às pessoas com IST* (BRASIL, 2015), documento de revisão anual, de modo que a série conta com cinco volumes; já em 2016 é publicado o *Manual técnico para diagnóstico da sífilis* (BRASIL, 2016).

No que diz respeito a políticas de saúde, em 2017 a sífilis passa a ser protagonista de uma campanha voltada especialmente para o seu controle. Nesse ano, o projeto *Sífilis Não*, um convênio entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), criado em 2015, é convertido no *Projeto*

¹² Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/> (acesso em 03/08/2020).

Interfederativo de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção, de gestão centralizada no Ministério da Saúde. Até então, as estratégias de saúde direcionadas ao controle da doença no Brasil eram coordenadas no âmbito do Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS).

Também aumentou, nesse período, a produção científica brasileira da área das ciências da saúde sobre a sífilis. É possível perceber esse fenômeno em uma breve pesquisa do banco de artigos da plataforma *Scielo*: ao selecionar os artigos de coleções brasileiras, com a palavra sífilis no título e classificados como pertencente à “área da saúde”, entre 2000 e 2010 encontram-se 48 artigos; já entre 2011 e 2020, esse número sobe para 89.

A reemergência da epidemia de sífilis no Brasil agenciou, portanto, políticas de saúde, reportagens e matérias de veículos de imprensa e comunicação, produção de dados epidemiológicos, bem como estudos e pesquisas na área das ciências da saúde.

A presente tese de doutorado parte da problematização teórico-metodológica do conceito-entidade fundamental a esse processo, justamente o de epidemia. O que é uma epidemia, como esses eventos são definidos e quais seus efeitos para compreensão e intervenção sobre a sífilis são as questões centrais dessa pesquisa. Proponho que esse é um caminho para descrever uma importante dimensão do que é a sífilis hoje no Brasil. É também investigar como sistemas de saúde identificam seus problemas e agem sobre os mesmos.

Em suma, essa pesquisa apresenta como objeto de estudo a instituição e o desenvolvimento recente da epidemia de sífilis no Brasil. Passo a seguir para as orientações teóricas e às estratégias metodológicas selecionadas para analisar e descrever esse processo.

Estudos de categorias e sistemas de classificação

O estudo de sistemas de classificações é um tema clássico na história da antropologia, que remete tanto às suas primeiras elaborações teóricas quanto aos seus desdobramentos contemporâneos. Sua centralidade no desenvolvimento da disciplina se deve a uma operação fundamental em seus processos de produção de

conhecimento. Trata-se do exercício de comparações como estratégia metodológica para a produção de diferenças no âmbito do estudo de distintas formas de pensar e agir no mundo.

As reflexões teóricas e metodológicas sobre as práticas de classificação já eram mobilizadas pela antropologia no início do século XX, quando se buscava coletar informações e artefatos com a finalidade de descrever sociedades consideradas primitivas tendo em vista a segmentação de seus traços sociais e culturais – linguagem, parentesco, gênero, religião, trabalho, etc.; estiveram presentes na consolidação da sociologia francesa, com a análise das formas de organização de sociedades totêmicas e também no advento do estruturalismo, que comparou diferentes configurações de aliança na formação de relações de parentesco; e seguem importantes em abordagens contemporâneas que problematizam as formas como diferentes sociedades e, numa expressão mais ampla, coletivos, definem ontologicamente os fenômenos do mundo entre natureza e cultura, ou entre aquilo que é dado e o que é tornado feito.

No que diz respeito a essa tese de doutorado, proponho analisar a reemergência da epidemia de sífilis no Brasil através de um quadro de investigação centrado em sistemas de classificações e estandartes, ou padrões, de acordo com as propostas de Geoffrey Bowker e Susan Star, sintetizadas em coletânea intitulada *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences* (BOWKER, STAR, 1999).

Esses autores apresentam pesquisas empíricas sobre diferentes objetos em distintos contextos, voltadas para a descrição da criação e uso de categorias e esquemas de classificação por meio de suas práticas, relações de força e efeitos poder, ênfase que configurou como um desdobramento teórico-metodológico do campo dos Estudos Sociais em Ciência e da Tecnologia na década de 1990¹³.

De uma forma geral, os casos empíricos estudados por Bowker e Star (1999) são oriundos das infraestruturas estatais e do campo da produção do conhecimento científico, como a classificação de doenças do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM), os aparatos de determinação da raça durante o período

¹³ Segundo Costa e Silva (2019, p. 20): “[o] campo dos ESCT trabalha com um instrumental teórico derivado da Sociologia da Ciência, área que possibilitou a criação desse campo interdisciplinar. Ainda que os ESCT tenham se constituído como um campo autônomo, seus referenciais fazem parte do pensamento social e, em grande medida, da Sociologia da Ciência, campo que começou com Robert Merton na década de 1940 nos EUA”.

de *apartheid* na África do Sul, controvérsias em torno do diagnóstico da tuberculose, entre outros (BOWKER, STAR, 1999).

As problematizações abertas pelo projeto arqueológico de Foucault (1982), referente ao estudo de formações discursivas que constituíram os campos de conhecimento das ciências modernas, se encontram na base da proposta de Bowker e Star (1999). A abordagem de Foucault, como afirmam os autores (BOWKER, STAR, 1999, p. 5), é uma empresa “necessária para achar as origens e consequências de um amplo espectro de categorias sociais e práticas”.

O conceito de ordenamento, exposto por John Law em importante texto do campo ESCT (LAW, 1992), constitui outra influência das propostas de Bowker e Star (1999). Esse conceito faz referência à organização de elementos de natureza heterogênea na constituição dos objetos, fenômenos e entidades pesquisadas. Essa perspectiva teórica assume que a realidade imediata não é uma dimensão dada ou inata, mas sim uma emergência conformada pelas práticas que manipulam os elementos envolvidos em sua formulação. Bowker e Star (1999) sintetizam uma proposta que objetiva aprofundar a compreensão dos efeitos de sistemas de classificação nesse processo de definição das realidades.

De acordo com os autores, uma classificação e seu sistema constituem:

Uma segmentação espaço-temporal do mundo. Um “sistema de classificação” é um conjunto de caixas (metafórica e literalmente), dentro das quais as coisas podem ser postas para fazer algum tipo de trabalho – burocrático ou de produção de conhecimento. (BOWKER, STAR, 1999, p. 10, tradução do autor).

Os autores definem a sua abordagem como pragmática, visto que consideram as categorias em seus usos concretos e efetivos:

[...] qualquer coisa consistentemente chamada de sistema de classificação e tratada como tal pode ser incluída nesse termo. Esta é uma virada pragmática – coisas percebidas como reais são reais em suas consequências. (BOWKER; STAR, 1999, p. 13, tradução do autor).

O objetivo metodológico de tal orientação pragmática é desnaturalizar as categorias e os sistemas de classificações que formam nossos esquemas de interpretação e de ação sobre o mundo, visto que esses muitas vezes são invisíveis ou passam despercebidos:

Primeiramente, nós procuramos entender o papel da invisibilidade no trabalho realizado pelas classificações em ordenar a interação

humana. Procuramos entender como essas categorias são feitas e mantidas invisíveis, e em alguns casos, objetivamos desafiar os silêncios em sua volta. Nesse sentido, nosso trabalho é achar ferramentas para ver o invisível. (BOWKER, STAR, 1999, p. 5, tradução do autor).

Uma das ferramentas mobilizadas para visibilizar sistemas de classificação incide no enfoque empírico em situações de controvérsias, conceito também difundido no campo dos Estudos Sociais em Ciência e da Tecnologia, principalmente nas pesquisas de Bruno Latour (2012). Esse conceito é utilizado para analisar os processos de desenvolvimento e de estabilização de fatos científicos. Trata-se de tomar como objeto de estudo a ciência que está em disputa, modo a descrever os argumentos e a atuação dos atores “vencedores” nos desdobramentos das controvérsias em questão, através da mesma perspectiva analítica mobilizada com relação àqueles que “perderam” as verdades em jogo.

Em síntese, as questões centrais propostas por Bowker e Star são as seguintes: quais os tipos de trabalhos que fazem as categorias e os sistemas de classificações? Quem os realiza e como? O que acontece com os casos que não se encaixam nos sistemas de classificação? Para o desenvolvimento destas indagações, assume-se que categorias e sistemas de classificação carregam consigo ontologias e projetos políticos que possuem efeitos de diversas ordens – discursivos, materiais e sociotécnicos – sobre as realidades com as quais estão imbricados.

Assim, essa proposta objetiva descrever a criação e manutenção de tais esquemas como um trabalho prático, que envolve uma multiplicidade de atores, contextos, ferramentas e conceitos. A seguir, apresento as maneiras pelas quais essas orientações são apropriadas para a formulação e desenvolvimento do problema de pesquisa dessa tese de doutorado.

Epidemia como conceito performativo

A instituição de uma doença como uma epidemia é uma prática classificatória que diz respeito a questões como, por exemplo, o aumento do número de casos, sua abrangência e magnitude, a gravidade das manifestações e a intensidade do

contágio. Ou seja, o conceito de epidemia opera uma ruptura com um padrão de manifestação da enfermidade considerado normal, de maneira a instituir uma diferença com a sua ocorrência percebida como excessiva.

Com base na perspectiva teórica exposta no tópico anterior, considero que o conceito de epidemia não é meramente descritivo, no sentido que somente caracteriza o fenômeno ao qual se reporta, mas é também performativo, ou seja, possui efeitos e implicações, os quais é tarefa da investigação etnográfica desvendar e descrever. Está em questão compreender as maneiras pelas quais essa categoria foi mobilizada para definir a sífilis no Brasil contemporaneamente e quais suas consequências para as formas pelas quais a doença é assumida como objeto de conhecimento e intervenção.

Nesse sentido, é importante considerar que categorias não existem isoladamente, mas sim adquirem significados em um conjunto de relações operado por um sistema classificatório. Portanto, uma vez que o conceito de epidemia faz parte de um amplo espectro de definições de tendências epidemiológicas – entre elas evidentemente, as de endemia e pandemia, mas também surto, emergência, catástrofe, praga, chaga, etc. – é importante atentar para as formas como se constitui em relação a outras categorias do mesmo campo semântico.

A categoria “epidemia” não somente distribui e organiza doenças em um determinado esquema classificatório, como também ela própria gera novos sistemas de categorização. Bowker e Star mencionam, por exemplo, que foi no período em que epidemias cruzaram as fronteiras nacionais do continente europeu, ainda no século XIX, que foram criados as primeiras classificações médicas de larga escala. Esse processo aconteceu com a elaboração documento *Clean bill of health*, que concedia permissão para a circulação de navios e passageiros após cumprirem período de quarentena nos portos (BOWKER, STAR, 1999). Desse modo, para descrever como a sífilis foi contemporaneamente concebida como uma epidemia no Brasil é importante também estar atento para quais outras classificações são geradas por meio dessa definição da sífilis.

A interpelação aqui proposta ao conceito de epidemia, ou seja, sua abordagem como uma categoria pragmática de classificação, é semelhante à proposta desenvolvida por Andrew Lakoff no texto *What is an epidemic emergency* (LAKOFF, 2019). Ao analisar o manejo do surto de Zika vírus por instâncias globais

de biossegurança, o autor pergunta como que esse fenômeno foi constituído como uma emergência global de saúde. Lakoff argumenta que a classificação do Zika vírus nessa categoria constitui mais do que um indicativo de urgência para a elaboração de respostas imediatas com vistas ao controle da doença, de modo a incorporá-la em um “universo técnico e administrativo em que se encontram outras ameaças de saúde pública, como incidentes com comidas contaminadas, acidentes nucleares e vazamento de produtos tóxicos” (LAKOFF, 2019, p. 60, tradução do autor). A classificação do Zika Vírus como uma emergência global de saúde, segundo Lakoff, não se deve às características inerentes da doença, mas sim às combinações entre o conhecimento disponível sobre essa e as técnicas e políticas de segurança biológica no campo da saúde global.

Passo a fazer referência ao universo empírico selecionado para o desenvolvimento das questões que nortearam essa pesquisa.

Dados performativos e epidemiológicos

A fim de explorar o processo de classificação da sífilis como uma epidemia no Brasil, essa pesquisa se dirige ao universo da produção de dados referentes à sua dimensão epidemiológica, tanto os fabricados pelo sistema de vigilância nacional, quanto àqueles inscritos e produzidos por estudos especializados das ciências da saúde. Tal escolha se justifica visto que esses são os agentes que, contemporaneamente, possibilitam a avaliação das doenças como epidemias, no sentido que agenciam descrições referentes às suas distribuições, abrangências e tendências epidemiológicas. Indicadores em saúde são métricas que visibilizam as enfermidades às quais se referem, bem como pautam a elaboração de intervenções, de modo que se constituem como mediadores fundamentais de classificações epidemiológicas.

O processo de produção de dados epidemiológicos também se apresenta como um campo potente para a problematização do conceito de epidemia em função da constituição histórica da epidemiologia no interior das ciências da saúde. De acordo com Neves, em sua tese de doutorado sobre as concepções de risco entre epidemiologistas, epidemias como as de tuberculose, cólera e gripe

espanhola conformaram o primeiro objeto da disciplina na consolidação de sua racionalidade no século XIX. O modelo de pesquisa em vigor nesse período era caracterizado pela “ênfase na população, no controle e prevenção de doenças pela administração dos serviços de assistência à saúde” (NEVES, 2004, p. 153-154). Ou seja, na constituição do campo da epidemiologia, suas investigações já estavam imbricadas com a realização de atividades de gestão e com o desenvolvimento políticas de saúde. Tais relações entre o conhecimento epidemiológico e o sistema de vigilância em saúde, ou entre ciência e estado, está entre as preocupações dessa tese de doutorado.

Em síntese, as problematizações aqui apresentadas suscitaram questões como: que tipo de classificação é uma epidemia? Quais operações estão em jogo nesta definição? Como são efetivadas? Para desenvolver essas indagações essa tese de doutorado é apresentada em quatro capítulos.

O primeiro capítulo aborda a constituição da epidemia de sífilis no Brasil por meio dos desdobramentos do desabastecimento de penicilina no país, um fenômeno global que afetou o sistema de vigilância brasileiro a partir do ano de 2014. Nesse capítulo, especificamente, não trato da produção de dados epidemiológicos, mas sim das estratégias e medidas acionadas para lidar com os efeitos da escassez do medicamento de primeira escolha para o tratamento da sífilis. Esse capítulo demonstra que o episódio do desabastecimento de penicilina foi fundamental para alçar a sífilis a uma posição de destaque no âmbito das políticas de saúde voltadas para o seu controle, de modo a agenciar uma intensa produção discursiva sobre o seu crescimento. Argumento que nesse processo a sífilis será definida como uma epidemia no Brasil.

O capítulo dois aborda o processo de produção de dados epidemiológicos sobre a sífilis pelo sistema de vigilância brasileiro, por meio da análise das formas de medir a sua subnotificação. Demonstro como os indicadores da sífilis passaram e reverberar um efeito de realidade sobre o seu crescimento e argumento que esse processo está relacionado com alterações nas maneiras de quantificar os casos considerados ausentes pelas estatísticas oficiais. A percepção dos dados fabricados sobre a sífilis como fiéis tradutores de suas tendências epidemiológicas foi essencial para o estabelecimento de consenso sobre sua realidade epidêmica.

O capítulo três é fruto de pesquisa realizada através de doutorado sanduíche em Portugal¹⁴, desenvolvida com o intuito de estabelecer comparações com o caso brasileiro. Foco em dois processos, distintos, porém relacionados: a instituição da notificação eletrônica e o desenvolvimento da categoria *Homens que fazem Sexo com Homens* (HSH) no sistema de vigilância desse país. O caso de Portugal é utilizado para melhor compreensão do contexto brasileiro com referência a dois tópicos: o agenciamento de dados epidemiológicos como representações confiáveis e verídicas da realidade da sífilis, e a formação de grupos de risco no universo da vigilância e da atenção a essa doença. Abordo esses pontos no terceiro capítulo dessa tese de doutorado e os retomo nas considerações finais.

O capítulo quatro analisa editoriais de jornais e revistas brasileiras das ciências da saúde, a fim de descrever as comparações elaboradas nesse campo entre a sífilis e a AIDS. Para isso, faço referência também às comparações estabelecidas entre essas duas doenças na esfera das ciências humanas, quando da emergência da epidemia global do HIV/AIDS. Esse capítulo se detém na análise de um momento anterior ao estabelecimento da sífilis como epidemia no Brasil, o fim da década de 2000 e início da década de 2010. Nesse período, a doença já apresentava crescimento dos valores de seus indicadores e esse fenômeno, como será observado, esteve presente no debate científico.

O objetivo desse capítulo foi compreender a formação de determinadas percepções sobre a sífilis que mais tarde serão acionadas no processo de sua definição como epidemia. Trata-se de uma forma de acessar a “pré-história” da recente epidemia de sífilis no Brasil, em um sentido semelhante ao proposto por Kenneth Camargo (1994) com relação à AIDS, ou seja, descrever a formação de uma conjuntura que tornou possível, posteriormente, a elaboração de determinados consensos sobre a doença, dentre as quais esse trabalho foca na compreensão de seu crescimento como um fenômeno epidêmico.

¹⁴ O doutorado sanduíche foi realizado pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, sob a supervisão da professora Cristiana Bastos, entre o outubro de 2021 e abril de 2022.

Análise de documentos

Essa pesquisa foi originalmente elaborada com proposta de trabalho de campo etnográfico para ser realizado junto à Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) de Porto Alegre, instância municipal do sistema de vigilância em saúde dessa cidade, com a finalidade de acompanhar *in loco* o processo de fabricação dos dados epidemiológicos pelo sistema de saúde. Para isso, submeti projeto de pesquisa aos Comitês de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, aprovado no ano de 2019.

Contudo, em função das restrições sociais impostas pela pandemia de COVID-19 não foi possível dar continuidade a esse projeto. Dessa forma, essa tese de doutorado foi desenvolvida por meio da análise de documentos, de entrevistas com profissionais de saúde e da realização de revisões bibliográficas sobre os temas de interesse.

Os documentos mobilizados para a realização desse estudo etnográfico majoritariamente são publicações do Ministério da Saúde. Trata-se de um conjunto que abarca notas técnicas e informativas para atuação de gestores e profissionais de saúde com relação à sífilis, relatórios de avaliação do sistema de vigilância e boletins epidemiológicos, e também manuais, guias de vigilância e diretrizes das políticas de saúde voltadas à sífilis. Audiências públicas e manifestações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com relação ao desabastecimento de penicilina também compõem o universo formado para análise.

Esses documentos foram tomados como plataformas e dispositivos de inscrição que materializaram as ações empreendidas para o controle da sífilis no Brasil. Constituem também uma via de acesso às discussões, debates e controvérsias sobre o fenômeno de seu crescimento. O objetivo da análise empreendida foi contar a história da quantificação da sífilis pelo sistema de vigilância brasileiro registrada nesses documentos. Aprofundo em maiores detalhes, ao longo dos próximos capítulos, as estratégias selecionadas para a análise desse material etnográfico, com relação aos assuntos específicos que abordam.

Notícias veiculadas pela imprensa brasileira também constituíram importante fonte de informação para essa pesquisa, mobilizadas principalmente como publicações que destacavam os principais tópicos, assuntos e questões alçadas ao

debate nacional que se conformou em torno da reemergência da epidemia de sífilis. Já as entrevistas com profissionais de saúde constituíram momentos em que pude esclarecer dúvidas relativas ao processo de monitoramento da sífilis bem como perceber de que maneira esses agentes compreendiam e acionavam as orientações do Ministério da Saúde para a detecção, notificação e controle da sífilis no Brasil.

Na sequência, descrevo as maneiras pelas quais epidemias e sistemas de vigilância foram abordados em estudos antropológicos, em especial aqueles que se desenvolveram nas áreas da antropologia da ciência e da tecnologia e do corpo e da saúde. Trata-se de uma revisão bibliográfica que tem por objetivo apresentar a conformação e o desenvolvimento do campo disciplinar e temático em que se insere essa tese de doutorado e destacar as principais referências com as quais estabeleço diálogo.

Epidemias: ciências, políticas e sistemas de saúde

Essa revisão bibliográfica apresenta um conjunto de pesquisas sobre epidemias. Não elaboro uma revisão completa ou total desse campo, tarefa pouco objetiva, visto que processos epidêmicos estiveram presentes, de uma forma ou de outra, em diferentes momentos do desenvolvimento da antropologia. Esse objeto, por exemplo, já estava presente na pesquisa de Lévy-Bruhl realizada nas Filipinas, publicadas em sua obra *Primitive Mentality* (1922), na qual o autor enfatiza a importância de levar em consideração as concepções locais de doença para a efetividade de campanhas de vacinação.

Dessa forma, esse tópico pretende mapear os trabalhos que tomam epidemias como objeto de estudo com referência às questões que movem a presente investigação. A ênfase dessa revisão bibliográfica está voltada para pesquisas que abordam tanto o papel de sistemas de saúde na constituição e gestão de epidemias, quanto os conhecimentos científicos e dispositivos tecnológicos implicados nesses processos.

Epidemias surgiram como objetos de pesquisas no interior do campo da “antropologia médica”, tal como designada nos Estados Unidos, ou do “corpo e da saúde”, termo mais recorrente no Brasil e em demais países da América Latina.

Essa é uma seara clássica da disciplina, que de forma geral se constituiu em torno das descrições dos mecanismos criados por diferentes sociedades para o reestabelecimento dos sujeitos enfermos e dos estudos dos significados e das simbolizações associadas aos processos de adoecimento e de cura.

A consolidação de uma literatura antropológica especializada nessas temáticas aconteceu com a incorporação da antropologia como disciplina auxiliar na consecução de projetos e políticas de saúde, muitas vezes levados a cabo em empresas de natureza colonial entre metrópoles europeias e países periféricos de África, América e Ásia, voltadas para intervenções em contextos tradicionais, indígenas ou ainda em populações vulneráveis e subalternizadas.

Uma vez que a antropologia médica surgiu por meio de pesquisas realizadas em contextos de intervenção, as interrogações clássicas direcionadas a processos epidêmicos, de acordo com Keck, Kelly e Lynteris “tenderam a ser circunscritas pelas demandas imediatas de sua contenção” (KECK, KELLY, LYNTERIS, 2019, p. 3). Segundo os autores, essas investigações se preocuparam em compreender as relações entre o surgimento e a transmissão de doenças e os modos de vida das populações locais, a fim de objetivá-los em ações sanitárias, muitas de perspectiva higienista, pautadas pela repressão e controle social. Dessa forma, essas pesquisas objetivaram aproximar os conhecimentos médicos das referências culturais dos grupos pesquisados, trabalho que envolveu, por exemplo, a sensibilização das equipes de saúde para com os códigos culturais vigentes e a descrição detalhada de rituais terapêuticos e conhecimentos etnobotânicos (INHORN, BROWN; 1990, SCHUMAKER, 2001; ANDERSON, 2006; FEIERMAN, JANZEN, 1992).

Essas abordagens, identificadas por Keck, Kelly e Lynteris (2019) como culturalistas, foram questionadas em sua capacidade de compreender as devastações impostas por epidemias às sociedades, instituições e populações estudadas. Processos epidêmicos revelaram as limitações de modelos de explicação local para a compreensão dos processos de saúde-doença. Fundamental para essa problematização, de acordo com Scheper-Hughes e Lock (1986), foi o surgimento e a difusão global do HIV/AIDS a partir da década de 1980. Segundo as autoras, tal advento contribuiu para que as pesquisas antropológicas fossem expandidas para além do estudo de doenças como práticas simbólicas, de modo a incorporar as relações de poder e os ambientes políticos e

econômicos implicados. Constituiu-se, assim, um espaço analítico para interpelar o papel ativo e sistemas de saúde na identificação de epidemias e nas respostas apresentadas para esses fenômenos.

Cumpriu importante papel nesse redirecionamento conceitual e empírico a efetividade dos medicamentos antirretrovirais que, em alguma medida, principalmente em contextos socioeconômicos desenvolvidos, estabilizaram o HIV/AIDS como uma doença crônica ao possibilitarem a supressão da carga viral daqueles infectados pelo vírus (SCHEPER-HUGHES, LOCK, 1986). Assim, foram colocadas em segundo plano as simbolizações associadas às relações sexuais, de modo que surgiram pesquisas direcionadas para o estudo de questões tais como as produções, distribuições e consumos de fármacos (BRANDT, 2013; HARDON, DILGER, 2011); ou também sobre as desigualdades que conformam diferenças entre grupos populacionais no acesso a essas terapêuticas, e as estratégias acionadas pelos pacientes na busca pela vida (BIEHL, 2006; FASSIN, 2007; LOCK, NGUYEN, 2010).

Keck, Kelly e Lynteris e Scheper-Huges e Lock argumentam, portanto, que epidemias ampliaram os enfoques etnográficos e teórico-metodológicos de estudos antropológicos sobre saúde e doença (KECK, KELLY, LYNTERIS, 2019; SCHEPER-HUGES, LOCK, 1986). Para dar conta da compreensão de seus modos de visualização, antecipação e difusão, e de seus efeitos sobre as populações e sociedades, epidemias foram concebidas em abordagens contemporâneas como fenômenos sociais totais: “processos e eventos que atravessam e exercitam um impacto transformativo sobre a vida social, ao mesmo tempo funcionando como catalisador de mudanças e rupturas no que se refere às relações humanas e não humanas” (KECK, KELLY, LYNTERIS, 2019, p. 2, tradução do autor).

Tal abordagem, de caráter totalizante, pode ser atribuída ao desenvolvimento do argumento de Michel Foucault em *O Nascimento da Clínica* (2011) sobre a natureza dos processos epidêmicos. Esse autor afirma que uma epidemia consiste em uma “individualidade histórica”: “A essência da epidemia não é a peste ou o catarro: é Marselha em 1721, é Bicêtre em 1780, Rouen em 1769...” (FOUCAULT, 2011, p. 23-24). Esses eventos são concebidos como efeitos de uma dada articulação de fatores que, para além da doença em si, são forjados por meio de sua efetivação em uma conjuntura única, singular e complexa.

A compreensão de epidemias como fenômenos que atravessam variadas dimensões da vida social motivou a análise de processos de exclusão (CASTRO, HEDRICKX, 2013) e de pânico provocados pelo medo do contágio (BAER et al., 2003; LINDENBAUM, 2001; HERRING, SWEDLUND, 2010); epidemias foram estudadas também como instrumentos de colonização e dominação imperial (ARNOLD, 1993), pretexto para expansão do poder governamental (CADUFF, 2014), e meios para implantação de políticas de segregação, quarentena e vigilância das populações (HOPPE, 2003); e também com relação à produção de novas subjetividades (LYNTERIS, 2014) e modos coletivos de existência (ALCALBES, 2009).

Com relação aos tópicos de interesse dessa tese de doutorado, ou seja, as técnicas, conhecimentos e tecnologias mobilizadas nas estratégias e tentativas de visibilizar e intervir sobre epidemias, Charles Rosenberg (1992) foi um influente autor. Em coletânea de ensaios dedicados ao estudo das ciências médicas, esse autor define fenômenos epidêmicos, com referência ao caso da emergência do HIV/AIDS, como “crises em tempo real que demandam uma compreensão e resposta imediata”, e que “refletem assunções culturais e intelectuais de uma geração, seu repertório de ferramentas disponíveis” (ROSENBERG, 1992, p. 34, tradução do autor).

Essa abordagem enfatiza que epidemias constituem vias de acesso para a compreensão dos conhecimentos, técnicas e processos de inovação científica, bem como podem ser mobilizadas para o estudo das limitações que impõem aos desenvolvimentos tecnológicos. Anderson (2006), por exemplo, ao estudar a medicina tropical nas Filipinas em período de domínio desse país pelos Estados Unidos, descreve os avanços nos campos da parasitologia e da bacteriologia através da efetivação de projetos de poder coloniais. Outra abordagem histórica é a de Ilana Löwy (2006) sobre a febre amarela no Brasil, na qual a autora estuda a incorporação de teorias pausterianas no movimento sanitário brasileiro, o desenvolvimento da vacina contra a doença e práticas de controle dos mosquitos transmissores.

Esses temas são contemporaneamente pesquisados por Jean Segata, igualmente no Brasil mas também em outros cenários nacionais, em estudos sobre os agenciamentos tecnológicos em torno do mosquito *Aedes Aegypti* nas políticas de saúde de controle das doenças provocadas por esse vetor, principalmente a

dengue. Em seus trabalhos, o autor descreve como o monitoramento do *Aedes Aegypti* por tecnologias de mapeamento produz a visibilidade permanente de sua distribuição, o que implica tanto em novas formas de predição e antecipação de epidemias (SEGATA, 2019) quanto em produções de periferias morais e geográficas (SEGATA, 2017).

A discussão sobre o uso de tecnologias em processos epidêmicos ainda procurou descrever como esses fenômenos vieram a impor desafios e limites às transformações científicas vinculadas à ideia de modernidade (KECK, KELLY, LYNTERRIS, 2019); e também as formas pelas quais fragilizaram sistemas de vigilância, constituindo-se como inseguranças biológicas em um mundo cada vez mais tecnológico e interconectado (CADUFF, 2015). O debate recente em torno do conceito de inteligências epidêmicas, concebidas como tecnologias digitais e da vida, tais como *softwares*, sistemas de mineração de dados e técnicas de modificação genética, constitui um aprofundamento contemporâneo dessa temática (SEGATA, 2017, 2019).

Os estudos sobre epidemias ainda se desenvolveram contemporaneamente com discussões sistematizadas sobre vigilância e biosegurança, em que abordam modos de prevenção e antecipação de epidemias e catástrofes, suas infraestruturas e materialidades; e também sobre zoonoses e regulações interespecies.

O conceito de contágio, tomado como um significante da transmissão de doenças, das ansiedades provocadas por epidemias e das regulações da vida desde a sua realidade íntima até dimensões globais, também foi explorado para abordar os sistemas de conhecimento e controle acionados nas compreensões e ações sobre processos epidêmicos (BASHFORD, HOOKER, 2001; WALD, 2008). Esses estudos mobilizam a história da sífilis para a análise das diferentes configurações de significados em torno da ideia de contágio, assunto retomado no tópico seguinte.

Bashford e Hooker em coletânea intitulada *Contagion: Historical and Cultural Studie* (BASHFORD, HOOKER, 2001) argumentam que a ideia de imprevisibilidade associada ao contágio marcou fortemente a história e a cultura ocidental moderna. Isso porque essa associação produziu um amplo conjunto de expressões que foram centrais na trajetória da biomedicina e das subjetividades aí corporificadas, tais

como as de absorção, invasão, vulnerabilidade, imunização e limpeza (BASHFORD, HOOKER, 2001, p. 4).

Priscilla Wald (2008), em livro intitulado *Contagious: Cultures, Carriers, and the Outbreak Narrative* também explora o potencial analítico da ideia de contágio e argumenta de maneira semelhante. A autora afirma que a longa história desse conceito, que abrange desde teorias sobre micróbios até explicações sobre como crenças circulam nas interações sociais, o constitui como uma dramatização do “dilema que inspira a mais básica das narrativas humanas: a necessidade e o perigo do contato humano” (WALD, 2018, p. 2, tradução do autor).

O conceito de contágio constitui um campo que vincula pesquisas que abordam os desenvolvimentos científicos e tecnológicos em torno de processos epidêmicos com estudos dedicados à investigação da história da sífilis, tópico que abordo na sequência.

Sífilis: sexualidade, políticas de saúde e ciências médicas

A densa e longa história da sífilis não está somente incrustada em desenvolvimentos importantes das ciências médicas e da saúde, mas também se apresenta como um objeto relevante no campo das ciências humanas, em suas pesquisas históricas, socioantropológicas e filosóficas. As obras citadas no presente tópico não abarcam todo esse conjunto de estudos, tarefa que, tal como apontado com relação ao tópico anterior sobre epidemias, também se apresenta como de difícil viabilização, tendo em vista a grande magnitude de investigações sobre a doença. Desse modo, os trabalhos aqui selecionados são referenciados com o objetivo de demonstrar a diversidade de temáticas, de perspectivas teórico-metodológicas e de argumentos que a sífilis veio a mobilizar no campo das ciências humanas.

Foi o estatuto da sífilis como mais perigosa doença sexualmente transmissível, título que assumia anteriormente ao advento da penicilina a partir de meados da década de 1940, o grande mobilizador das investigações realizadas

sobre a doença. Nesse sentido, embora haja pesquisas sobre os séculos XV e XVI¹⁵ os períodos mais recorrentes nos estudos sobre a sífilis são o século XIX e início do XX. É ao longo dessa época que se desenvolveram os primeiros testes sorológicos para a sua detecção, em que são constituídos os campos científicos especializados em seu conhecimento, em que se que se estabeleceram políticas higienistas para seu controle, bem como se desdobra e se consolida o dispositivo da sexualidade, conforme proposto por Michel Foucault (1980).

As pesquisas situadas nesse período constituem, majoritariamente, investigações sobre como o sexo e as relações sexuais foram tematizadas pelas sociedades, sobre as políticas de saúde e vigilância instauradas para intervenção sobre a transmissão e tratamento da sífilis, bem como sobre os saberes médicos, tecnologias e terapêuticas construídas nesses processos. Desse modo, a sífilis é protagonista de importantes estudos sobre relações de gênero e sexualidade nos séculos XVIII e XIX. Os livros de Allan M. Brandt, *No magic buttet: a social history of venereal disease in the United States since 1880* (1985), e de Jeffrey Weeks, *Sex, politics and Society: the regulation of sexuality since 1800* (1989), cobrem esse período e mencionam as ansiedades, os debates e os aparatos de controle que a doença acionou.

Já com relação aos trabalhos sobre os conhecimentos científicos e desenvolvimentos tecnológicos que orbitaram a sífilis, principal ênfase desse tópico, o livro de Ludwik Fleck, *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*, publicado originalmente em 1935, é uma referência fundamental para essa tese de doutorado. Tal importância decorre tanto em função da perspectiva teórica formulada pelo autor, que adiantou muitos postulados posteriormente formulados no campo de Estudos Sociais em Ciência e da tecnologia¹⁶, quanto em decorrência dos dados e informações que apresenta sobre a constituição da sífilis como uma doença-entidade.

Ao invés de conceber os fatos científicos como revelações racionais e evidência da evolução linear do domínio da ciência sobre a natureza, Fleck os compreende por meio de suas emergências em processos históricos e

¹⁵ Pesquisas arqueológicas recuperam vestígios da sífilis ainda mais antigos (DJURIC-SREJIC, ROBERTS, 2001)

¹⁶ Thomas Kuhn já mencionava o livro de Fleck no prefácio de *A estrutura das revoluções científicas* (1997), publicado em 1962. Contudo, tal referência não motivou naquele momento a difusão de sua obra.

sociológicos. Rompe-se, assim, com a narrativa do desenvolvimento da ciência pautada pela descrição do refinamento epistemológico que objetiva alcançar as condições ideais de acesso à verdade. Esse trabalho de contextualização não desautoriza os fatos estabelecidos pela ciência, mas sim os situa como produtos históricos e sociais.

O autor também destaca a natureza eminentemente coletiva do trabalho científico, de modo a questionar a representação inscrita no senso comum do cientista como um agente autônomo. Fleck desenvolve esse argumento ao ressaltar a importância, para as atividades científicas, de mecanismos de trocas de conhecimentos e de comunicação entre os pares, bem como entre esses e a sociedade mais ampla, por meio da constituição de fluxos de publicações e de divulgação da ciência. Nesse sentido, sua obra ainda faz referência à importância de uma comunidade de interlocução pautada pelo entendimento compartilhado de conceitos operacionalizados em pesquisas e experimentos. Essa ideia se refere aos conceitos de estilo de pensamento e de coletivo de pensamento, que adiantaram algumas das elaborações teóricas de Thomas Kuhn (1997) em torno dos conceitos de paradigma e incomensurabilidade, apresentados em seu livro *A estrutura das revoluções científicas*, publicado originalmente em 1962.

Fleck aborda a constituição do conceito de sífilis por meio da influência de ideias astrológicas e místicas para suas definições terapêuticas, patogênicas e etiológicas, ao demonstrar que teorias descartadas cumpriram um relevante papel nesse processo, argumento que o autor desenvolve por meio do conceito de proto-ideias. O estudo de Fleck descreve também a trajetória da reação de Wasserman em seus aspectos epistemológicos, a importância dos experimentos mal sucedidos para a sua estabilização, e a criação de uma estrutura institucional para a comunidade científica ao redor da sífilis.

Ilana Löwy é uma importante autora do campo dos Estudos Sociais em Ciência e da Tecnologia, que desenvolveu uma série de trabalhos em diálogo com a obra de Fleck (1988, 1993, 1994, 2004). Em artigo que analisa a história da reação de Wassermann entre o período de 1907 a 1970 (LÖWY, 1993), a autora demonstra que esse experimento não estabilizou definitivamente o diagnóstico da doença. Nesse texto, Löwy descreve o desenvolvimento de tecnologias de testagem que possibilitaram a identificação do *Treponema pallidum* em si e não

somente dos anticorpos que reagem à sua infecção. Esses testes evidenciaram o largo espectro de erros diagnósticos gerados pela reação de Wassermann, que também resultava positivo para outras enfermidades, como as doenças do fígado, do sistema circulatório ou doenças autoimunes.

Em outro artigo, Löwy (2004) descreve os efeitos de medidas regulatórias de saúde pública nos Estados Unidos na constituição do diagnóstico da sífilis. A autora argumenta que um importante componente para a desestabilização da relação entre a sífilis e a reação de Wassermann incidiu sobre a emergência, a partir da década de 1940, de práticas de triagem em massa, principalmente a obrigatoriedade de testagens pré-maritais e durante a gravidez, assuntos intensamente debatidos no período. Ou seja, os desenvolvimentos das tecnologias diagnósticas deram origem a regulamentações estatais e transformaram um fato científico em um fato político (LÖWY, 2004).

No Brasil, a obra de Sérgio Carrara, *Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40* (1996), é a referência basilar na literatura antropológica sobre a sífilis e uma interlocução fundamental dessa pesquisa. O autor estuda a sífilis como um importante componente da implantação do dispositivo da sexualidade (Michel Foucault) e do processo civilizatório (Norbert Elias) no país. O livro descreve a centralidade da sífilis durante o século XIX e início do XX, considerada uma ameaça não só aos acometidos pela doença, mas também à instituição da família e, em um plano mais abrangente, à nação de uma forma total.

Ao abordar as múltiplas questões tematizadas através da sífilis, Carrara apresenta um amplo conjunto de dados que passam pelos tópicos fundamentais para compreensão do que foi a essa doença no período estudado: a emergência e descenso da sifilografia, ramificação do campo médico da dermatologia que se conformou ao redor da sífilis; os processos de medicalização que atravessaram as estratégias de controle da doença; os debates médicos e morais sobre vítimas e transmissores; a questão da prostituição, ou meretrício, termo corrente na época; as ideias vigentes de masculinidade, degeneração e vício; entre outros. Essa obra é importante não somente para entender o que foi a sífilis no Brasil, mas constitui também uma referência incontornável ao campo de estudos de gênero e sexualidade e um dos primeiros trabalhos brasileiros de antropologia da ciência.

Outra importante autora que estuda as políticas de saúde sobre a sífilis entre o fim do século XIX e início do XX é a antropóloga portuguesa Cristiana Bastos. Central para seus trabalhos (BASTOS, 2011, 2015) é o Hospital do Desterro, instituição de saúde da cidade de Lisboa que prestava assistência aos doentes empobrecidos e portadores da doença. A autora aborda o papel filantrópico e a influência religiosa desse serviço de saúde no atendimento aos segmentos vulneráveis e excluídos da sociedade portuguesa, com destaque para os tratamentos coletivos familiares (BASTOS, 2015) e para as estratégias de fiscalização e controle direcionadas às prostitutas, que a partir das moralidades vigentes eram compreendidas como as grandes transmissoras da doença e agentes fundamentais na difusão da epidemia (BASTOS, 2011).

O artigo de Henrique e Amador (2016) também foca sua análise nas estratégias de controle da sífilis que incidiram sobre a prostituição, na cidade de Belém, Pará, no início do século XX. Os autores estudam os registros do Instituto de Profilaxia e Doenças Venéreas e jornais da época, a fim de descrever as disputas entre médicos, polícia civil e meretrizes nas políticas de controle da prostituição. Através do entendimento corrente à época de que esse fenômeno cresceu junto com a pobreza instaurada na região e com o fim do ciclo econômico da borracha, o texto descreve as experiências de resistência e insubordinação dessas personagens em seus enfrentamentos com as ações de fiscalização.

A tese de doutorado de Saraiva (2009) se distingue dos trabalhos citados anteriormente, uma vez que aborda a prostituição em um período contemporâneo. O autor desenvolve pesquisa etnográfica sobre as condições laborais e de saúde em dois cenários distintos de prostituição, Belém (Brasil) e Lisboa (Portugal). Essa também é uma pesquisa histórica sobre os processos de criminalização e medicalização de meretrizes nesses dois contextos, no início do século XX, desencadeados por meio de estratégias de controle da sífilis. As abordagens histórica e contemporânea desenvolvidas nesse trabalho são relacionadas por meio de uma comparação entre as questões que envolveram essa doença e aquelas atualmente dirigidas à AIDS.

Com relação às pesquisas que abordam mais diretamente os saberes médicos e científicos em torno da sífilis, o artigo de Vázquez (2018) é relevante para a presente pesquisa, pois aborda a questão das gestantes sífilíticas no Brasil,

população cuja instituição será fundamental, décadas mais tarde, na reemergência da epidemia, tópico abordado no capítulo seguinte dessa tese de doutorado. O autor descreve o debate que se desenvolveu na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, durante a década de 1910, acerca das consequências da sífilis para recém-nascidos e mulheres grávidas. Trata-se de um estudo de caso, cujo material de análise é uma tese defendida na cadeira de clínica obstétrica dessa instituição. O artigo conclui que as abordagens e tratamentos médicos para sífilis em gestantes “extrapolavam os limites clínicos, adentrando muitas vezes no plano de cobrança de valores morais” (VÁZQUEZ, 2018, p. 227). As mulheres eram responsabilizadas pela saúde da família e da nação, visto que a gestação de filhos sadios era entendida como fundamental para a construção de um país igualmente saudável.

Outra importante contribuição para a compreensão dos saberes científicos sobre a sífilis é o artigo de Sérgio Carrara e Marcos Carvalho (2010). Esse trabalho analisa o texto do psiquiatra brasileiro Ulisses Vianna, publicado nos *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria* em 1919, que apresenta o estado vigente da arte desse campo médico sobre a sífilis, em específico sua relevância na conceitualização das “doenças nervosas e mentais”. Os autores descrevem a discussão em torno da “sífilis cerebral” e suas implicações para o sistema nervoso, a fim de destacar a importância dessa doença no “aggiornamento da perspectiva organicista ou fisicalista na reflexão psiquiátrica da primeira metade do século XX” (CARRARA; CARVALHO, 2010, p. 392). Dessa forma, Carrara e Carvalho analisam o papel da sífilis “na consolidação de concepções organicistas ou somatológicas a respeito da doença mental, ajustando-as aos novos horizontes inaugurados pela bacteriologia” (CARRARA; CARVALHO, 2010, p. 391).

Durante o século XIX, a sífilis também participou da constituição do conhecimento antropológico. O artigo de Mesía-Montenegro (2018) aborda o papel desempenhado pela doença nos métodos desenvolvidos pela disciplina. O autor analisa as técnicas de pesquisa utilizadas pelo médico e arqueólogo peruano Julio Tello, em sua tese de doutorado sobre a história da sífilis na região dos Andes. Essa se intitula *La antigüedad de la sífilis en el antiguo Perú* e objetivou demonstrar que “havia evidências linguísticas, etno-históricas, arqueológicas e osteológicas suficientes para provar que a sífilis existia nos Andes Centrais durante os tempos pré-hispânicos” (MESÍA-MONTENEGRO, 2018, p. 542). O conjunto de informações

utilizado por Julio Tello leva Mesía-Montenegro a considerá-lo um autor pioneiro no campo da antropologia médica na América Latina.

Com relação a pesquisas que abordam a sífilis em um período histórico anterior, no caso a renascença no continente europeu entre séculos XV e XVI, é possível citar os estudos de Almady Sánchez (2010), Iommi Echeverría (2010) e Czeresnia (1997).

Almady Sanchez (2010) objetiva compreender a “construção social da sífilis” como fenômeno biológico e realidade patológica em sua disseminação pela Europa e América no século XVI. Utilizando como material de pesquisa os primeiros registros médicos sobre a doença, a autora analisa como o discurso médico foi configurado em torno da emergência de uma doença percebida como uma nova entidade no mundo, bem como as implicações dessas interpretações para as representações da sífilis que circulavam nas sociedades europeias da época.

Já Iommi Echeverría analisa duas obras de Girolamo Fracastoro (1478 – 1553), médico nascido em Verona, Itália: um tratado em prosa sobre o contágio da doença e o poema *Syphilidis sive de morbo gallico libri tres*, conhecido por ser o primeiro escrito a utilizar o termo sífilis. A autora argumenta que, embora Fracastoro tenha seguido a explicação médica corrente sobre a origem da sífilis, relativa à teoria de contaminação pelo ar, também afirmava que sua transmissão se dava pelo contato direto com os doentes. Essa combinação de argumentos é interpretada como a “invenção” da sífilis, visto que articulava dados da experiência empírica do médico com o conhecimento da época.

Czeresnia (1997) também analisa a importância do pensamento de Fracastoro para o desenvolvimento de teorias sobre epidemias. Seu artigo trata das explicações vigentes sobre esses fenômenos, desde as ideias de contágio e miasma do século XVI até a noção de transmissão própria do século XIX. A autora argumenta que Fracastoro foi uma referência importante para a consolidação do conceito de contágio, na medida em que elaborou uma das primeiras teorias de ambição científica para explicar a propagação de doenças. Em sua obra *Contagion*, de 1546, o médico definiu uma estrutura material para o contágio, que precipitou a busca pelas origens das doenças nas relações humanas e sociais. Essa elaboração ainda é distante da racionalidade científica do século XVII, fundada em práticas de observação e de experimentação, mas segundo a autora

pode ser considerada um esboço pioneiro do pensamento médico moderno (CZERESNIA, 1997) ¹⁷.

Destaco, ainda, o artigo de Costa e Osada intitulado *Biopolítica de uma 'sífilis' hereditária no sertão nordestino: resistências à modernidade?* (COSTA, OSADA, 2016). As autoras descrevem a ressignificação de uma doença tradicionalmente reconhecida por sífilis em Serrinha do Norte (Estado do Rio Grande do Norte) como síndrome de Spooan, uma rara condição genética, bem como as resistências geradas por esse processo, tanto por parte dos habitantes da comunidade, quanto do poder público. No que se refere aos interesses dessa tese, esse artigo é importante pois revela a perseverança da sífilis como uma doença “pré-moderna”, materializada em conhecimentos situados em visões de mundo e modos de vida locais.

Essa revisão bibliográfica evidenciou que a sífilis se constituiu na antropologia e nas ciências humanas, majoritariamente, como um objeto de estudo histórico, e mesmo quando não o foi, é o seu caráter pré-moderno aquele destacado. Os séculos XIX e o início do XX são períodos de análise da emergência de tecnologias médicas, de políticas higienistas, de relações de gênero e sexualidade e da constituição de saberes e campos científicos vinculados à sífilis. Já os séculos XV e XVI foram estudados com referência às primeiras teorias médicas sobre a doença.

Os textos aqui citados analisam as formas como a sífilis protagonizou o desenvolvimento de conhecimentos médicos e científicos, processos de inovação tecnológica e a realização de políticas de vigilância e controle. Está entre os exemplos mencionados a constituição de novos campos de atuação científica (sifilografia e sorologia), o refinamento dos instrumentos de detecção (FLECK, 2010; LÖWIE, 1988, 1993), a criação de teorias sobre o contágio junto de postulados da ciência moderna (CZERESNIA, 1997) e também avanços conceituais no campo da neuropsiquiatria (CARRARA, MARCOS, 2010). A sífilis consolidou, também, novos formatos de campanhas de saúde pública, marcadas por políticas higienistas de vigilância desenvolvidas por meio de repressão social (BASTOS, 2011, 2015; CARARRA, 1996).

¹⁷ Outra referência importante sobre a sífilis no período da Renascença no continente europeu é o livro de Claude Quétel, *The history of Syphilis* (1986), que elabora uma história geral das teorias formuladas para explicação da doença, desde seus primeiros registros no século XV.

A sífilis foi, portanto, uma doença que carregou os feitos e avanços das ciências médicas modernas. Nesse sentido, os trabalhos aqui citados descrevem, de diferentes maneiras, os distintos processos de inovação que circundaram a sífilis. Já a pesquisa que apresento nessa tese de doutorado irá demonstrar que, no caso da reemergência de sua epidemia no Brasil, a sífilis é concebida como uma referência de fracasso do sistema de saúde e um signo da limitação do poder de intervenção das tecnologias médicas.

Os próximos capítulos descrevem os processos que constituíram o conceito de epidemia como a realidade da sífilis no Brasil. Nos capítulos dois e três abordo o processo de fabricação de dados epidemiológicos e seus efeitos nas formas de avaliar e perceber o crescimento da doença. Por meio do estudo dos sistemas de vigilância português e brasileiro, desenvolvo uma abordagem comparativa cujo objetivo é compreender os processos que transformaram indicadores em saúde em fiéis tradutores das tendências epidemiológicas da sífilis.

Os capítulos um e quatro, por sua vez, abordam as conjunturas em que esses instrumentos assumem tal protagonismo. O capítulo quatro descreve a formação das perspectivas vigentes sobre a sífilis anteriormente à sua definição como epidemia no Brasil. Já o capítulo um apresenta a criação e o desenvolvimento das circunstâncias em que essa classificação passa a operar, caracterizada pela escassez de seu principal medicamento e ainda o único considerado efetivo para o seu tratamento. Através da instrumentalização do conceito de evento (LATOURETTE, 2001), assumo como objeto de estudo as ações e estratégias desenvolvidas no âmbito da resposta brasileira ao desabastecimento de penicilina, um fenômeno global que atingiu o país a partir do final do ano de 2014. Argumento que a definição da sífilis como epidemia é instituída e difundida por meio de um processo de visibilização da doença em espaços de governo, políticas de saúde e discursos de mídia e imprensa. Passo ao primeiro capítulo dessa tese de doutorado.

CAPÍTULO 1 – O DESABASTECIMENTO DE PENICILINA E A EPIDEMIA DE SÍFILIS NO BRASIL

O desabastecimento de penicilina no Brasil é o primeiro tema que exploro a fim de descrever o que foi reemergência da epidemia de sífilis no país. O estudo desse episódio permite acessar as transformações das conexões entre medicamento e doença que conformaram a produção discursiva em meio a qual a sífilis começa a ser associada ao conceito de epidemia. Dessa forma, esse capítulo descreve a conjuntura na se efetiva essa prática classificatória e por esse motivo foi selecionado para iniciar essa tese de doutorado.

Antes de abordar as ações e estratégias acionadas em resposta ao desabastecimento de penicilina no Brasil, menciono brevemente a importância dessa tecnologia terapêutica na história da medicina e da sífilis, bem como exponho os conceitos que orientaram a produção e a análise dos dados etnográficos apresentados nesse capítulo.

1.1 Penicilina, ciências modernas e sífilis

A penicilina é carregada de densos e múltiplos significados para as ciências modernas. Em sua trajetória constituiu-se como uma importante tecnologia para o aprimoramento da eficácia das intervenções médicas sobre os processos de saúde-doença, para a globalização da indústria farmacêutica e a consequente produção e distribuição de medicamentos em massa.

A penicilina foi o primeiro antibiótico da história da medicina, descoberto em uma sequência de eventos que se tornou uma famosa crônica das inovações científicas. Ao sair de férias em 1928, Alexander Fleming, pesquisador bacteriologista da Universidade de Cambridge, esqueceu em seu laboratório placas com culturas de micro-organismos. Ao voltar, o cientista percebeu que uma dessas

culturas, de *Staphylococcus*, havia sido tomada por um bolor cujas colônias não apresentavam a presença de bactérias (REZENDE, 2009). Tratava-se do efeito bactericida de um fungo do gênero *Penicillium*.

O acaso foi consequência do desenvolvimento de estudos voltados para substâncias capazes de eliminar ou conter infecções, cujo interesse Fleming cultivava desde a sua experiência como médico militar nas frentes francesas de batalha na Primeira Guerra Mundial, quando assistiu muitos soldados vitimados por gangrena gasosa causada por ferimentos de armas de fogo (JORNAL BRASILEIRO DE PATOLOGIA E MEDICINA LABORATORIAL, 2009).

A penicilina foi isolada somente em 1940, por Ernst Chain, bioquímico alemão, e Howard Florey, farmacêutico austríaco, ambos da Universidade de Oxford, quando foram comprovados seus efeitos antibióticos e sua não toxicidade, primeiramente em ratos e após em seres humanos. A sintetização da penicilina permitiu a sua elaboração como fármaco passível de ser globalmente distribuído, o que de fato ocorre durante e após a Segunda Guerra Mundial, quando foi responsável pelo tratamento em larga escala de soldados e civis.

Nesse processo a penicilina contribuiu para a constituição moderna da medicina e da indústria farmacêutica: tornou a intervenção médica mais resolutiva, ao permitir a cura e a prevenção de doenças infecciosas até então consideradas fatais; e ampliou as cadeias mundiais de produção e distribuição de medicamentos, criando também nesse processo instituições para seu controle e regulação. Em 1945 a relevância da penicilina para o desenvolvimento das ciências médicas foi reconhecida com a atribuição conjunta do Prêmio Nobel de Medicina a Fleming, quem descobriu a substância, e Chain e Florey, os responsáveis pelo seu isolamento.

Foi nesse período que medicamento começou a ser utilizado para o tratamento da sífilis, sendo reconhecida desde então como a única terapêutica com eficácia comprovada para a sua cura. Desse modo, permitiu o arrefecimento de uma antiga chaga que correntemente reemergia na forma de ciclos epidêmicos, cujo último se desdobrava com abrangência mundial desde o início do século XIX (CARRARA, 1996).

A penicilina então modificou os significados e imaginário simbólico em torno da sífilis. A doença não mais foi percebida como o mal venéreo por excelência:

tornou-se majoritariamente manifesta em seus sintomas primários, bem como, em algumas circunstâncias, foi objeto de eliminação em sua forma congênita¹⁸. Deixou de ser considerada uma prioridade de saúde pública e passou a ser percebida como um agravo passível de controle; continuou prevalente em países empobrecidos, porém seu tratamento foi considerado acessível mesmo a sistemas nacionais de saúde precarizados e subfinanciados.

Contudo, doença e medicamento, entidade nosológica e tecnologia terapêutica, continuam intensamente vinculados. Proponho que o episódio recente do desabastecimento de penicilina, um fenômeno global que afetou o Brasil a partir do final do ano de 2014 até meados de 2019, é uma pertinente oportunidade para analisar as configurações contemporâneas desse vínculo. Dessa forma, o primeiro capítulo dessa tese de doutorado é sobre esse período de escassez de penicilina no sistema de saúde brasileiro e seus efeitos nas formas desenvolvidas de compreender e de intervir sobre a sífilis no país.

Em específico, esse capítulo propõe-se a analisar as ações e estratégias elaboradas para lidar com as adversidades desse evento. Estão em questão os procedimentos de aquisição, distribuição e administração de medicamentos penicilínicos no Brasil, e suas implicações para o controle do crescimento e elaboração de narrativas sobre a sífilis. Na sequência exponho os conceitos, questões e alternativas teórico-metodológicas selecionadas para essa investigação.

1.2. Evento e ordenamento

Logo nos primeiros passos dessa pesquisa, referente à busca de informações de caráter geral acerca do que estava acontecendo com a sífilis no Brasil, foi possível identificar a centralidade do desabastecimento de penicilina para as explicações e justificativas elaboradas sobre a elevação dos casos da doença.

A investigação inicial dos principais tópicos, assuntos e preocupações em torno da sífilis apontou que esse episódio era mobilizado como a causa e igualmente como a consequência de seu aumento: essa tendência epidemiológica era tanto resultado da escassez do medicamento, quanto contribuía para que os seus

¹⁸ Cuba, Armênia, Bielorrússia e Moldávia, por exemplo, são certificados pela Organização Mundial da Saúde como países que atingiram a meta de eliminação da sífilis congênita.

estoques fossem cada vez menores. Esse debate visibilizou a sífilis no âmbito de diversos espaços de formulação e deliberação de políticas de saúde, bem como nos meios de sua divulgação para a sociedade, constituindo um período de intensa produção discursiva sobre a doença.

É no âmbito desse processo que a sífilis passa a ser mencionada como uma epidemia no país. Argumento que a compreensão dessa prática classificatória demanda a investigação dos desdobramentos do desabastecimento de penicilina no sistema de saúde brasileiro. Não se trata de determinar se o fenômeno é a origem ou o resultado do crescimento da doença. Diferentemente, pretende-se analisar o que aconteceu com a sífilis nesse período.

Para isso, esse capítulo aborda o desabastecimento de penicilina por meio do conceito de evento, tal como trabalhado por Bruno Latour (2001) com base na leitura da obra de Alfred Whitehead, filósofo e matemático britânico com produção científica do início do século XX¹⁹. Esse conceito, segundo o autor (LATOURE, 2001), envolve a suspensão do questionamento sobre controle ou à fonte da ação, de maneira a considerá-la em sua imprevisibilidade²⁰. Ao invés de perguntar “quem está agindo”, decide-se explorar o que acontece durante o seu desenrolar. Trata-se de não tomar *a priori* a dicotomia sujeito-objeto, que situa o lócus da agência em um de seus pares, e sim de descrever quais alterações foram ou não produzidas e de que maneira ocorreram.

Nas palavras de Latour, o conceito de evento posiciona analiticamente o pesquisador “antes que seja possível delinear claramente sujeitos e objetos, objetivos e funções, forma e matéria, antes que a troca de propriedades e competências seja observável e interpretável” (LATOURE, 2001, p. 210). Em suma, parte-se das incertezas e controvérsias acerca de quem ou do que está ou não agindo, para então acompanhar a conformação dessas divisões.

Por meio da mobilização desse conceito, o desabastecimento de penicilina é abordado como um evento para o qual não cabe perguntar se a doença age sobre o medicamento, instituindo a sua falta, ou se o medicamento age sobre a doença,

¹⁹ Alfred North Whitehead (Ramsgate, 15 de fevereiro de 1861 – Cambridge, 30 de dezembro de 1947) foi um filósofo, lógico e matemático britânico. É expoente da corrente teórica conhecida como filosofia do processo.

²⁰ Eduardo Viana Vargas (2001) utiliza esse conceito em sua pesquisa de doutorado sobre o uso de drogas. Trata-se de uma forma de não objetificar nem substâncias nem os sujeitos como aqueles que detêm o controle do consumo de drogas, para analisar esse fenômeno a partir de suas imprevisibilidades.

provocando a sua epidemia. A atenção deve estar voltada para as transformações sucedidas durante o seu desenvolvimento, ou seja, para as associações efetivadas e para a emergência de novas configurações da relação de implicação mútua entre a sífilis e a penicilina.

O objeto de análise do presente capítulo responde também a outra demanda de natureza teórico-metodológica. A ausência de penicilina no país provocou a resposta de diversas entidades e instituições de saúde brasileiras, no sentido que fez vir à tona novos procedimentos de tratamento para a sífilis, metodologias de vigilância, orientações para a atuação de profissionais de saúde e processos de aquisição e distribuição de medicamentos. Assim, trata-se de uma situação potente para explorar as ideias e orientações expostas por John Law em artigo que sintetiza as principais contribuições da teoria ator-rede para a teoria sociológica (LAW, 1991).

Nesse artigo, o autor cita o exemplo de uma televisão que se apresenta como um todo integrado enquanto manuseada normalmente e, ao deixar de funcionar, revela uma “rede de componentes eletrônicos e intervenções humanas que a constituem”. Esse exemplo é utilizado para demonstrar que

Sempre que uma rede age em bloco, então ela desaparece, sendo substituída pela própria ação e pelo autor, aparentemente único desta ação. Ao mesmo tempo, a forma pela qual o efeito é produzido é também apagada: nas circunstâncias ela não é visível nem relevante. (LAW, 1991).

Tal efeito de unidade se refere ao conceito de pontualização. Esse indica que “um ator é uma rede de certos padrões de relações heterogêneas, ou um efeito produzido por tal rede”. É pela exigência de manutenção constante que o momento da pontualização é um efeito sempre em processo e precário. E é justamente nas ocasiões de falha ou de interrupção em sua aparente estabilidade que é possível “tomar consciência das redes que estão por trás e constituem um ator” (LAW, 1991).

Abordo o desabastecimento de penicilina como uma ruptura em uma ordem aparentemente estável. Trata-se de um momento em que o trabalho para manter o seu fornecimento torna-se mais visível, assim como também se destacam as conexões efetivadas entre as realidades epidemiológicas da sífilis e a (in) disponibilidade do medicamento de primeira escolha para o seu tratamento. Ou seja,

é quando emergem – e também se transformam – as redes e associações que mantêm a eficácia desse objeto. Essa é uma análise, portanto, da “luta pelo ordenamento” (LAW, 1991).

1.2.1 Questões, conceitos e estratégias metodológicas

Objetivo compreender como a escassez da alternativa terapêutica de primeira escolha para a sífilis transformou as suas dinâmicas de cuidado e atenção e quais as implicações dessas mudanças sobre as formas de pensar e agir sobre a doença no Brasil. Em especial, busco explorar as seguintes questões: quais estratégias pautaram as respostas à interrupção do fornecimento regular de penicilina? De que maneira tentou-se suprir a demanda provocada pela escassez do medicamento? Quais as percepções elaboradas sobre as relações entre o desabastecimento de penicilina e a epidemia de sífilis? Como que a doença foi referenciada nas ações e medidas levadas a cabo durante esse período?

Para o desenvolvimento dessas indagações, foram selecionados para análise etnográfica os documentos que cristalizaram as decisões adotadas com relação ao desabastecimento de penicilina ou que a esses se reportaram. Primeiramente, foram objetos de identificação as notas técnicas e informativas do Ministério da Saúde, que comunicavam as orientações aos estados e municípios. Após, procedeu-se à busca pela produção documental das instituições citadas. A revisão de artigos científicos e notícias publicadas por veículos de imprensa também foram importantes para a elaboração do texto aqui apresentado. Conformou-se assim um campo documental formado por notas técnicas e informativas, manifestações de entidade e conselhos profissionais da saúde, relatórios de incorporação de tecnologia no Sistema Único de Saúde (SUS), manuais e cadernos de normatização da prática de profissionais de saúde, artigos científicos, notícias e reportagens de mídia.

Com relação aos procedimentos de análise desse material procurou-se identificar quais foram as ações desenvolvidas com relação ao desabastecimento de penicilina, as diferentes maneiras com que esse fenômeno era mencionado, suas consequências para o tratamento e para as medidas de controle da sífilis.

Pretendeu-se, ainda, identificar as formas com que o desabastecimento de penicilina é acionado na descrição das tendências epidemiológicas da doença e nas percepções constituídas sobre o seu crescimento.

O texto que segue inicia com referência ao aparecimento dos primeiros sinais de ruptura no fornecimento de penicilina pelo sistema de saúde brasileiro e menciona também a dimensão global de sua abrangência. Após, abordo as estratégias adotadas e os atores engajados com os desafios impostos por esse evento. Por fim, destaco os principais tópicos e argumentos de interlocução com os temas específicos trabalhados nos demais capítulos dessa tese de doutorado.

A organização dos fatos e discursos que conformam a descrição elaborada segue uma ordem temporal. Adotou-se essa forma narrativa com a finalidade de dar conta dos efeitos do desabastecimento de penicilina no processo de compreensão e de intervenção sobre a sífilis no Brasil.

1.3 Ruptura no fornecimento de penicilina

A bibliografia e as fontes consultadas para a elaboração desse capítulo, entre elas os Boletins Epidemiológicos da sífilis (BRASIL, 2016), Notas Técnicas e Informativas do Ministério da Saúde (01/2017), auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU, 2017), bem como estudos das ciências da saúde (ARAUJO, 2019; CHAVES, 2019; FIGUEIREDO, 2020) e também reportagens de mídia e imprensa, demarcam o fim do ano de 2014 como o início do período desabastecimento de penicilina no Brasil.

O fenômeno se manifestou primeiramente com o descumprimento dos prazos de entrega pelos laboratórios que produzem e comercializam antibióticos penicilínicos no país. De dezessete registros ativos em 2008 restavam somente quatro: esses eram Eurofarma, Teuto, Novafarma e Fundação para o Remédio Popular (FURP). O laboratório Eurofarma relatou *stock out* de penicilina benzatina “por alguns meses no final de 2014” (EUROFARMA, 2015); nesse momento também a Fundação para o Remédio Popular (FURP) declarou que a produção foi paralisada

por problemas técnicos na área administrativa²¹; e em de janeiro de 2015 o laboratório Novafarma notificou o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) do Ministério da Saúde a descontinuação de sua fabricação (DAF, 2015).

As interrupções na distribuição de penicilina ocorreram na sequência de limitações para a aquisição da matéria prima de empresas estrangeiras. Trata-se do Insumo Farmacêutico Ativo (IFA) penicilina pulverizada ou ionizada, adicionada a materiais não reagentes para a formulação dos medicamentos. Essa substância não é fabricada pela indústria farmacêutica brasileira, sendo necessária a sua importação para o abastecimento do mercado interno. A penicilina é considerada um produto barato, dentre outros motivos em função de sua patente vencida, o que faz com que poucos laboratórios no mundo possuam interesse em sua comercialização.

Também apenas quatro empresas centralizavam a produção mundial do IFA da penicilina. São elas *Sandoz GmbH*, situada na Áustria, e a *North China Pharmaceutical Group Smesyntech*, *CSPC Pharmaceuticals Group* e *Jiangxi Dongfeng Pharmeceutical*, localizadas na China. Essas, ainda, acionavam em media somente 20% de sua capacidade de produção para essa substância (GUIMARÃES, 2014). Dessa forma, a cadeia global de fornecimento da penicilina já era bastante fragilizada, com a existência de poucas empresas internacionais para a fabricação do IFA. Assim, qualquer interferência ou interrupção seria capaz de afetar um grande contingente de sistemas de saúde, entre eles o Brasil, que também já contava com poucas empresas nacionais para a elaboração de medicamentos penicilínicos. De fato, já no ano de 2005 a Organização Mundial da Saúde (OMS) alertava sobre a possibilidade de sua escassez global, quando em documento sobre as estratégias internacionais de controle de infecções afirmava que:

Nos últimos tempos, tem havido problemas tanto em relação à disponibilidade quanto em relação à qualidade da penicilina benzatina ao redor do mundo. Em muitos países, essa medicação é escassa, e frequentemente está indisponível por períodos prolongados. Ainda mais preocupante, a qualidade da medicação é altamente variável²².

²¹ Informação disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/noticias/arquivos-noticias-2015/depois-de-um-ano-crise-de-abastecimento-de-penicilina-benzatina-continua-e-sifilis-vive-fase-epidemic>

²² Informação disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/06/falta-de-penicilina-benzatina-que-trata-sifilis-preocupa-medicos-no-brasil.html> (acesso em 11/08/2022).

Ambos os problemas citados, relativos à qualidade e à disponibilidade do medicamento, como será visto a seguir, estiveram presentes no contexto brasileiro a partir de 2015.

O desabastecimento no Brasil iniciou como uma “ruptura no fornecimento de penicilina benzatina no mercado brasileiro”, expressão utilizada pelo representante da Eurofarma em Audiência Pública no Congresso Nacional (EUROFARMA, 2015). Essa interrupção ocorreu quando uma das quatro empresas produtoras do IFA ficou impossibilitada de comercializá-lo em função de sanções impostas por agências reguladoras da União Europeia.

Em específico, a *North China Pharmaceutical Group Semisyntech*, cuja planta industrial se localiza na cidade de Shijiazhuang na província de Hebei (China), foi autuada em visita de autoridades sanitárias europeias em novembro de 2014 devido a “problemas no laboratório de controle de qualidade e risco de contaminação nos medicamentos” (GUIMARÃES, 2017). Em função desse episódio, a empresa foi banida de vender penicilina a países pertencentes à União Europeia, bem como “Hong Kong, Etiópia e Libéria fizeram recall de frascos de penicilina feitos com ingredientes da empresa chinesa” (GUIMARÃES, 2017). Também a ANVISA negou a solicitação para que a *North China Pharmaceutical Group Semisyntech* vendesse o IFA da penicilina no Brasil, alegando não conformidade dos procedimentos de fabricação com especificações requeridas de boas práticas (TCU, 2017).

O desabastecimento de penicilina possuiu, portanto, uma abrangência global. O problema foi pauta da 69ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Genebra na Suíça em maio do ano de 2016, quando foi reconhecido que essa classe de medicamentos se encontrava em escassez no mercado internacional da saúde. Dados do relatório apresentado por representante da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) nessa ocasião informavam que 41% dos países respondentes à consulta realizada reportaram escassez de penicilina para o período entre 2014 e 2016. Abaixo, destaco o mapa com resultado do monitoramento realizado pela OMS:

Figura 1: Países com relato de escassez de Penicilina G benzatina (BPG) entre 2014-2016.



Fonte: O Impacto do desabastecimento de penicilina no tratamento da sífilis: crise na relação entre uma doença antiga e um tratamento antigo, porém eficaz (ALVES, Rebeca; RIBEIRO, Ághata; MINARINI, Luciene, 2020).

Esse mapa indica que o desabastecimento de penicilina foi um fenômeno amplo, atingindo um conjunto de países que abarca, por exemplo, Brasil, Estados Unidos, Canadá, Alemanha, Índia, África do Sul, Indonésia, Austrália, Namíbia, Madagascar, Nigéria, Nova Zelândia, entre outros.

Na sequência, abordo os desdobramentos desse evento no sistema de saúde brasileiro e seus efeitos para a emergência de um novo contexto para a sífilis no país. O foco da descrição se dirigirá para as estratégias acionadas para lidar com os desafios da escassez de penicilina, os atores envolvidos, seus consensos e suas disputas.

1.4 Escassez de penicilina e o crescimento da sífilis no Brasil

A escassez de penicilina logo foi objeto de atenção de estados e municípios. No início do ano de 2015 esses entes solicitaram ao governo federal informações a respeito da “indisponibilidade no mercado do medicamento Penicilina Benzatina 1.200.000 UI²³”. Em resposta, emitida em nota técnica conjunta (02/2015 DAF/SCTIE/MS e DDAH/SVS/MS), o Ministério da Saúde expressava perspectiva de retorno breve à normalidade.

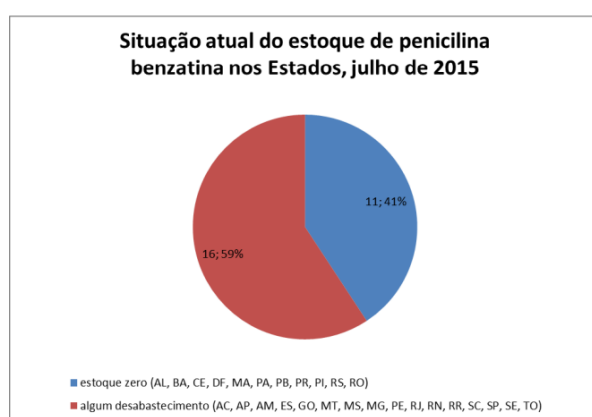
²³ O termo Unidades Internacionais é um sistema de medidas utilizado na farmácia e na química para determinar o volume dos fármacos: Os valores 1.200.000 e 5.000.000 UI se referem às quantidades de penicilina benzatina e penicilina cristalina nos frascos-ampolas.

O laboratório Eurofarma possuiria novos lotes “liberados para comercialização já no início de maio, com retorno da regularização do abastecimento conforme seu volume histórico de produção” (1,4 milhão de ampolas de penicilina por mês); o laboratório Teuto esperava a normalização de sua “produção de 2.2 milhões de ampolas até 25 de maio”; já a Fundação para o Remédio Popular (FURP) informou que “terá produzido dois milhões de unidades em julho disponibilizando para o conjunto do país” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Contudo, essas expectativas são frustradas. Em julho de 2015, consulta realizada pelo Ministério da Saúde indicava que 59% dos estados brasileiros (16) apresentavam “algum desabastecimento” e 41% (11 estados) relatavam “estoque zero” de penicilina²⁴.

O monitoramento da situação dos estoques de penicilina, realizado nas Centrais de Abastecimento Farmacêutico²⁵ dos estados pelo Ministério da Saúde, configurou um novo monitoramento do sistema de saúde brasileiro sobre a sífilis, referente às condições de efetivação de seu tratamento. Essa vigilância da penicilina foi exercida na forma de uma consulta aos estados durante todo o período de desabastecimento, sendo os dados comunicados aos estados pelo Ministério da Saúde em notas informativas por meio de gráficos, como esse que se encontra abaixo, resultado do levantamento citado:

Gráfico 2: Estoque de penicilina nos estados.



Fonte: Nota Técnica Conjunta 02/2015 DAF/SCTIE/MS e DDAH/SVS/MS.

²⁴ Informação disponível em: <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=3169> (acesso em 08/08/2022)

²⁵ As Centrais de Abastecimento Farmacêutico são áreas destinadas à estocagem e conservação de medicamento, onde são realizados procedimentos de logística relativos à estocagem, manuseio, guarda, empilhamento, etc. (BRASIL, 2001).

Apesar do desabastecimento de penicilina muito rapidamente passar a abranger uma grande quantidade de estados, as primeiras ações tomadas no sentido de reduzir os seus danos não foram relativas a processos de aquisição da substância, mas sim foram destinadas a expandir as oportunidades de seu uso. No mesmo mês em que foi realizado o levantamento exposto no gráfico acima, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) decidiu ampliar as possibilidades de aplicação de medicamentos penicilínicos. Em decisão tomada em plenário esse conselho revogou uma série de exigências requeridas para a sua administração²⁶. Essas diziam respeito à necessidade de estrutura material e profissional na unidade de saúde para manejo de choque anafilático, reação adversa em pacientes alérgicos (COFEN, 2014)²⁷.

Ao longo de 2015 a penicilina também foi objeto de publicações do Ministério da Saúde que pretenderam estimular e reforçar o seu uso no tratamento da sífilis, em função do “agravamento da epidemia de sífilis” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015^a, p. 9). Em janeiro desse ano foi publicado o relatório da CONITEC “Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez” (CONITEC, 2015), e em outubro foi publicado o “Caderno de Boas Práticas – O uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a).

Os elementos expostos até aqui indicam que a expressão “desabastecimento” ainda não era utilizada para se referir à escassez de penicilina. A expectativa do Ministério da Saúde de retorno breve à normalidade, o uso de termos como “indisponibilidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) e “ruptura” (EUROFARMA, 2015) para descrever a situação, bem como a opção por ampliar o uso do medicamento em um contexto de falta, revelam que nesse momento, no início do ano de 2015, os desdobramentos da interrupção do fornecimento regular de penicilina ainda não eram totalmente previstos, bem como esse fenômeno não era plenamente compreendido pelo conceito de desabastecimento.

²⁶ Informação disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-revoga-parecer-sobre-aplicacao-de-penicilina_32950.html (acessado em: 29/09/2020)

²⁷ A flexibilização das exigências para a administração de penicilina pelo COFEN é um processo que ocorre desde 2006, quando esse conselho se contrapôs à determinação, por parte do Ministério da Saúde (Portaria número 156), de presença de médico para a realização do procedimento – revogada em 2011 pela Portaria 3.161, quando a aplicação do medicamento foi permitida em todas as unidades de atenção básica pelas equipes de enfermagem, médicos e farmacêuticos.

O artigo de Chaves (CHAVES, et al., 2019) discute diferentes termos no campo da saúde pública para indicar a falta de medicamentos, como por exemplo os termos “descontinuação”, com referência aos processos de produção, importação, e “indisponibilidade”, no sentido de garantia do fornecimento. Os autores concluem que não há uma conceitualização precisa para indicar o que seria o “desabastecimento” de medicamentos. Contudo, estou interessado nessa expressão na qualidade de um termo êmico, cujo emprego sinaliza a própria percepção da natureza do fenômeno em questão.

Nesse sentido, o desabastecimento de penicilina no Brasil passa a adquirir maior inteligibilidade, bem como se torna um termo recorrente, com a realização de audiência pública na Câmara dos Deputados, que aconteceu em 29 de Setembro de 2015 e se intitulou “A crise de assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde e o desabastecimento de penicilina benzatina nas unidades de saúde do Brasil”. Nessa ocasião foram sistematizadas as causas e consequências da diminuição da produção de penicilina e a sua conseqüente escassez, revisadas as medidas tomadas até então, bem como anunciadas aquelas a serem desenvolvidas.

Discursaram representantes de sociedades científicas e conselhos profissionais (Conselhos Federais de Farmácia e Enfermagem, Sociedade Brasileira de Infectologia), do Ministério da Saúde (representante da pasta e diretoria do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de Assistência Farmacêutica) e de laboratórios farmacêuticos atuantes no Brasil (Eurofarma).

Como causas que originaram e fatores responsáveis por manter a situação de desabastecimento de penicilina no país, foram mencionados desde questões de escala global, como a insuficiência na produção internacional do IFA e a dependência da indústria farmacêutica nacional, até problemas internos que afetaram a regularidade do fornecimento por parte de empresas nacionais, como a elevação dos custos do IFA e a dificuldade para encontrar empresas com registro ativo e válido para sua comercialização no Brasil.

Foi também recorrente nas apresentações da audiência pública a afirmação da severidade do aumento da sífilis no país e sua vinculação com o desabastecimento de penicilina. Os títulos das notícias divulgadas pela Câmara dos Deputados conceituam a gravidade da doença: “Debatedores destacam

epidemia de sífilis no País e desabastecimento de penicilina”²⁸ e “Depois de um ano, crise de abastecimento de penicilina benzatina continua e sífilis vive fase epidêmica”²⁹.

Outro tópico abordado na ocasião e importante de ser referido diz respeito à cobrança, por parte dos representantes presentes, da ANVISA pelo tempo tomado para a verificação e liberação de novos registros do IFA para a produção de penicilina. Uma vez que os fornecedores recorrentes foram impossibilitados de comercializá-lo, era necessário que essa agência de vigilância aprovasse com agilidade as condições de produção das novas empresas contratadas pelos laboratórios que atuam no Brasil.

Esses realizaram uma petição na qual solicitam à ANVISA celeridade em tal processo de validação, atendida somente em julho de 2016. Na ausência de novos fornecedores com capacidade de dar conta da demanda, esse órgão resolve dispensar a necessidade de registro do IFA da penicilina. Tratou-se de uma “Concessão de excepcionalidade” (TCU, 2017) que tornou possível a aquisição dessa substância em caráter emergencial, por um período de dez meses. Dessa forma, empresas brasileiras vieram a adquiri-lo de laboratórios internacionais anteriormente banidos ou sem registro válido vigente (GUIMARÃES, 2017). Além de desabastecido, o sistema de saúde brasileiro passou a acessar uma penicilina com menor controle de qualidade.

A audiência pública na Câmara dos Deputados também foi um momento de comprometimento das entidades presentes com ações resolutivas³⁰. Dentre essas, evidentemente, as mais urgentes diziam respeito à aquisição de novos lotes de penicilina. Dois processos de compra de benzilpenicilina benzatina 1.200.000 UI foram anunciados: via Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (dois milhões de frascos), processo iniciado em maio de 2015 com previsão para entrega em 2016; e via pregão eletrônico (setecentas mil unidades, para entrega em 30 dias),

²⁸ Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/471613-debatedores-destacam-epidemia-de-sifilis-no-pais-e-desabastecimento-de-penicilina/> (acesso em 19/08/2022).

²⁹ Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/noticias/arquivos-noticias-2015/depois-de-um-ano-crise-de-abastecimento-de-penicilina-benzatina-continua-e-sifilis-vive-fase-epidmica#:~:text=KSS%20portal%20message-.Depois%20de%20um%20ano%2C%20crise%20de%20abastecimento%20de%20penicilina%20benzatina,e%20s%C3%ADfilis%20vive%20fase%20epid%C3%AAmica&text=Ap%C3%B3s%20um%20ano%20de%20diagnosticado,um%20quadro%20epid%C3%AAmico%20de%20s%C3%ADfilis.> (acesso em 19/08/2022)

³⁰ Também foram mencionadas medidas de caráter estrutural, como por exemplo, a criação de uma indústria nacional voltada à produção de matéria prima para medicamentos essenciais.

cujo edital, vencido pelo laboratório Teuto, fora publicado em setembro de 2015 (DAF, 2015).

O Ministério da Saúde foi ativo no processo da liberação de registros do IFA da penicilina pela ANVISA. Além de reuniões com a diretoria dessa agência de vigilância, a pasta também realizou “mediações com mercado internacional, visando suprir e regularizar demandas”. Dentre as ações desenvolvidas destaca-se, por exemplo, consultorias para empresas localizadas na China sobre as exigências da ANVISA para liberação de registro de venda de penicilina (DAF, 2015).

1.4.1 Grupos prioritários

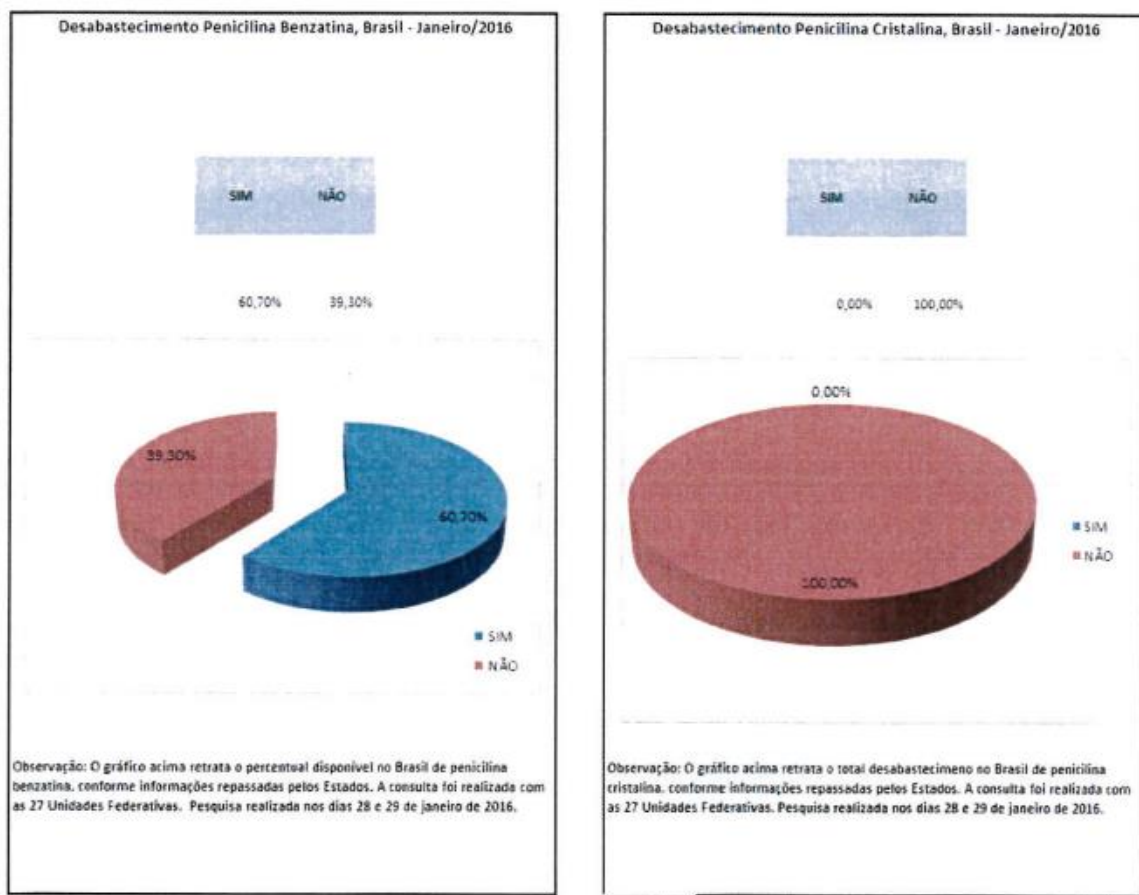
Enquanto as novas quantidades de penicilina não estavam disponíveis para uso, foi necessário priorizar a distribuição daquelas existentes. Um mês após a realização da referida audiência pública na Câmara dos Deputados, em outubro de 2015, o Ministério da Saúde comunica ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), em nota informativa número 109/2015, que o “SUS vai disponibilizar penicilina *apenas* para tratamentos de sífilis” (grifo do autor). Esse documento também determinava “o uso *exclusivo* de penicilina G benzatina para gestantes com sífilis e da penicilina cristalina *apenas* para crianças com sífilis congênita” (grifo do autor) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 1).

Para os casos de sífilis adquirida, nas situações de indisponibilidade de penicilina, estabeleceram-se então medicamentos alternativos. Trata-se da ceftriaxona e doxiciclina, também antibióticos e já recomendados pelo *Center for Disease Control* (CDC, 2002) – órgão de vigilância e regulamentação dos Estados Unidos. Devido à “possibilidade de falha terapêutica”, nos casos de tratamento com esses medicamentos:

os pacientes devem ser acompanhados em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e as gestantes mensalmente para serem avaliadas com teste não treponêmico, considerando a detecção de possível retratamento” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b, p. 4).

Logo após a publicação dessa orientação, entre os dias 28 e 29 de janeiro de 2016, o Ministério da Saúde realizou nova consulta aos estados para averiguar os estoques de penicilina. Naquele momento, o desabastecimento abrangia a totalidade das unidades da federação com relação à penicilina cristalina e 61% em referência à penicilina benzatina (Nota informativa 006 de 2016/GAB/DDAHV/SVS/MS). Conforme expresso no gráfico abaixo:

Gráfico 3: Desabastecimento de penicilina no Brasil, janeiro de 2016.



Fonte: Nota informativa 006 de 2016/GAB/DDAHV/SVS/MS, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Tendo em vista o agravamento do desabastecimento de penicilina (levantamento realizado em julho de 2015, já citado no presente capítulo, indicava escassez em 41% dos estados), em maio de 2016 o Congresso Nacional solicita ao Tribunal de Contas da União Proposta de Fiscalização e Controle³¹ para averiguar a “atuação do governo federal para controlar a incidência de sífilis no

³¹ Proposição legislativa destinada a propor apuração de irregularidades no âmbito da administração pública.

Brasil”, tendo em vista que “as taxas de incidência da sífilis estão crescendo a ponto de caracterizar uma epidemia da doença no país” (TCU, 2017, p. 43). Esse processo é autorizado em dois meses e toma a forma de uma auditoria. Um dos cinco capítulos do relatório dessa investigação é destinado a “apurar as causas do desabastecimento de penicilina no mercado nacional e avaliar as possíveis propostas de solução” (TCU, 2017, p. 2).

Esse documento, validado pelo Tribunal de Contas da União em Painel de Referência em março de 2017, é um renovado esforço de síntese das circunstâncias que provocaram o desabastecimento de penicilina e seus efeitos sobre a sífilis no Brasil. Novamente, foram elencados os fatores que lhe deram origem e as ações desenvolvidas para sua resolução: sua dimensão global, o fracasso dos processos licitatórios nacionais, as prioridades para a distribuição dos estoques existentes, as quantidades importadas e os mecanismos acionados nos processos de compra.

Esse também foi um documento propositivo. Dentre as recomendações havia sugestões até então não enunciadas, como a avaliação sistemática de diagnóstico e tratamento de serviços de saúde municipais, bem como propostas que já pautavam o debate no Brasil sobre o controle da sífilis, como o desenvolvimento de campanhas de prevenção e de estratégias para o tratamento de parceiros das gestantes, o estímulo ao uso da penicilina por meio da “desmistificação” da reação anafilática e a identificação das causas do diagnóstico tardio (TCU, 2017).

Com o avanço da situação de desabastecimento, a penicilina se torna escassa também para os grupos prioritários, de modo a exigir então o estabelecimento de tratamentos alternativos para esses pacientes. Em agosto de 2016, por meio da nota informativa número 68, a ceftriaxona é incorporada como terceira escolha terapêutica para sífilis congênita e neurosífilis em recém-nascidos, no caso de indisponibilidade de Penicilina G Cristalina e Procaína, primeira e segunda escolha para tratamento da doença, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a).

A ceftriaxona deve ser utilizada somente nas circunstâncias de “indisponibilidade de penicilina”, visto que “não há evidência científica da eficácia de seu uso no tratamento da sífilis congênita [e da neurosífilis]” (MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2016a, p. 3). Por esse motivo, também o tratamento com esse medicamento deve ter “seguimento clínico e laboratorial mais rigoroso”: além de mais longo (pode chegar a 14 dias enquanto o prognóstico com penicilina no máximo se estende até 10 dias), é necessário realizar o monitoramento de “leucócitos, plaquetas, ureia, creatinina, sódio, potássio, transaminases, bilirrubinas totais e frações” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016a, p. 3).

A indicação de antibióticos alternativos para a sífilis foi uma medida adotada em função da indisponibilidade de penicilina. A principal tarefa do Ministério da Saúde ainda era abastecer o mercado nacional com esse medicamento. Nesse sentido, outra estratégia acionada consistiu na elevação dos preços do Insumo Farmacêutico Ativo, expressa na edição da Medida Provisória de número 754, de dezembro de 2016. Essa medida permitiu à Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), em decisão unânime de seus ministros³², ajustar os preços desses produtos em situações excepcionais, dentre as quais se destaca a possibilidade de risco de seu desabastecimento (BRASIL, 2016a).

Essa medida foi elaborada não somente para estimular a produção nacional, como também para possibilitar que os laboratórios brasileiros adquirissem o IFA da penicilina de empresas estrangeiras. Uma das principais dificuldades para o abastecimento do sistema de saúde brasileiro era, justamente, a elevação do custo dessa substância no mercado internacional (TCU, 2017), consequência da ruptura na cadeia global de produção. Como no Brasil os laboratórios farmacêuticos são impossibilitados de praticar preços além de um limite máximo determinado pela CMED, muitas vezes não era possível adquirir o produto no valor ofertado pelos fornecedores, o que levou ao fracasso de vários processos licitatórios. Ou seja, o desabastecimento foi responsável não apenas pela incorporação ao sistema de saúde de medicamentos menos eficazes para sífilis, como também pela elevação dos custos dos tratamentos à base de penicilina.

A criação de um mecanismo legal para o ajuste dos preços da penicilina era uma reivindicação que já circulava nas proposições elaboradas na conjuntura de desabastecimento. Foi, por exemplo, reivindicada em carta pública da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FREBASGO), na qual

³² O conselho de ministros da CMED é composto pelos ministros Saúde, Fazenda, Justiça, Indústria, Comércio Exterior e Serviços, e Casa Civil do governo Federal.

alertam o Ministério da Saúde sobre a “gravidade da epidemia de sífilis no Brasil” (CFM, SBP, FREBASGO, 2016). Esta carta se refere à sífilis como uma “prioridade em saúde pública” e sugere ainda mais cinco medidas para a adoção de um plano de prevenção de sua transmissão vertical³³.

A partir de julho do ano de 2017 as aquisições de medicamentos penicilínicos pelo Ministério da Saúde deixam de ser realizadas em caráter emergencial e passam a constituir parte de suas responsabilidades previstas. Esses foram classificados como pertencentes ao Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, por meio da atualização da Relação de Medicamentos Essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), documento que lista os medicamentos que devem atender às necessidades do sistema de saúde brasileiro, cuja antiga versão era do ano de 2014 (Portaria 1897). Isso significa que a compra e a distribuição da penicilina passou a ser também atribuição da União, o que difere de seu estatuto anterior, quando era classificada como Componente Básico da Assistência Farmacêutica, sendo essas responsabilidades então de estados e municípios.

Essa mudança na política de assistência farmacêutica do sistema de saúde brasileiro foi uma das principais pautas da audiência pública realizada no Senado Federal, de título “O desabastecimento de penicilina no Sistema Único de Saúde”, em julho de 2017, um mês antes da publicação da nova Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Esse evento contou com a participação de representantes do Ministério da Saúde, da ANVISA, INTERFARMA (Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa) e da Empresa *Nord Regulatorial* (Empresa que presta consultoria em processos de registro de produtos da saúde em órgãos públicos).

A compra centralizada de penicilina por parte do Ministério da Saúde foi destinada exclusivamente para o tratamento da sífilis. Esse procedimento objetivou regularizar o seu fornecimento, de modo a encerrar com a exclusividade de seu uso para gestantes e recém-nascidos: “A meta é ofertar o medicamento de forma

³³ São elas: ampliação do acesso ao programa de pré-natal, com acompanhamento médico para diagnóstico e tratamento; formação de equipes multidisciplinares; conscientização das parcerias sexuais das gestantes acometidas pela sífilis; promoção de estudos para aprimoramento da qualidade do sistema de vigilância em saúde; e garantia de acesso universal ao teste de Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas (VDRL) (CFM, SBP, FREBASGO, 2016).

centralizada para atender *todos* os casos de sífilis detectados no Brasil”³⁴ (grifo do autor) afirmou representante do Ministério da Saúde na audiência pública do Senado Federal. Diferentemente dos processos emergências de distribuição anteriores, realizados de acordo com estimativas baseadas nos indicadores epidemiológicos da sífilis (Nota Informativa 006 de 2016/GAB/DDAHV/SVS/MS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016) nas aquisições centralizadas a penicilina passou a ser distribuída por meio de consulta aos gestores estaduais acerca dos quantitativos necessários.

O planejamento da distribuição de penicilina, possibilitado pela aquisição centralizada, permitia imaginar o fim das situações de urgência, responsáveis pelas orientações de sua aplicação somente em grupos prioritários. Dessa forma, no início de 2018, ao comunicar a aquisição dos novos lotes, o Ministério da Saúde revoga a orientação que destinava o medicamento somente a gestantes e recém-nascidos. Essas medidas foram comunicadas pela Nota Informativa número 2, de dois de fevereiro, que estabeleceu que “as penicilinas provenientes de compra centralizada pelo MS devem ser utilizadas exclusivamente para tratamento da sífilis adquirida e parcerias, sífilis em gestantes e parcerias e sífilis congênita” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019); e pela Nota Informativa número 4, de 23 de fevereiro, que anuncia a “Distribuição de benzilpenicilina benzatina 1.200.000 UI e benzilpenicilina cristalina/potássica 5.000.000 UI para as Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) dos Estados e do Distrito Federal (DF)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019a).

Contudo, a centralização dos processos de compra de penicilina pelo Ministério da Saúde não foi suficiente para normalizar o seu fornecimento. Além dos lotes adquiridos serem suficientes apenas para a cobertura de períodos curtos (até junho e dezembro de 2018, para penicilina cristalina e penicilina benzatina, respectivamente), a produção pelos laboratórios nacionais continuou a apresentar interrupções. Por exemplo, no segundo semestre do ano de 2018, a Fundação para o Remédio Popular (FURP) comunicou ao Ministério da Saúde que não poderia cumprir integralmente o contrato celebrado para produção de penicilina benzatina, em decorrência de problemas na qualidade do IFA adquirido (MINISTÉRIO DA

³⁴ Informação disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/ecidadania/visualizacaoaudiencia?id=11496> (acesso 19/08/2022)

SAÚDE, 2019). Nessa circunstância somente 54% do total estabelecido em contrato foi entregue (1,381 milhão de frascos-ampolas).

Essa intercorrência exigiu mudança no laboratório fornecedor e atrasou em um mês a entrega da penicilina. No processo de compra da quantidade faltante, realizado via pregão eletrônico, o edital foi vencido pela *Elfa Medicamentos S/A*. Devido à nova situação de urgência, foi necessário solicitar a essa empresa o fornecimento de 150 mil frascos-ampola na primeira semana após a celebração do contrato (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Desse modo, em fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde volta a “priorizar a disponibilidade da benzatina 1.200.000 UI para o tratamento da sífilis na gestação e parcerias” e a “considerar o tratamento alternativo com a doxiciclina 100mg para pessoas com sífilis adquirida, exceto gestantes” (Nota Informativa número 18) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b). Essa orientação também está presente na Nota Informativa número 30, do mesmo ano, que atualiza os gestores estaduais sobre a aquisição e distribuição de penicilina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019c).

Ao longo do ano de 2019 o desabastecimento de penicilina não foi mais mencionado como a causa ou a consequência do crescimento da sífilis no Brasil, e o Ministério da Saúde não voltou a determinar o seu uso para grupos prioritários. Também nesse ano somente 5% dos países consultados pela Organização Mundial de Saúde reportaram escassez de penicilina (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019). O desabastecimento passou a ser mencionado como um problema de saúde pública controlado, que não mais se configura como uma crise do sistema de saúde brasileiro³⁵.

Contudo, seguiu fragilizada a cadeia produção, aquisição e distribuição de medicamentos penicilínicos. Continuaram a ocorrer aquisições destinadas ao seu fornecimento para períodos de curto prazo, suspensões na produção por problemas de qualidade do IFA e a recomendação de tratamentos alternativos. Dessa forma, a retomada da distribuição regular de penicilina no sistema de saúde brasileiro foi uma “conquista, um processo, uma consequência, um conjunto de resistências superadas, um efeito precário” (LAW, 1991).

³⁵ “O Brasil já sofreu com o desabastecimento do remédio em 2017 — por se tratar de um medicamento barato, ele não seria tão interessante para as farmacêuticas —, mas hoje a situação está controlada”. Citação disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/sifilis-epidemia-sintomas-prevencao-tratamento/> (acesso em 19/08/2022)

1.4.2 A sífilis e o conceito de epidemia se espalham

Apesar de formalmente superado, ou senão isso, de ausente do debate público, o desabastecimento de penicilina deixou marcas duradouras na compreensão da sífilis no Brasil. Destaco o estabelecimento da ideia de que a realidade da doença no país é a de uma epidemia.

Durante o período em que faltou penicilina no sistema de saúde brasileiro esse conceito veio a extravasar a esfera do discurso institucional, produzido no âmbito de organizações de governo, e passa a circular em outros espaços. No final de 2015, a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) publica o informe “A epidemia de sífilis e falta de penicilina!” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA, 2015); em outubro do mesmo ano o Conselho Federal de Farmácia (CFF) replica notícia da Agência Câmara “Debatedores destacam epidemia de sífilis no País e desabastecimento de penicilina”³⁶, em referência a audiência pública da Câmara dos Deputados; em 2016 a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) publica informe de título “Falta de penicilina afeta pacientes no mundo”, no qual se afirma que “No Brasil, a falta de penicilina benzatina que teve início em 2014 foi acompanhada de um surto de sífilis” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2016); e em janeiro de 2017 o Conselho Federal de Medicina, a Sociedade Brasileira de Pediatria e a FEBRASGO divulgam carta pública na qual “alertam sobre epidemia da sífilis congênita” no Brasil (CFM, COFEN, FEBRASGO, 2017).

Também notícias publicadas nos principais veículos de imprensa do país passaram a se referir à sífilis como uma epidemia. O jornal *Estadão*, no ano de 2017, afirmou que “A epidemia de sífilis que atinge o país fez o número de óbitos infantis e fetais pela doença congênita (transmitida pela mãe) triplicar nos últimos dez anos³⁷”; no mesmo ano o grupo de comunicação *O Globo* publica reportagem na qual afirma que a “Sífilis volta a ser uma epidemia no Brasil, apesar do tratamento rápido³⁸”. Em 2019 a revista *Radis*, de divulgação científica da

³⁶ Disponível em: <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=3169> (acesso em 23/08/2022).

³⁷ Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,mortes-de-bebes-e-abortos-por-sifilis-no-brasil-triplicam-em-dez-anos,70002102299> (acesso em 19/08/2022).

³⁸ Disponível em: <https://g1.globo.com/globo-news/noticia/2017/04/sifilis-volta-ser-uma-epidemia-no-brasil-apesar-do-tratamento->

Fundação Oswaldo Cruz, anuncia que a “sífilis é uma epidemia – Infecção sexualmente transmissível cresceu 48% em um ano” (RADIS, 2019); a *Revista Veja* publicou texto em 2020 com o título “Sífilis: a epidemia não para. Como evitar?”³⁹; também coluna da revista *Carta Capital* de 2020 intitulou-se “Sífilis: uma epidemia fora de controle”⁴⁰; entre outros exemplos.

Menciono agora as principais transformações que se passaram com a sífilis durante o período de desabastecimento de penicilina, exploro os mecanismos conceituais que vincularam esse evento à classificação da doença como epidemia no Brasil e destaco as conexões dos temas aqui abordados com os demais capítulos dessa tese de doutorado.

1.5 A epidemia de sífilis e o desabastecimento de penicilina

Enquanto faltava nas unidades de saúde o medicamento de primeira escolha e único considerado eficaz para o seu tratamento, cresciam os indicadores da sífilis no Brasil. No início do período de desabastecimento, em 2014, a incidência de sífilis adquirida era de 25.1 para cem mil habitantes e 8.9 e 5.5 para cada mil nascidos vivos, para sífilis em gestante e congênita. Cinco anos após, em 2019, quando diminuem as preocupações com a escassez do medicamento, esses valores eram, respectivamente: 72.8, 20.8 e 8.2 (BRASIL, 2020). Não argumento que esse evento foi o responsável pelo início da elevação dos casos de sífilis no país, tendência epidemiológica já perceptível anteriormente (ver introdução e capítulo quatro), mas sim que atribuiu renovada relevância e atenção a esse fenômeno.

O desabastecimento de penicilina engajou novos atores e espaços no projeto de controlar o avanço da sífilis no Brasil. Não somente o Ministério da Saúde foi naturalmente mobilizado, mas também a Câmara dos Deputados, o Senado Federal, o Tribunal de Contas da União e Ministério Público Federal. Ademais, conselhos e

[rapido.html#:~:text=S%C3%ADfilis%20volta%20a%20ser%20uma,do%20tratamento%20r%C3%A1pido%20%7C%20GloboNews%20%7C%20G1&text=O%20GloboNews%20Especial%20mostra%20que,para%20as%20consequ%C3%AAs%20da%20doen%C3%A7a. \(acesso em 19/08/2022\)](#)

³⁹ Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/sifilis-epidemia-sintomas-prevencao-tratamento/> (acesso em 19/08/2022)

⁴⁰ Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/saudelgbt/sifilis-uma-epidemia-fora-de-controle/> (acesso em 19/08/2022)

sociedades científicas se envolveram com a epidemia de sífilis, sendo esse fenômeno também reverberado pelos principais veículos de imprensa do país. Foi no debate e na interação entre essas entidades que se consolidou uma ideia geral acerca do que foi o desabastecimento de penicilina, suas origens e consequências e suas relações com o crescimento da sífilis.

Nesse período duas situações de excepcionalidade se coordenaram: uma vinculada ao fornecimento regular de penicilina e outra referente à epidemiologia da sífilis. Tanto o desabastecimento constituiu uma interrupção extraordinária no processo de aquisição e distribuição do medicamento, quanto o conceito de epidemia reivindica um desvio nas tendências epidemiológicas consideradas normais da doença.

A ideia de descontrole perpassa a aplicação desses dois conceitos, o de desabastecimento e o de epidemia. A escassez de penicilina produziu um contexto em que o medicamento foi destinado exclusivamente para uso em grupos prioritários, bem como os processos de aquisição eram limitados à cobertura de períodos de curto prazo. Dessa forma, comprometeu-se a previsibilidade e o consequente controle da distribuição da penicilina. Também a classificação de uma doença como epidêmica reivindica o descontrole da elevação do número de casos. Na conjuntura brasileira, por exemplo, a Sociedade Brasileira de Infectologia publicou notícia em março de 2022 de título “O descontrole da sífilis”⁴¹ e coluna da Carta Capita intitulou-se “sífilis, uma epidemia fora de controle”⁴².

Também é importante mencionar que a precarização da atenção e do cuidado da sífilis acompanhou a sua constituição como epidemia. Além de escassa, a penicilina disponível no sistema de saúde passou a ser mais cara e com menor controle de sua qualidade. Tratamentos sem eficácia comprovada também foram incorporados às suas alternativas terapêuticas: primeiro para sífilis adquirida, e após, com o avanço do desabastecimento, também para gestantes e recém-nascidos.

Em meio à dinâmica de precarização, essas categorias foram tomadas como grupos prioritários. Nas situações críticas, quando o tratamento de penicilina estava

⁴¹ Disponível em: <https://infectologia.org.br/2022/03/02/o-descontrole-da-sifilis/#:~:text=Uma%20doen%C3%A7a%20que%20tem%20um,pelo%20n%C3%A3o%20uso%20de%20preservativos>. (acesso em 19/08/2022)

⁴² Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/saudelgbt/sifilis-uma-epidemia-fora-de-controle/> (acesso em 19/08/2022)

indisponível para sífilis adquirida, as orientações emitidas pelo Ministério da Saúde determinavam que fossem esses os grupos a receber os estoques existentes. Essa escolha corresponde à eleição da sífilis congênita como objeto prioritário de intervenção no que diz respeito ao controle da doença pelo sistema de saúde brasileiro.

Esse tópico será desenvolvido no próximo capítulo, sobre a história recente da quantificação da sífilis no país e as diferentes estratégias acionadas para medir a sua subnotificação. Argumento que a criação da categoria de notificação “sífilis em gestante”, formada no bojo de um projeto da Organização Pan-americana de Saúde para eliminar a sífilis congênita da região da América Latina e Caribe (OPAS, 2014), foi fundamental na produção de um efeito de realidade no que se refere à compreensão dos dados epidemiológicos produzidos pelo sistema de vigilância brasileiro.

A discussão sobre a constituição de grupos de risco será retomada no capítulo três, por meio do estudo do sistema de vigilância da sífilis de Portugal. A comparação da trajetória da categoria *Homens que fazem Sexo com Homens* nas tendências epidemiológicas portuguesas permite um interessante contraste com o caso brasileiro da sífilis congênita e das gestantes com sífilis, ao evidenciar um processo de formação de grupos prioritários por meio de uma dinâmica diferente daquela da precarização da atenção e do cuidado.

A investigação da importância da penicilina para a compreensão da sífilis será retomada no capítulo quatro, que estabelece uma comparação entre a AIDS e a sífilis na literatura das ciências humanas e da saúde. Esse capítulo aborda também as tecnologias mobilizadas nos tratamentos dessas doenças. Argumento que é justamente pela penicilina se constituir como um medicamento efetivo e barato que o crescimento da sífilis é circunscrito por certa aura de mistério: afinal, se há medicamento eficaz para a cura da doença, porque a sífilis cresce?

Passo a adentrar diretamente no tema da produção de indicadores em saúde e dados epidemiológicos. O próximo capítulo é um estudo da subnotificação da sífilis pelo sistema de vigilância brasileiro. Utilizo o conceito de escala (TSING, 2005, 2012; CARR, LAMPERT, 2016) para descrever as formas pelas quais esse fenômeno foi calculado, com o objetivo de compreender as suas consequências

para a avaliação das tendências epidemiológicas da doença. Argumento que mudanças nas formas de medir os casos não notificados transformaram os dados epidemiológicos da sífilis em fiéis tradutores de sua dimensão e tamanho.

CAPÍTULO 2: SUBNOTIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS NO BRASIL

No capítulo anterior descrevi as práticas e discursos em torno da sífilis que se desdobraram em função do episódio de desabastecimento de penicilina, de modo a apresentar a conjuntura em que a doença passa a ser classificada como epidemia no Brasil. Agora, abordo os processos de produção de indicadores em saúde e seus efeitos sobre as tendências epidemiológicas da sífilis.

Como argumentei na introdução dessa tese de doutorado, dados produzidos por sistemas de vigilância constituem atores centrais em processos contemporâneos de classificação epidemiológica e devem ser objetos de investigação se desejamos compreendê-los. No Brasil, a instituição da epidemia de sífilis foi consolidada com a fabricação de números que pudessem ser lidos como tradutores fiéis de sua distribuição no país. Dessa maneira, nesse capítulo objetivo compreender de que maneira dados epidemiológicos buscaram apreender as “verdadeiras” abrangências, magnitudes, distribuições e características dessa doença.

Para analisar esse processo, adotei a estratégia metodológica de tomar como objeto de estudo o fenômeno da subnotificação. Ou seja, a dimensão da doença considerada não abarcada pelo número oficial de registros de casos nas tendências epidemiológicas da sífilis. Assim, nesse texto a descrevo a quantificação da sífilis no Brasil por meio das diferentes maneiras com que a sua subnotificação foi calculada e mobilizada para interpretar o seu crescimento. Como material etnográfico de pesquisa, me detenho sobre o estudo de boletins epidemiológicos, tópico a ser abordado mais adiante.

As seguintes questões motivaram a investigação conduzida no presente capítulo: como a subnotificação é definida e mensurada? Como é discursivamente agenciada em relação à variação do número de casos? Que estratégias são acionadas para diminuir a subnotificação? Quais temas e questões são objetos desse fenômeno?

Na sequência, apresento em maiores detalhes a abordagem adotada para o desenvolvimento dessas perguntas e suas implicações para a análise do processo de produção de dados epidemiológicos sobre a sífilis. Argumento que as estratégias acionadas para compreender e lidar com a subnotificação colocam em relevo as relações entre as práticas de produção dos dados e conceitualizações das realidades epidemiológicas das doenças. Início com uma explicação mais completa acerca do que é a subnotificação em um sistema de vigilância.

2.1 Subnotificação: análise de resíduos e ausências

A subnotificação de uma doença ou agravo é consequência da instituição, pelo sistema de vigilância em saúde, da necessidade de seu registro quando da confirmação de um diagnóstico. Esse procedimento é designado notificação obrigatória ou compulsória. Trata-se do preenchimento de uma ficha, pelo profissional que se depara com um caso positivo no serviço de saúde de sua atuação, público ou privado, que contém variáveis sobre as suas características epidemiológicas.

Esse documento é enviado, conjuntamente com outros relativos à mesma doença, para a divisão de vigilância em saúde municipal e dessa para o órgão estadual correspondente. Essa instância irá excluir as fichas de notificação inválidas, como os casos duplamente ou incorretamente registrados, corrigir inconsistências no preenchimento dos documentos válidos, e por fim os encaminhará ao Ministério da Saúde. A periodicidade deste envio varia de acordo com as determinações específicas de cada doença; no caso da sífilis, de notificação compulsória, este prazo é de uma semana. Ao fim desse processo, os casos considerados existentes, porém ausentes da contagem das notificações oficiais, são definidos como a dimensão da subnotificação da doença em questão.

A subnotificação constitui então uma informação relevante para a organização e o planejamento dos sistemas de saúde. Uma vez que designa a quantidade de casos positivos ausente dos registros oficiais, é um fator sempre presente nas análises das tendências epidemiológicas dos fenômenos em questão. As compreensões estabelecidas sobre suas causas, como por exemplo a falta de

testes diagnósticos, o desconhecimento da doença por parte dos profissionais de saúde ou receio da população em buscar assistência, irão pautar desde campanhas de saúde pública até a elaboração de políticas de saúde.

A vocação totalizante dos sistemas de vigilância contemporâneos, ou seja, sua orientação para abarcar a totalidade dos casos positivos, tornou a subnotificação um dos principais obstáculos a serem superados na produção de dados confiáveis sobre a distribuição das doenças nas populações. Esse fenômeno se apresenta como uma lacuna nas realidades epidemiológicas derivadas das estatísticas oficiais, instaurando uma sempre presente dimensão de incerteza em suas interpretações.

Nesse sentido, o estudo da subnotificação constitui uma análise de seus resíduos e ausências. Trata-se de analisar projetos de escala por meio da não escalabilidade, como proposto por Anna Tsing (2005, 2012) e Carr e Lampert (2016), autores e autoras que desenvolvem suas investigações no campo de Estudos Sociais em Ciência e da Tecnologia. Na sequência, abordo essas perspectivas e suas implicações para essa pesquisa.

2.1.1 Escalas e escalabilidade

O conceito de escala, nos trabalhos de Tsing (2005, 2012) e Carr e Lampert (2016), designa as operações que dimensionam objetos em termos de abrangência e alcance. Seguindo as fundamentações teórico-metodológicas da teoria ator-rede, que propõem “achatar o plano do social” a fim de prescindir de categorias essencializantes como global e local para descrever os objetos de análise (LATOUR, 2012), os autores citados (TSING, 2005, 2012; CARR, LAMPERT, 2016) propõem perspectivas para seguir suas trajetórias em meio a essas variações.

Segundo Carr e Lampert (2016), escalas são concebidas e criadas com o objetivo de implicar objetos em sistemas de classificação:

Hierarquias de escala são os efeitos e esforços para ordenar, agrupar e categorizar muitas coisas, pessoas e qualidades em termos de níveis relativos de elevação e centralidade. (CARR, LAMPERT, 2016, p. 3, tradução do autor).

Ou seja, as submissões dos objetos a projetos de escala devem ser analisadas por meio das classificações que estabelecem, no sentido de serem identificadas as formas como conceitualizam e modelam a realidade.

Essa abordagem, como referido na introdução em relação aos estudos de sistemas de classificações, também reivindica uma orientação pragmática, cujo objetivo é o estranhamento de tais operações:

Atender às pragmáticas de escala significa tomar uma distância crítica de uma dada distinção de escala, seja as nossas ou a dos outros, e focar nas circunstâncias sociais, dinâmicas, e consequências do forjamento de escalas [*scale-making*] como uma prática social e um projeto. (CARR, LAMPERT, 2016, p. 9, tradução do autor).

Essa orientação envolve indagar, de início, “como os campos estudados são escalados na forma em que se apresentam?” (CARR, LAMPERT, 2016, p. 9, tradução do autor). Esse questionamento assume que uma escala é sempre “uma questão e uma materialização de uma perspectiva determinada, que orienta os atores em direções particulares” (CARR, LAMPERT, 2016, p. 14, tradução do autor).

Desse modo, ao contrário de se constituírem como fórmulas e métricas fechadas ou produtos acabados, escalas também se desenvolvem como processos: “Escalas mobilizadas pelos atores sociais para organizar, interpretar, orientar e agir sobre o mundo não são dadas, mas feitas” (CARR, LAMPERT, 2016, p. 3, tradução do autor).

Anna Tsing (2012) afirma que os processos de escala envolvem a constante estabilização dos objetos, a fim de que mantenham suficiente integridade para que sejam reconhecidos como as mesmas entidades nas variações de dimensão a que são submetidos. Tais estabilizações demandam um trabalho contínuo, visto que, “ordinariamente, coisas que se expandem mudam na medida em que agregam novos materiais e relações” (TSING, 2012, p. 505, tradução do autor).

Para analisar e descrever esse processo, Anna Tsing propõe o conceito de escalabilidade, formulado em sua pesquisa sobre a especulação ambiental na Indonésia, que aborda as práticas de generalização e de compatibilidade na formulação de escalas (TSING, 2012). Escalabilidade seria a qualidade da expansão de um objeto sem a necessidade de reformular os elementos mobilizados no processo. Nas palavras da autora, é “a mudança do pequeno para

o grande sem a necessidade de refazer o desenho da operação” (TSING, 2012, p. 505, tradução do autor). Sugere-se, também, um conceito para essa dimensão dos processos de escala, os *nonsoels*: elementos desenhados e fabricados para expansão de projetos, procedimentos e modelos sem que esses sejam transformados no caminho.

A fim de descrever esses processos, Tsing propõe foco empírico no fenômeno da não-escalabilidade, ou seja, as “ruínas que a escalabilidade deixa para trás” (TSING, 2012, p. 506, tradução do autor). Tais ruínas são os elementos que dificultam a consecução dos projetos de escala, sendo objetivadas como problemas que demandam resoluções. Essa ênfase metodológica atende às falhas nos projetos de escalabilidade, o que também permite a sua desnaturalização e faz com que possam ser percebidas em ação.

Operações de escala são fundamentais ao processo de classificação de doenças em que a categoria epidemia está implicada. O conceito direciona a pesquisa para a problematização das dimensões e tamanhos dos fenômenos que constituem os objetos de análise: “forjar escalas [*scale-making*] envolve a elaboração de distinções entre medidas de grandeza e de pequenez” (CARR, LAMPERT, 2016, p. 3, tradução do autor). Essas são propriedades consideradas na avaliação da realidade epidemiológica de uma doença.

Considero que a produção de dados epidemiológicos sobre a sífilis constitui um projeto de escalonamento [*scale-making*], responsável por tornar a doença visível e por operacionalizar categorias como a de epidemia. Ao ser objetificada em um projeto de escala, a sífilis é dimensionada em marcos espaço-temporais: as séries históricas por municípios, estados, regiões e em nível nacional, que irão precisamente permitir as comparações que fundamentam os limites de normalidade e excesso nas classificações epidemiológicas.

Dessa forma, ao estudar projetos de escala é importante que a análise empírica seja dirigida para as estratégias de padronização dos dados fabricados sobre a sífilis pelo sistema de vigilância. É esse processo que forja coerência suficiente para que a doença seja dimensionada em distintos níveis espaciais e temporais.

Quais são os *nonseols*, na expressão de Tsing, criados para a realização do projeto de escala representado pela produção de dados epidemiológicos sobre a

sífilis? Quais seus obstáculos e desafios? Quais são suas potências e suas limitações? E principalmente, quais são seus efeitos na definição do que é a sífilis hoje no Brasil? Essa pesquisa segue a sugestão de Tsing no sentido de desenvolver essas questões a partir do estudo do fenômeno da não-escalabilidade, ou seja, as subnotificações, compreendidas como as ruínas de tal projeto.

Apesar da pesquisa etnográfica sobre a subnotificação da sífilis ser conduzida por meio da análise de boletins epidemiológicos, esse capítulo mobilizou outros documentos para a investigação, como artigos das ciências da saúde e manuais, diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde. O objetivo foi situar as informações veiculadas pelos boletins epidemiológicos no contexto mais amplo das compreensões elaboradas e dos usos designados aos dados epidemiológicos da sífilis. Nesse sentido, procurou-se sempre especificar a relação dos documentos citados com os temas abordados ao longo do texto e sua relevância para os objetivos e argumentos propostos.

A descrição que segue inicia com a situação epidemiológica da sífilis no Brasil nos anos 1980. Objetivo contextualizar historicamente a instituição de sua notificação obrigatória, de maneira a compreendê-la como um mecanismo que permitiu visualizar a distribuição da doença em território nacional e em série histórica. Argumento que uma das consequências desse processo incide sobre a própria criação do fenômeno da subnotificação.

2.2 A notificação da sífilis e a criação da subnotificação

No início da década de 1980, e também antes desse período, não existia no Brasil dados nacionais e estandardizados de produção contínua para medir a distribuição e as características da sífilis e nem de outras doenças sexualmente transmissíveis. Havia estudos pontuais, que abrangiam serviços de saúde, municípios, bairros, estados, ou mesmo regiões do país, ou de inferência nacional a partir de estimativas. A falta de padronização dos dados produzidos por esses estudos era um empecilho para a correta avaliação do aumento ou da diminuição da doença

O artigo de Bruno Gil de Carvalho Lima, professor da faculdade de medicina da Universidade Federal da Bahia, publicado em 2002 no *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial* e intitulado *Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995*, aborda esse momento. Essa publicação é tomada como representativa de um consenso então vigente sobre a situação epidemiológica da sífilis no Brasil. Isso porque é um dos estudos mais citados na plataforma *Scielo* sobre a doença nessa década, sendo referenciado por trinta e dois artigos, sem que seus argumentos sejam contestados ou objetos de disputa. Nesse estudo, a sífilis é retratada no Brasil como uma doença que estava no rumo de sua erradicação, projeto sobre o qual pairava um “ambiente de otimismo” (LIMA, 2002, p. 268).

O coeficiente de mortalidade por sífilis congênita apresentava reduções na década de 1980, o que corroborava tal impressão. O artigo acima citado (LIMA, 2002) descreve a “tendência comum de queda dos coeficientes de mortalidade [da sífilis congênita] de 1980 a 1995”. Em específico, “o coeficiente de mortalidade por sífilis no Brasil foi de 2,45/1.000.000 habitantes em 1980, diminuindo continuamente até níveis de 1,02/1.000.000 em 1995, um decréscimo de 58,2% em 15 anos” (LIMA, 2002, p. 269).

A redução das mortes por sífilis congênita “pode ser comemorada como êxito parcial na luta contra a sífilis, principalmente ao se perceber que os avanços se distribuíram por todas as regiões do país”, bem como revelam um quadro “muito auspicioso no país como um todo”: o decréscimo de “quase 60% num espaço de 15 anos é um avanço muito grande” (LIMA, 2002, p. 269). Estes resultados são considerados consequência “da possibilidade de diagnosticar e tratar a doença de modo relativamente fácil e barato” (LIMA, 2002, p. 270).

É interessante notar que, nesse estudo, o denominador do cálculo do indicador de mortalidade por sífilis congênita, relativo à população de menores de um ano, não seguiu a sua fórmula estabelecida, que é o número total de declarações de nascidos vivos⁴³ em um determinado ano e local. Diferentemente, foram utilizados os dados dos censos populacionais brasileiros realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Adotou-se esse procedimento pois, nesse momento, de acordo com o autor “persistem no Brasil dificuldades

⁴³ A declaração de nascidos vivos é o documento emitido pelo Ministério da Saúde para quem nasce no Brasil e é registrada no âmbito do Sistema de Informação de Nascidos Vivos.

quanto ao registro de nascimentos, sendo esta informação indisponível em diversos estados” (LIMA, 2002, p. 269).

A sífilis congênita foi instituída como doença de notificação compulsória no Brasil em um contexto marcado pelo processo de redemocratização, que envolveu a reformulação de seu sistema de saúde. A portaria que instituiu essa determinação foi publicada em 1986 (Portaria número 542), justamente o ano que acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento que sintetizou uma multiplicidade de propostas e demandas da sociedade civil e de movimentos sociais para a formulação de um sistema de saúde de direção única, estatal e gratuito. Esse foi materializado juridicamente dois anos mais tarde com a promulgação do SUS, que por sua vez envolveu a reorganização da vigilância em saúde no Brasil.

A notificação obrigatória da sífilis congênita, realizada conjuntamente com a do HIV/AIDS, foi um mecanismo criado em um processo mais amplo de padronização das atividades de detecção e monitoramento de doenças no Brasil. De acordo com Tayra et al. (2007), a instituição da sífilis congênita como categoria de notificação padronizou o processo de produção de dados epidemiológicos, que anteriormente era realizado pelos estados de diferentes formas, alguns registrando somente os óbitos, outros incluindo para além dos casos positivos também os suspeitos (TAYRA, et. al. 2007)⁴⁴.

Contudo, a obrigatoriedade do registro dos casos de sífilis congênita não acarretou, de imediato, a geração de indicadores da doença que revelassem a sua distribuição em território nacional e em série histórica. Como afirmam Passos e Fonseca, em artigo publicado no *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* em 1990, ou seja, quatro anos após a promulgação da portaria 542 do Ministério da Saúde, “no Brasil não se possui números que traduzam a verdadeira situação [da sífilis] em todo país. Possuímos apenas dados isolados que

⁴⁴ A definição de caso adotada na instituição da notificação obrigatória da sífilis congênita foi o de critério de Kaufman, oriundo do sistema de vigilância dos Estados Unidos, que classificava a doença de acordo com a probabilidade da infecção entre as categorias definido, provável, possível e improvável. Esse critério era considerado demasiadamente específico, ou seja, com possibilidade de detecção de poucos casos, visto que demandava para confirmação do diagnóstico testes de laboratório e radiológicos pouco disponíveis nas maternidades brasileiras, assim como determinava o acompanhamento de dados sorológicos dos recém nascidos (TAYRA, et. al. 2007). Natimortos também não eram contabilizados de acordo com esse critério

atestam uma elevação de casos em algumas regiões.” (PASSOS; FONSECA, 1990, p. 38).

O projeto de escalonamento da sífilis tem como segundo marco a criação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 1993. Esse é o ambiente informacional que reúne e organiza os indicadores das doenças consideradas importantes e prioridades de saúde pública no país. O SINAN foi implementado sem a coordenação e acompanhamento do Ministério da Saúde⁴⁵, sendo somente em 1998 que o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) elabora instrumentos, define fluxos e desenvolve um software para o sistema, a fim de efetivá-lo em todos estados da federação e tornar obrigatória a inserção regular das informações das fichas de notificação⁴⁶.

A primeira menção à subnotificação da sífilis identificada na análise do material etnográfico surge justamente com referência a esse ano, de 1998, em uma citação presente na apresentação das *Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita* de 2006: “Entretanto, embora a subnotificação tenha sido a regra, entre os anos de 1998 e 2004 foram notificados 24.448 casos da doença neste intervalo de tempo” (BRASIL, 2006a, p. 3).

A subnotificação surge na interpretação das tendências epidemiológicas da sífilis no Brasil como efeito da instituição da notificação e da criação do SINAN, coordenada pelo CENEPI. Esse fenômeno irá substituir a ausência de padronização dos modelos de notificação como principal obstáculo para compreensão da real dimensão da sífilis no país.

Esse tópico descreveu em linhas gerais o processo de instituição da notificação da sífilis congênita, que produziu a visibilidade epidemiológica da doença em nível nacional, de maneira a também dar origem ao problema da subnotificação.

Antes de descrever as formas pelas quais esse fenômeno é mensurado e manejado nos boletins epidemiológicos, demonstro como esses documentos se constituíram como publicações destinadas a divulgar os dados sobre as doenças e eventos vitais das populações. Menciono também sua emergência nas políticas de

⁴⁵ Informação disponível em:

<http://www.portalsinan.saude.gov.br/perguntasfrequentres#:~:text=O%20Sinan%20foi%20implantado%20de,nas%20tr%C3%AAs%20esferas%20de%20governo> (acessado em 29/09/2020)

⁴⁶ Até o presente momento, o SINAN ainda é remoto para a sífilis e demais DSTs, o que significa que não é online, de modo que os dados das notificações precisam ser enviados semanalmente dos municípios aos estados e destes ao Ministério da Saúde por meio de pacotes de dados.

saúde no Brasil e as estratégias metodológicas adotadas para analisá-los nesse capítulo.

2.3 Boletins epidemiológicos, avalanche de números impressos e políticas de saúde no Brasil

Boletins epidemiológicos são periódicos produzidos pelas instâncias de vigilância em saúde, em seus níveis municipais, estaduais e nacional, que divulgam dados sobre as doenças e agravos instituídos como objetos de notificação. Essas publicações tratam de suas distribuições e características na população, bem como apresentam comentários, argumentos, hipóteses e demais reflexões sobre suas tendências epidemiológicas. No Brasil, os dados presentes nesses documentos são oriundos do SINAN.

De acordo com Hacking (1992), a divulgação de informações relativas às situações de saúde das populações surge nos estados-nação do continente europeu no início do século XIX. É nesse momento que é iniciado o que o autor denominou de “avalanche de números impressos”, fenômeno marcado pela profusão de publicações de estatísticas vitais, que envolveu uma transformação no estatuto dos dados epidemiológicos. Esses deixaram ser considerados como de interesse privado das administrações estatais e passaram a constituir objetos de domínio público, tornando-se assim amplamente acessíveis (HACKING, 1992).

Ainda segundo o autor, tal avalanche de números impressos vinculou-se à emergência da percepção de que os fenômenos populacionais não são aleatórios, mas sim regulares e dessa maneira passíveis de quantificação (HACKING, 1992). Essa é uma nova forma de representar e intervir sobre o mundo, que o concebe por meio de magnitudes numéricas. Esse processo é sintomático da consolidação da probabilidade como um estilo de pensamento hegemônico nas ciências modernas, sendo considerado por Hacking como o conceito científico de “maior sucesso” do século XX (HACKING, 1992).

O surgimento da vigilância como um instrumento de saúde pública é concomitante a esse período. Esse modo de pensar e agir sobre o processo saúde-doença foi constituído no final do século XIX, por meio de desenvolvimentos da microbiologia, em específico os conhecimentos produzidos sobre a transmissão

de doenças infecciosas (ALBUQUERQUE, et al., 2002). Sua função era “observar contatos de pacientes atingidos por moléstias graves como a cólera, a varíola e a peste”, a fim de “detectar os primeiros sintomas para a rápida instituição do isolamento” (WALDMAN, 1998, p. 9). William Farr, epidemiologista britânico e considerado um dos fundadores da estatística médica, definiu essas atividades como “inteligência epidemiológica”, o que remete ao caráter militar e policesco das práticas de monitoramento e controle de doenças nessa época (WALDMAN, 1998).

O conceito específico de “vigilância” ganhará abrangência a partir da década de 1950, por meio de campanha empreendida nos Estados Unidos para o combate da poliomielite (ALBUQUERQUE, et al., 2002). Waldman (1998) argumenta que esse conceito foi proposto, justamente, para que políticas de saúde sejam desvinculadas de ideias associadas a práticas de punição e repressão. A vigilância se torna “epidemiológica” no ano de 1964, em artigo de autoria do médico Tcheco Karel Raska, então diretor da Divisão de Controle de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde. Nesse texto, intitulado *The epidemiological surveillance programme* (RASKA, 1964), o autor propõe as bases para a criação de sistemas de vigilância epidemiológica, fundados no monitoramento de doenças e agravos por meio de mecanismos de notificação e divulgação de dados de modo contínuo e integrado com os demais setores de um sistema de saúde (RASKA, 1964).

No final da década de 1980, Thacker e Berkelman (1988), médicos epidemiologistas estadunidenses, propõem o termo “vigilância em saúde pública”. Os autores argumentam que as práticas desse sistema foram constituídas anteriormente à “implementação de pesquisas e à elaboração de programas de controle de eventos adversos à saúde”, consideradas como próprias do campo da epidemiologia (ALBUQUERQUE, et al., 2002, p. 11). Essa proposta é bem sucedida e a partir do final de década de 1980 e início da década de 1990 o termo passa a ser utilizado de uma forma global no campo da saúde e das ciências médicas (WALDMAN, 1988).

De acordo com Sacramento (2000), o principal instrumento de materialização pública dos sistemas de vigilância em saúde são os boletins epidemiológicos. Isso porque são esses documentos que divulgam os dados fabricados por meio das

notificações das doenças, de modo a pautar a elaboração, planejamento e execução de ações e medidas de saúde.

No Brasil, esse documento passa a fazer parte das políticas de saúde a partir do ano de 1967, no âmbito das ações de vigilância implementadas na campanha nacional de erradicação da varíola. Essa, por sua vez, foi estruturada com base no programa de erradicação da malária, criado na década de 1950 (SACRAMENTO, 2020)⁴⁷. Foi denominado Boletim da Campanha de Erradicação da Varíola e publicava os indicadores da doença por estados brasileiros, divulgava informações gerais sobre seus sintomas e apresentava análises da situação epidemiológica do país e também no âmbito internacional.

No ano de 1968, o CENEPI, também criado com a campanha de erradicação da varíola, centralizou em nível nacional as atividades de vigilância e constituiu um sistema nacional de notificação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Iniciou-se assim a produção de um boletim epidemiológico com referência a mais de uma doença, nessa época a raiva, sarampo e poliomielite. Esse documento era de circulação quinzenal, com dados oriundos das Secretarias Estaduais de Saúde e foi publicado até o ano de 1973 (BASTOS, 1996).

A criação de um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica no Brasil acontece em 1975 (Lei 6.259/75, regulamentada pelo decreto número 78.231/76), por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde. Esse evento incorporou propostas da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde para a implementação de sistemas de vigilância em países em desenvolvimento, cujo principal objetivo era ampliar o espectro de doenças monitoradas (ALBUQUERQUE, et al., 2002).

A vez da sífilis congênita chegou em 1986, ano em que foi instituída sua notificação obrigatória. Essa determinação foi realizada conjuntamente com a designação do HIV/AIDS como doença de notificação, de modo que ambas as doenças partilham o mesmo boletim epidemiológico nos primeiros anos de publicação de seus dados pelo Ministério da Saúde. É apenas em 2012 que a sífilis passa a possuir um boletim epidemiológico específico.

⁴⁷ A campanha de eliminação da febre amarela no Rio de Janeiro, coordenada por Oswaldo Cruz, que durou de 1903 a 1913, já contava com a produção de boletins estatísticos. Contudo, os dados publicados eram relativos a essa cidade e não possuíam abrangência nacional.

Como propõe Lucas Freire (2020), objetivo analisar esses documentos como suportes de informações que adicionam uma camada de realidade oficial aos fenômenos que tomam como centro de atenção. Ainda de acordo com o autor, essa oficialidade é efeito de uma operação de seleção, um jogo de visibilidades e apagamentos acerca do que é ou não divulgado (FREIRE, 2020). Nesse sentido, é importante ter em conta que boletins epidemiológicos são publicações vinculadas a políticas de saúde desde as perspectivas das autoridades responsáveis por intervir nas tendências epidemiológicas das doenças, de modo que produzem informações que servem de instrumento para o desenvolvimento e avaliação dessas mesmas políticas.

Boletins epidemiológicos são tecnologias imbricadas com as estratégias de gestão da vida e das populações efetivadas pelas políticas de saúde: os dados ali impressos constituem produções desde o interior do sistema de saúde, através de fluxos constituídos de pacientes, documentos e informações, e também de acordo com as demandas percebidas e eleitas como prioritárias.

Se epidemias são extraordinárias e ultrapassam os limites de uma normalidade estabelecida, elas também atuam por meio de dispositivos já sedimentados, atuantes na produção e na publicização de informações relativas às tendências epidemiológicas das doenças. Dessa forma, é necessário também estar atento às mediações que esses dados provocam nessas engrenagens.

Passo a descrever as maneiras pelas quais a subnotificação da sífilis é objeto de conhecimento e intervenção em boletins epidemiológicos. Início com menção às primeiras publicações, que datam do ano de 2004.

2.4 Boletins epidemiológicos 2004 – 2010

Nesse tópico apresento a primeira definição da subnotificação da sífilis, primeiramente concebida em relação a sua manifestação congênita. Destaco também as distinções com as formas posteriores de conceber esse fenômeno, vinculadas a diferentes definições de caso para sífilis congênita e em gestantes.

No boletim epidemiológico de 2004 afirma-se que “os casos notificados de sífilis congênita, por unidade federada e por características das crianças e maternas

vêm expor o subregistro e subnotificação deste importante agravo em nossa população” (BRASIL, 2004, p. 6). Este documento fornece uma definição para a subnotificação:

A subnotificação de um caso de doença de notificação compulsória refere-se àquele caso que, tendo preenchido os critérios estabelecidos pela vigilância e sido identificado pelo profissional de saúde, não foi notificado ao serviço local de saúde pública, ou não foi notificado dentro do período de tempo estabelecido. (BRASIL, 2004, p. 7)

A subnotificação é concebida como a ausência de registro ou o registro atrasado de um paciente corretamente diagnosticado pelo serviço de saúde. Uma vez que esse fenômeno é referido com relação ao fluxo da informação do caso positivo, é percebido como “uma medida de sensibilidade do sistema de vigilância em saúde”, (BRASIL, 2004, p. 7). Este não seria o caso, por exemplo, se fosse compreendida como um erro de diagnóstico, o que a tornaria um indicador da qualidade da atenção do serviço de saúde.

Ainda são elencados os fatores que contribuem para a ocorrência da subnotificação: desconhecimento dos profissionais sobre quais doenças notificar e o momento oportuno para isso, ignorância de como e onde remeter a informação, e a convicção de que o caso já foi notificado (BRASIL, 2004, p. 7). Faço notar que essas causas estão vinculadas à definição proposta, visto que fazem referência ao registro da confirmação positiva do caso.

A publicação de dados da sífilis em boletins epidemiológicos a partir do ano de 2004 coincide com a priorização da eliminação de sua transmissão vertical nos objetivos do Programa Nacional de DST-AIDS (PN-DTS/AIDS), tarefa que contou com a revisão das definições de caso da doença (PAZ, et al., 2005). No campo da epidemiologia e da vigilância em saúde, “definição de caso” é um conceito que estabelece os critérios para a inserção de um caso positivo no sistema de informação, ou seja, as regras responsáveis por atribuir o estatuto de confirmado a um diagnóstico para fins de produção de dados epidemiológicos.

A nova definição de caso da sífilis congênita foi elaborada em reuniões do Comitê Assessor de Epidemiologia e DST integrante do Programa Nacional de DST-AIDS e envolveu funcionários do Ministério da Saúde do Departamento de Atenção Básica e Áreas Técnicas da Saúde da Mulher e da Criança, e também contou com a participação de representantes da Federação Brasileira das Sociedades de

Ginecologia e Obstetrícia e da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis (PAZ, et al., 2005).

A principal alteração foi o descarte da classificação de casos nas categorias “confirmado” e “presumível”, de modo que as notificações de sífilis congênita passaram a ser inseridas no SINAN somente após a confirmação do diagnóstico, o que também excluiu a categoria “casos descartados” da quantificação da doença (TYARA, et al., 2007). Ou seja, os boletins epidemiológicos passaram a divulgar somente os casos positivos confirmados. A edição de 2005 apresenta essa modificação como um “notório incremento” no processo de elaboração epidemiológica da doença (BRASIL, 2005, p. 4).

A origem dessa definição de caso foi o estudo sentinela-parturiente desenvolvido pelo PN-DST/AIDS em 2004. Trata-se de um estudo de seleção de amostragem probabilística de gestantes e serviços assistência ao parto, aplicado bianualmente partir do ano 2000. Um de seus objetivos era determinar a prevalência da sífilis em mulheres grávidas, visto que nesse momento essa população ainda não era uma categoria de notificação.

Esta pesquisa adotou como critério de diagnóstico de sífilis congênita a realização de testes treponêmicos reagentes e, na situação de sua indisponibilidade, a titulação de teste não-treponêmico igual ou acima de 1:2⁴⁸ (SZWARCOWALD, 2007). Esse é considerado um título baixo, de modo que o objetivo dessa medida foi aumentar a sensibilidade do sistema de vigilância, a fim de captar um número maior de casos (correndo o risco de gerar mais diagnósticos falso-positivos).

A partir do boletim epidemiológico de AIDS-DST de 2005, este estudo passa a ser utilizado para definir a subnotificação de sífilis congênita⁴⁹. Nesse documento é referido que a quantidade de notificações realizadas constitui menos de 50% “dos 12 mil casos estimados através de estudos de prevalência nacional” (BRASIL, 2005, p. 3).

O boletim epidemiológico do ano seguinte especifica estes dados com maiores detalhes. O estudo sentinela-parturiente de 2004 estimou um quantitativo

⁴⁸ Essa titulação indica que mesmo diluindo o sangue em 16 vezes ainda é possível identificar anticorpos reagentes à infecção, contudo, como não se trata de um teste treponêmico, esses podem não ser especificamente relacionados ao *Treponema pallidum*.

⁴⁹ Na última edição desse estudo, em 2006, a prevalência de sífilis em gestantes foi estimada a partir de dados secundários, derivados de informações oriundas dos cartões de pré-natal ou de prontuários hospitalares. Por isso, não foi utilizado para definição da subnotificação da sífilis.

de 12.338 nascidos vivos com menos de 12 anos com sífilis no Brasil (SZWARCWALD, 2007), sendo que a notificação oficial deste agravo, no mesmo ano, computou 5.235 casos positivos (BRASIL, 2006). A notificação alcançou menos da metade dos números estimados no referido estudo, portanto. Esse cálculo “demonstra a magnitude do problema da subnotificação” (BRASIL, 2006, p. 9.). O estudo sentinela-parturiente foi a principal ferramenta para mensurar a subnotificação da sífilis congênita no país até o ano de 2012.

No boletim epidemiológico de 2008 também a subnotificação da “sífilis em gestante” (criada em 2005) passa a ser medida por meio dos resultados do estudo sentinela-parturiente de 2004:

[...] 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, calculam-se quantas parturientes possuem diagnóstico positivo para a doença (no documento citado acima o número estimado é “cerca de 50 mil casos”), e esse número é comparado com o de casos notificados. A subnotificação é o produto dessa operação: diferença de casos estimados e notificados.

O próximo tópico explora a incorporação da categoria de notificação “sífilis em gestante” no sistema de vigilância brasileiro. Objetiva-se situar a sua emergência como parte de um projeto de eliminação da transmissão vertical protagonizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

2.4.1 Sífilis em gestantes e o projeto de eliminação da transmissão vertical

A eliminação da sífilis congênita foi incluída pela OPAS como uma das metas do plano de trabalho de sua Unidade de HIV/AIDS para os anos de 2004 a 2005. Essa decisão foi tomada após avaliação, por parte da mesma instituição, de que seu

Plano Regional Multiprogramático, lançado em 1994, fracassou no objetivo de eliminar a transmissão vertical da sífilis nos países de sua área de influência.

Nessa nova tentativa a eliminação da sífilis congênita foi definida como a redução de sua incidência a valores menores ou iguais a 0.5 casos por 1.000 nascidos vivos, incluindo natimortos. Realizou-se também a revisão dos regulamentos para a prevenção e eliminação da sífilis congênita em diversos países da região e convocou-se uma reunião com gestores e especialistas no tema, realizada em 2004, na República Dominicana, a fim de implementar um novo programa de eliminação vertical (OPAS, 2005).

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). Um de seus objetivos foi padronizar a vigilância da sífilis na América Latina e no Caribe e para isso foram definidas normativas relativas aos procedimentos de monitoramento, diagnóstico e tratamento. A categoria de notificação sífilis em gestantes não foi considerada somente um “dato 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 orientou a incorporação da notificação da “sífilis materna” nos sistemas de vigilância e sugeriu uma definição de caso que “se aplique de forma universal” (OPAS, 2005, p. 19). Essa 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 evidência clínica somada à realização de testes e exames, sendo suficiente a apresentação de somente uma dessas duas modalidades de evidência⁵⁰.

⁵⁰ O programa da OPAS (2005) de eliminação da transmissão vertical da sífilis propõe também a padronização dos campos de preenchimento das fichas de notificação e do fluxo de dessas informações.

As infraestruturas para a efetivação da notificação de sífilis em gestantes já estavam sendo preparadas 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 (BRASIL, 2005), a sífilis em gestante foi incluída na lista de agravos de notificação. A definição de caso adotada seguiu a orientação da Organização Pan-Americana de Saúde, no sentido que permitiu para a confirmação da infecção pelo *Treponema pallidum* evidência clínica ou sorológica⁵¹.

A categoria de notificação “sífilis em gestante” foi, portanto, incorporada ao sistema de vigilância brasileiro por meio de um projeto de eliminação da transmissão vertical. Tratou-se de um instrumento forjado com a finalidade de alcançar esse objetivo. A notificação da “sífilis em gestante”, portanto, foi instituída para controlar “sífilis congênita”.

Trata-se de uma relação de implicação mútua: a definição de caso da “sífilis congênita” no início da década de 2000 foi criada em função de um projeto cujo objetivo era determinar a prevalência da doença em gestantes, o estudo sentinela-parturiente de 2004 (SZWARCOWALD, 2007). Essa pesquisa, por sua vez, foi posteriormente utilizada para medir os casos considerados ausentes na quantificação de ambas as categorias de notificação da doença, sífilis congênita e em gestante.

O próximo item retoma a análise da subnotificação da sífilis nos boletins epidemiológicos, abarcando os anos de 2011 a 2020. Descrevo as formas pelas quais a subnotificação foi acionada para interpretar suas tendências epidemiológicas. Faço referência também uma nova maneira de medir a subnotificação, relativa à diferença entre as taxas de sífilis congênita e em gestante.

Argumento que essa forma de mensurar o fenômeno institui uma avaliação autorreferente da qualidade das notificações, em comparação com o cálculo anteriormente citado, a diferença entre dados estimados e notificados, e que será

⁵¹ “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).

responsável pela compreensão dos dados epidemiológicos da sífilis com fieis tradutores de sua distribuição no país.

2.5 Boletins epidemiológicos 2011 - 2020

A partir do boletim epidemiológico de 2011, a subnotificação passa a ser utilizada para explicar o aumento do valor dos indicadores da sífilis. Nesse momento, a forma de medir esse fenômeno ainda correspondia à diferença entre casos estimados e notificados. De acordo com o boletim epidemiológico do referido ano:

No estudo sentinela parturiente de 2004, a prevalência de sífilis em gestante foi de 1,6%, cerca de quatro vezes maior que a infecção do HIV, estimando um total de cerca de 48.425 gestantes infectadas nesse ano. Comparando o dado estimado com o dado notificado em 2005 (1.863), estima-se que a vigilância só alcançou 3.8% dos casos esperados. Considerando o total de casos notificados de sífilis em gestantes em 2010 (10.084), podemos estimar um aumento de cerca de 447% na proporção de casos esperados que foram notificados, possivelmente em consequência dos esforços de fortalecimento dos serviços de pré-natal com a realização de diagnóstico precoce e tratamento. (BRASIL, 2011, p. 23).

O crescimento da sífilis em gestantes foi creditado a ações e medidas de saúde que ampliaram o escopo de sua detecção e, conseqüentemente, diminuíram a sua subnotificação. Destaco que a elevação de 447% na notificação dessa categoria, entre 2005 e 2010, não foi suficiente para que fosse instituída a ideia de que a sífilis é uma epidemia no Brasil. O avanço da doença foi compreendido como o desvelamento de uma realidade já existente, que estava encoberta pela subnotificação.

No boletim epidemiológico de 2015⁵², lógica semelhante é utilizada novamente para explicar o aumento do número de casos notificados de sífilis em gestantes. O crescimento da doença é justificado pelo “fortalecimento dos serviços de pré-natal, por meio da rede cegonha” (BRASIL, 2015, p. 7). Neste sentido, entre 2012 e 2015, o Ministério da Saúde aumentou em 5,5 vezes a distribuição de testes rápidos de sífilis, de maneira que “com a expansão dos diagnósticos por meio de testes rápidos de HIV e sífilis e da Rede Cegonha, observou-se a

⁵² Nos anos de 2013 e 2014 não foram publicados boletins epidemiológicos sobre a sífilis

elevação na taxa de detecção de sífilis em gestantes, decorrente da melhoria do diagnóstico e da vigilância epidemiológica”⁵³ (BRASIL, 2015, p. 5).

Ou seja, o aumento da sífilis é creditado a ações que ajudaram a diminuir a subnotificação. Uma vez que esse fenômeno é calculado por meio da diferença entre dados notificados e estimados, os 32.780 casos positivos registrados no SINAN em 2015 (BRASIL, 2016), mesmo que correspondam a um valor significativamente maior do que aquele notificado três anos antes, de 16.436, ainda não alcançaram os “cerca de 50mil” casos estimados em estudo sentinela-parturiente (SZWARCOWALD, 2007).

Sendo a subnotificação mensurada por meio do cálculo entre números notificados e estimados, é essa última categoria que define qual a real dimensão da doença. Dessa forma, visto que o crescimento da sífilis indicado pelos números das notificações sempre fica aquém de tal parâmetro, essa tendência epidemiológica é interpretada como consequência de ações e medidas que diminuíram a subnotificação por meio do aprimoramento do sistema de vigilância.

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

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

⁵³ Em específico, o aumento no número de testes foi de 1.126.235 para 6.169.145 (BRASIL, 2015)

sífilis adquire a doença de sua mãe. Assim, caso haja mais notificações para recém-nascidos do que para 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. É interessante perceber que 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.

A relevância dessa diferença, entre as 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).

A verificação da qualidade das notificações da sífilis congênita, anteriormente à comparação de seus indicadores com aqueles de sífilis em gestante, era realizada por meio da investigação do preenchimento de variáveis de suas fichas de notificação.

Em um boletim epidemiológico publicado Ministério da Saúde em 2007, dedicado à avaliação das taxas de sífilis congênita entre os anos de 2000 a 2003, as

notificações são examinadas, dentre outros tópicos⁵⁴, por meio da análise dos “campos obrigatórios e essenciais de preenchimento da Ficha Individual de Investigação do SINAN relativos a dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais” (BRASIL, 2007a, p. 1). Em específico, calculou-se o percentual de campos “em branco” e “ignorados” de trinta e duas variáveis.

Essa forma avaliar as notificações é externa ao sistema de vigilância e realizada pontualmente, uma vez que não faz parte de seus procedimentos de rotina. Nesse sentido, a comparação entre os indicadores de sífilis congênita e em gestante instituiu uma forma autorreferente de determinar a qualidade das notificações, por meio de taxas já geradas pelo SINAN.

Essa definição da subnotificação apresenta outra distinção com relação à comparação entre dados notificados e estimados. Esse último método mede 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 entre os 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 e contínua, visto que é capaz de determinar o seu valor anualmente.

Nos próximos anos esse cálculo será utilizado para afirmar a eficácia de intervenções no processo de notificação, para confirmar a diminuição da subnotificação e a conseqüente realidade dos dados fabricados. Passo a fazer referência a esses episódios.

Em 2017 o Ministério da Saúde novamente alterou as definições de caso das três categorias de notificação da sífilis. Como informa o boletim epidemiológico do ano citado, essa mudança objetivou “proporcionar adequação da sensibilidade na captação de casos de sífilis congênita e diminuir a subnotificação de casos de sífilis em gestantes”, de modo que, a partir desse ano, “é provável que o incremento observado nos casos de sífilis em gestantes possa ser atribuído, em parte, à mudança no critério de definição de caso” (BRASIL, 2017, p. 4). Em específico, passou-se a considerar como período oportuno para a notificação o parto e o puerpério, além do pré-natal.

⁵⁴ Essa avaliação do sistema de vigilância também utiliza outros parâmetros, divididos em qualitativos (em que se encontra a qualidade das notificações, conjuntamente com os atributos de simplicidade, flexibilidade e aceitabilidade), e quantitativos (representatividade, valor preditivo positivo, oportunidade, estabilidade e utilidade).

A nota informativa número 2 do Ministério da Saúde, de 2017, que publica essa definição de caso, menciona que esse novo conceito foi elaborado para diminuir a subnotificação da sífilis em gestantes:

Diante da necessidade de diminuir a subnotificação dos casos de sífilis em gestantes, define-se que todos os casos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser notificados como sífilis em gestantes e não como sífilis adquirida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

No boletim epidemiológico de 2019, o Ministério da Saúde avalia que a mudança na definição de caso diminuiu a subnotificação da sífilis em gestante, visto que as suas taxas de detecção superaram as de incidência de sífilis congênita em todas as regiões do país:

Entretanto, apesar do aumento de casos notificados, nenhuma Unidade da Federação (UF) apresentou taxa de incidência de sífilis congênita mais elevada que a taxa de detecção de sífilis em gestantes, o que pode refletir a melhora da notificação dos casos de sífilis em gestantes no país. (BRASIL, 2019, p. 9).

Na sequência, abordo o papel da categoria “sífilis em gestantes” para a instituição da epidemia de sífilis no Brasil.

2.6 Subnotificação e a epidemia da sífilis

A categoria de notificação “sífilis em gestantes” teve uma importante contribuição para a consolidação do efeito de realidade dos dados epidemiológicos da sífilis. Mais do que uma técnica de detecção, a sua notificação estabeleceu critérios de compreensão da doença que a tornam visível e quantificável.

A diferença entre as suas taxas e aquelas da sífilis congênita se tornou um cálculo que indica a qualidade do processo de produção de dados pelo sistema de vigilância. Por meio de um método de verificação autorreferente, mais dinâmico e contínuo que o anterior, relativo à comparação entre números notificados e estimados, foi estabelecido um sistema que mede sua autoeficácia.

Com essa nova forma de medir a qualidade das notificações, o crescimento da sífilis não foi mais percebido como uma realidade encoberta pela subnotificação – quando, por exemplo, na ocasião em que o aumento de mais de 400% no número de casos em gestante, entre 2005 e 2010, não foi percebido como real, de modo que

a doença não foi classificada como uma epidemia. Uma vez que a relação correta de indicadores é alcançada, ou seja, taxas de “sífilis em gestantes” maiores que “sífilis congênita”, os dados epidemiológicos são considerados críveis e o avanço da doença uma realidade.

O processo de consolidação da notificação de “sífilis em gestante” revela, ainda, outro mecanismo pelo qual uma epidemia é instituída. Essa categoria foi incorporada ao sistema de vigilância brasileiro com o objetivo de eliminar a transmissão vertical da sífilis. Contudo, ao constituir uma nova forma de medir a subnotificação e avaliar a qualidade do dado produzido, seu desenvolvimento permitiu o estabelecimento da percepção de que a sífilis cresce no país.

Os dados produzidos por meio da notificação de “sífilis em gestantes”, ao invés de controlar o avanço da doença, visibilizaram a epidemia. Este processo acarretou, inclusive, o abandono da perspectiva de eliminação vertical da sífilis no Brasil, projeto responsável em primeira instância pela incorporação dessa categoria de notificação no sistema de vigilância nacional. Nos últimos boletins epidemiológicos esse termo, “eliminação”, passou inclusive a 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 Unidades da Federação 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 epidemiológicos sobre “sífilis em gestantes” pelo sistema de vigilância desvelou uma epidemia que exclui das perspectivas da saúde pública brasileira o projeto de eliminação de sua transmissão vertical. A epidemia de sífilis no Brasil foi também instituída quando o projeto de eliminação da transmissão vertical foi descartado em função do crescimento da doença.

2.7 Subnotificação e realidade epidemiológica

Apesar da subnotificação constituir uma dimensão presente em qualquer quantificação realizada por sistemas de vigilância em saúde, visto a inviabilidade de detecção permanente da totalidade dos casos, os cálculos que a definem são produtos técnico-políticos específicos e momentâneos. Quais são os casos não notificados e como devem ser medidos são questões que refletem decisões acerca de como visibilizar doenças e de como interpelar dados que fabricam realidades epidemiológicas.

Carlo Caduff (2014), ao analisar um sistema de produção de informações sobre o vírus Influenza A (H1N1) no Reino Unido, no qual as pessoas registram, por meio de aplicativos de celulares, notificações e sintomas da doença às autoridades de saúde pública, afirma que tal mecanismo gera um constante espectro de incertezas, que sempre adia a elaboração de uma avaliação consistente de seu cenário epidemiológico.

A informação inacabada, para o autor, é interpretada como uma “incompletude que previne a normalização ou estabilização do evento que tenta capturar” (CADUFF, 2014, p. 40). A insuficiência do dado é, portanto, informativa, no sentido que institui um desejo permanente por mais informação: Seu objetivo não é descrever o evento epidêmico, mas sim gerar um cenário de agitação e controvérsia no espaço constituído pela ausência de sua definição. Segundo o autor, essas informações performam a impossibilidade de representação da epidemia.

No caso apresentado nesse capítulo, se percebe paradoxo semelhante. Quanto mais dados são produzidos para descrever a epidemia de sífilis e quanto mais complexos se tornam, com novas categorias de notificação e recortes espaciais e temporais, mais as lacunas da subnotificação e seus espectros de incerteza ganham relevância nas interpretações das tendências epidemiológicas. Contudo, diferentemente do caso estudado por Caduff (2014), a incerteza instaurada pela subnotificação não impede a elaboração de representações para a epidemia de sífilis no Brasil.

A subnotificação é uma ferramenta mobilizada para interpretar tendências epidemiológicas, no sentido que é acionada para definição do que conta como

realidade. É utilizada tanto para afirmar que o número de casos existentes é maior do que a medida oficial, quanto para indicar que o aumento dos casos está cobrindo aqueles subnotificados e que, portanto, tal tendência não reflete a verdadeira distribuição da doença.

Epidemias se encontram em constante transformação e a produção de estatísticas está implicada com esse processo. Esse capítulo demonstrou que os efeitos de realidade dos dados epidemiológicos da sífilis são fabricados através de definições e métricas da subnotificação. Argumento por fim que o estudo desse fenômeno constitui uma via de análise possível e pertinente para a compreensão e descrição dos processos pelos quais doenças são compreendidas como epidemias.

A subnotificação é uma ausência produtiva também em outro sentido: cria as condições de possibilidade para a proposição de estratégias de intervenção. A partir de diferentes maneiras de concebê-la e medi-la, são propostas distintas ações para a vigilância e para a assistência da sífilis.

Ou seja, dados epidemiológicos não são somente formas de representar, mas constituem também modos 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.

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.

O próximo capítulo apresenta outras formas de representar e de intervir sobre a sífilis. Proponho uma abordagem comparativa com o caso brasileiro, por meio do estudo do sistema de vigilância de Portugal. Através da análise da instituição da notificação eletrônica e da inserção do grupo *Homens que fazem Sexo com Homens* nas tendências epidemiológicas da sífilis nesse país, desenvolvo reflexões sobre os efeitos de realidade agenciados por indicadores em saúde e sobre a constituição de grupos prioritários em políticas de atenção e vigilância.

CAPÍTULO 3: A BUSCA PELO REAL: SÍFILIS E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM PORTUGAL

Esse capítulo é sobre as práticas, estratégias e conceitos que envolvem a detecção e o monitoramento da sífilis em Portugal. A incorporação da análise do contexto português a essa tese objetivou complexificar os dados etnográficos produzidos sobre a reemergência da sífilis no Brasil. Trata-se de trazer à tona outras formas de forjar realidades epidemiológicas, que façam emergir as particularidades dos mecanismos estudados com relação ao sistema de vigilância brasileiro.

Um dos eixos da comparação proposta diz respeito aos efeitos de indicadores em saúde sobre as tendências epidemiológicas da sífilis. Enquanto no capítulo dois mencionei a importância da subnotificação para a atribuição de confiabilidade às taxas produzidas pelo sistema de vigilância brasileiro, nesse capítulo estudo a implantação da notificação eletrônica em Portugal e suas consequências para as formas de interpretar e perceber o crescimento da doença no país. Esse é o primeiro tópico desse capítulo.

O segundo tópico aborda a instituição e a consolidação da categoria *Homens que fazem Sexo com Homens* nas descrições epidemiológicas da sífilis em Portugal. Desenvolvo uma reflexão sobre a formação de grupos prioritários em políticas atenção e vigilância em saúde por meio de uma comparação com o caso das categorias de notificação “sífilis em gestante” e “sífilis congênita”, expostas anteriormente.

Início com a menção a dois momentos de meu trabalho de campo. São circunstâncias triviais, que faço referência para apresentar as questões que motivaram esse estudo.

3.1 Doenças não notificadas não são conhecidas

Ao realizar revisão de literatura inicial em artigos do campo das ciências da saúde, a fim de acessar as definições sobre a situação epidemiológica da sífilis em Portugal, encontrei no texto *Sífilis: Prevalência num Hospital de Lisboa* (LOPES, et al., 2016) a seguinte afirmação sobre as estatísticas dessa doença no país:

Em Portugal, até 2013 apenas a sífilis precoce era de notificação obrigatória e, de acordo com os dados da Direção Geral de Saúde, entre 2011 e 2012 registou-se um aumento da sua incidência. A prevalência das outras formas clínicas é desconhecida e a notificação não inclui outros dados importantes como a presença de coinfeções. (LOPES, et al., 2016, p. 53).

No momento mencionado pelos autores, o ano de 2013, as formas clínicas da sífilis que não eram objetos de notificação obrigatória em Portugal correspondiam à sífilis tardia e à sífilis congênita. Por isso, não era possível conhecer suas prevalências, o que tornava inviável enunciar seu crescimento ou diminuição.

3.2 COVID-19, notificações e frequência de consultas

Dia 9 de fevereiro de 2021 entrevistei o médico Miguel Duque, em função de sua atuação no centro de consultas de doenças sexualmente transmissíveis CheckPointLX, vinculado à Organização Não Governamental (ONG) Grupo de Ativistas em Tratamento (GAT). Essa ONG se dedica a atividades de prevenção, testagem, tratamento e acesso aos serviços de saúde no que se refere ao HIV/AIDS, Infecções Sexualmente Transmissíveis, hepatites virais e tuberculose.

Solicitei a entrevista em função da importância do rastreio promovido por serviços de saúde dessa natureza para a detecção da sífilis em Portugal, tópico que exploro mais adiante no presente capítulo. Ao lhe perguntar sobre o impacto da pandemia de COVID-19 na frequência de consultas no CheckPointLX e os consequentes efeitos nas estatísticas nacionais da sífilis, Miguel Duque me respondeu:

Parece que as pessoas estiveram mais por casa durante algumas semanas, mas a seguir houve tipo um efeito *rebound*, pois as pessoas voltaram a sair e com muita gente a procurar os nossos

serviços. Eu sei, eu consigo saber, quantas notificações nós fazemos por ano, mesmo que estas estatísticas não estejam publicadas a nível nacional, eu sei como foi a nossa atividade aqui no CheckPoint e não houve assim uma variação muito significativa entre 2021 e 2020, são os dois anos da pandemia. São anos muito semelhantes, em termos de números. Não houve uma variação muito significativa entre 2020 e 2021 no número de consultas.

Chamo a atenção para o uso que meu interlocutor faz dos números para afirmar a manutenção do desempenho do serviço de saúde em que atua. Miguel Duque declara que a pandemia de COVID-19 não provocou mudança significativa na frequência de consultas do CheckPointLX, pois não houve variação perceptível nas notificações realizadas.

Nessas duas circunstâncias, relatadas no artigo de Lopes (et al., 2016) e na entrevista de Miguel Duque, a notificação da sífilis é utilizada para reivindicar seja o desconhecimento da magnitude de determinadas manifestações da doença, seja o padrão de funcionamento de um serviço de saúde. Estou interessado justamente nesse mecanismo de produção de verdades sobre a sífilis, fundamentado nos dados produzidos pelo sistema de vigilância de Portugal.

3.2.1 Objeto, questões, estratégias

A primeira parte desse capítulo estabelece uma comparação entre a notificação eletrônica, criada em 2015, e o modelo de declaração de doenças anterior, a ficha 1536 do Instituto Nacional Casa da Moeda (INCM), impresso em papel. A comparação diz respeito ao processo de formação dos dados produzidos, sua circulação pela rede de saúde e as estratégias desenvolvidas para interpretá-los. Objetivo compreender as implicações de diferentes formas de registro de doenças no agenciamento dos dados para a reivindicação de realidades epidemiológicas para a sífilis em Portugal.

Após tratar da instituição da notificação eletrônica, abordo a emergência e a consolidação da população *Homens que fazem Sexo com Homens* nas tendências epidemiológicas da sífilis nesse país. Descrevo de que maneira essa categoria foi incorporada ao seu sistema de vigilância de forma a constituir-se como um grupo prioritário de rastreio para doenças sexualmente transmissíveis.

Desse modo, essa é uma investigação sobre estatuto ontológico da informação estatística, suas formas de produzir visibilidade e classificar doenças. Em específico, as seguintes questões guiaram o investimento no trabalho de campo: como os dados epidemiológicos produzidos sobre a sífilis por meio da notificação eletrônica são percebidos? Como são mobilizados para a descrição de suas tendências epidemiológicas? Como esses dados são forjados? Quais mediadores passam a produzir a informação estatística?

A pesquisa etnográfica, realizada por meio de análise de documentos e entrevistas com profissionais de saúde, procurou identificar continuidades e rupturas no sistema de vigilância de Portugal, bem como investigar os modos como afetam a produção de dados sobre a sífilis. Procurei mapear, ainda, as reverberações desses dados em notícias de mídia e imprensa e também em artigos das ciências da saúde.

3.3 Modelos impressos, dados suspeitos

Anteriormente à criação do modelo 1536 do Instituto Nacional Casa da Moeda, em 1999, o então denominado Sistema de Declaração Obrigatória de Doenças de Portugal funcionava com a circulação de diferentes formulários de notificação pela rede de saúde. A elaboração de uma nova ficha de notificação pretendia, justamente, a padronização desses instrumentos em uma única plataforma. De acordo com a *Circular Normativa 1/DSIA*, elaborada pela Direção Geral de Saúde (DGS) para orientar “todos os médicos do Sistema Nacional de Saúde” em relação ao uso do novo “impresso para declaração obrigatória de doenças”, o objetivo era a produção de uma “informação adequada e fiável”. Para isso era fundamental a criação de um formulário de notificação “normalizado e único” (DGS, 2000).

O modelo 1536-INCM incorporou variáveis que foram consideradas “chaves, não só para a identificação do caso, como para a sua caracterização” (DGS, 2000). Em específico, passou-se a exigir o registro da “[o]rigem provável da infecção”, a verificação da ocorrência de “atividade de risco para a doença”, e a confirmação de que “houve mais casos da mesma doença que podem estar relacionados”. Abaixo imagem frente e verso dessa ficha de notificação:

Figura 2: Ficha de notificação Modelo 1536 – Instituto Nacional Casa da Moeda, Portugal.

DECLARAÇÃO OBRIGATORIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Direção-Geral de Saúde

DESIGNAÇÃO DA DOENÇA: _____
AGENTE: _____
SEROGRUPO: _____

CASO: SUSPEITO PROVÁVEL CONFIRMADO

COM BASE EM: CLÍNICA EXAMES LABORATORIAIS OUTRO

DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS: _____
ORIGEM PROVÁVEL DA INFECÇÃO: _____
ACTIVIDADE DE RISCO PARA A DOENÇA: _____

ÚLTIMO APELIDO: _____
NOME PRÓPRIO: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____
SEXO: M F

VACINAÇÃO EM RELAÇÃO A DOENÇA: NÃO VACINADO VACINADO

RESIDÊNCIA: _____
CONCELHO: _____
FREGUESIA: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____
CONTACTO: TELEFONE: _____
HOSPITAL: _____ FAX: _____
OUTRO: _____ e-mail: _____

RELACIONADO A SAÚDE: _____
CONTACTO: TELEFONE: _____
HOSPITAL: _____ FAX: _____
OUTRO: _____ e-mail: _____

Ex.º Senhor
Director-Geral de Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, n.º 45

1049-005 LISBOA

Modelo n.º 1536 (Edição de 2000)

A PREENCHER PELO MÉDICO

RESIDÊNCIA: _____
MORADA: _____
C. POSTAL: _____
TELEFONE: _____

DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATORIA

DESIGNAÇÃO	CÓDIGO (CD-10)	DESIGNAÇÃO	CÓDIGO (CD-10)
Botulismo	A08.1	Malaria	B50 a B54
Brucelose	A23	Meningite meningocócica	A39.0
Carbúnculo	A22	Intoxicação meningocócica (exclui meningite meningocócica, A39.0)	A39
Cólera	A00	Meningite por Haemophilus influenzae	G00.0
Difteria	A38	Intoxicação por Haemophilus influenzae (exclui meningite por Haemophilus influenzae, G00.0)	A49.2
Doença de Creutzfeldt-Jakob (encefalopatia espongiforme subaguda)	A81.0	Parotidite epidémica	B26
Doença de Hansen (lepra)	A30	Peixe	A50
Doença de Lyme	A69.2	Poliomielite aguda	A20
Doença dos legionários	A48.1	Raiva	A82
Equinococose	B67	Rubéola (exclui rubéola congénita, P30.0)	B06
Febre amarela	A95	Rubéola congénita	P30.0
Febre escarlatínica	A77.1	Sarampo	B05
Febre Q	A78	Shigelose	A03
Febre tifóide e paratífóide	A01	Sífilis congénita	A50
Outras salmoneloses	A02	Sífilis precoce	A51
Hepatite aguda A	B15	Tétano (exclui tétano neonatal, A33)	A34, A35
Hepatite aguda B	B16	Tétano neonatal	A33
Hepatite aguda C	B17.1	Toxose convulsa	A37
Hepatite viral não especificada	B19	Triquinose	B75
Outras hepatites virais agudas (exclui a hepatite C, B17.1)	B17	Tuberculose do sistema nervoso	A17
Infeções gonocócicas	A54	Tuberculose miliar	A19
Leishmaníase visceral	B55	Tuberculose respiratória	A15, A16
Leptospirose	A27		

DELEGADO DE SAÚDE DO CONCELHO DE _____

Ao Ex.º _____

RSF

NÃO PRECISA DE SELO

AUTORIZAÇÃO Nº 021/2017/RSF/ICM
AUTORIZAÇÃO PELOS CTT NO SERVIÇO NACIONAL DE REGISTO

1049-005 LISBOA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Direção-Geral de Saúde

Fonte: <https://loja.incm.pt/products/impressos-modelo-1536-declaracao-obrigatoria-de-doencas-transmissiveis-1001086> (acesso em 19/09/2022)

Ainda de acordo com a avaliação da Direção Geral de Saúde, na *Circular Normativa 1/DSIA (2000)*, a inserção dessas novas variáveis tornou “inadequada, se não impossível” a utilização dos antigos modelos de registo e de comunicação da ocorrência de doenças. A ficha 1536-INCM passou a ser “o único suporte de informação admitido para as notificações feitas no âmbito do sistema de ‘Declaração Obrigatória de Doenças Transmissíveis’ (DGS, 2000).

Sob a vigência dessa ficha de notificação, a classificação dos casos como “suspeito”, “provável” ou “confirmado” foi realizada com base em evidências clínicas ou laboratoriais, sem hierarquia de valor para fins de notificação. Ou seja, não há uma associação direta entre a confirmação de um caso de sífilis e a qualidade da evidência utilizada. É possível classificar um caso como “confirmado” por meio de fundamentação em evidências clínicas, ou designá-lo como “suspeito” com base em evidências laboratoriais, e vice-versa.

Em relação ao fluxo da informação produzida pela notificação, manteve-se a estrutura hierárquica do Sistema de Declaração Obrigatória de Doenças. A ficha de notificação preenchida pelo médico é enviada, via correio, junto de duas cópias, ao delegado da Unidade de Saúde Pública (USP), de nível local, geralmente responsável pela área de abrangência de um município⁵⁵. Esse retém para si uma cópia e encaminha o documento original junto de outra cópia ao delegado de saúde regional, responsável pelo monitoramento de uma região de saúde⁵⁶, que repete essa operação em relação à Direção Geral de Saúde, nível central do sistema de saúde de Portugal.

Os primeiros números produzidos sobre a sífilis por meio desse modelo encontram-se no *Relatório de Doenças de Declaração Obrigatória* de 2004 (DGS, 2005). Trata-se do boletim destinado a divulgar anualmente os indicadores oriundos das notificações⁵⁷. Nesse documento, que apresenta os dados do ano de referência e dos três anos anteriores, afirma-se que o número total de casos notificados de sífilis precoce⁵⁸ no ano 2000 foi 175; a média de casos notificados nos três anos seguintes foi de 137 casos; em 2004, esse número foi reduzido para 110 (DGS, 2005, p. 5). Com relação à sífilis congênita, a tendência de redução é semelhante: são 48 casos nos anos 2000; média de 27 casos para os três anos seguintes; e 16 casos em 2004 (DGS, 2005, p. 5). Abaixo segue quadro com essas informações:

Figura 3: Número de notificações e taxa de incidência da sífilis.

CID – 10	Designação	2001-2003 N.º médio	2000 N.º	2004 N.º	Taxa*
A50 – A64	Infecções de transmissão sexual				
A50	§ sífilis congénita **	27	48	16	0,14
A51	sífilis precoce	137	175	110	1,05

Fonte: Direção Geral de Saúde. Relatório de Doenças de Declaração Obrigatória, 2005.

Apesar de esses números indicarem a diminuição da sífilis, na avaliação da situação epidemiológica de Infecções Sexualmente Transmissíveis apresentada no

⁵⁵ No caso de cidades mais populosas é possível haver mais de uma Unidade de Saúde Pública de nível local. Lisboa, por exemplo, possui três USP: Central, Ocidental e Oeiras.

⁵⁶ Em Portugal há sete regiões de saúde. São elas: Região de Saúde do Norte, Região de Saúde do Centro, Região de Saúde de Lisboa e Vale do Rio Tejo, Região de Saúde do Alentejo, Região de Saúde do Algarve, Região Autónoma de Madeira, Região Autónoma dos Açores.

⁵⁷ Em Portugal, diferentemente do Brasil, não há um boletim epidemiológico específico para cada doença de notificação obrigatória. Os dados de todas as doenças de notificação são publicados nesse relatório, com exceção do HIV/AIDS e da tuberculose, que possuem políticas específicas de saúde e publicações especializadas.

⁵⁸ Sífilis precoce corresponde à sua forma clínica com menos de um ano de infecção.

Plano Nacional de Saúde (PNS) para os anos de 2004 a 2010, afirma-se que essa doença, na verdade, cresce em Portugal. O PNS é o documento que elabora a avaliação da situação de saúde de um país e estabelece metas para a consecução de ações e estratégias relacionadas aos problemas de saúde eleitos como prioritários.

Nesse documento, publicado cinco anos após a instituição do modelo 1536-INCM, o Ministério da Saúde do governo de Portugal avalia que “a notificação obrigatória não funciona” (DGS, 2004, p. 39). Deste modo, “o número de casos reais de IST não é conhecido” e tampouco “existem dados epidemiológicos fiáveis sobre IST” no país (DGS, 2004, p. 39). A descrença nos números produzidos pela notificação se deve à “inexistência de um sistema nacional de vigilância epidemiológica consistente e com apoio laboratorial de qualidade” (DGS, 2004, p. 39).

Na medida em que os dados produzidos pela notificação obrigatória não são representativos da realidade da sífilis, outros números são mobilizados para a compreensão de suas tendências epidemiológicas. Nesse sentido, o Plano Nacional de Saúde (DGS, 2004) menciona como indicativo do crescimento da doença elementos como o aumento do número de consultas de IST, a elevada prevalência do HIV/AIDS em Portugal, e também a comparação entre os números portugueses e de outros sistemas nacionais de saúde da Europa (DGS, 2004). Essa comparação é estabelecida em função de “relatos de epidemias” nesses países, o que “leva a crer que também Portugal passa por processo semelhante”; bem como pelo fato de Portugal liderar as taxas de incidência de sífilis congênita no continente, o que indicaria que a “infecção é também muito frequente no adulto” (DGS, 2004, p. 22). Outros fatores também são mencionados como “responsáveis pela incidência de sífilis nos últimos anos”, entre eles “o aumento do número de viajantes, dos migrantes, dos comportamentos sexuais de risco e a deterioração das respostas das estruturas de saúde ao controlo das IST” (DGS, 2004, p. 39).

A descrença nos números notificados da sífilis é também compartilhada por profissionais de saúde que atuam na área de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Por exemplo, em reportagem de 2008 do jornal *Diário de Notícias*⁵⁹, Jacinta Azevedo, médica de consultas de DST do Centro de Saúde da Lapa, Lisboa,

⁵⁹ Informação disponível em: <https://www.dn.pt/arquivo/2008/doencas-sexualmente-transmissiveis-estao-a-aumentar-em-portugal-1136102.html> (acesso em 09-03-2022)

também duvida da veracidade dos dados epidemiológicos do sistema de vigilância ao ser questionada sobre a situação da sífilis no país. Apesar de apresentarem queda, a médica afirma que a doença aumenta: "as notificações não são cumpridas (...), mesmo que os números oficiais não o indiquem, os casos de sífilis recente aumentaram em Portugal".

A demanda pela produção de dados críveis irá motivar a reformulação do Sistema de Declaração Obrigatória de Doenças, que será então denominado Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE). O principal mecanismo dessa nova organização do monitoramento de doenças em Portugal será a instituição da notificação eletrônica. Passo a tratar desse processo e de seus efeitos para a compreensão da sífilis no país.

3.4 A notificação eletrônica e a busca pela realidade da sífilis

Criado em 2009 pela lei de número 81, o SINAVE já previa em seu artigo 5º, parágrafo 2 a "implementação de meios telemáticos para o intercâmbio de dados" (ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, 2009). Tratava-se da notificação eletrônica, que permitiu a informatização da inscrição e da comunicação das informações referentes aos casos das doenças notificadas.

Segundo o *Relatório de Monitorização do SINAVE*, estudo de 2016 promovido pela Direção Geral de Saúde para avaliar os primeiros seis meses de funcionamento do novo sistema de vigilância, "a notificação eletrônica⁶⁰ em tempo real entre os médicos (..) e as Unidades de Saúde Pública (USP) e Autoridades de Saúde" foi a "mais profunda alteração ao sistema de vigilância de doenças transmissíveis de declaração obrigatória desde a Lei n.º 2036 de 9 de agosto de 1949⁶¹" (DGS, 2016, p. 14).

Esse novo mecanismo de registro de doenças foi também objeto de notícias publicadas por veículos de imprensa. Por exemplo, notícia da *Agência Lusa*, de título

⁶⁰Nas citações em que o texto ou documento é de Portugal, ou no caso de um nome de uma instituição portuguesa, optei por manter a grafia original.

⁶¹Deve ser referido que desde 2000 os dados das fichas de notificação das doenças de declaração obrigatória eram enviados à Direção Geral de Saúde, pelos delegados regionais, em uma plataforma informatizada.

“Governo cria Sistema de Vigilância em Saúde Pública⁶²”, atribui especial ênfase à internet como um dos componentes do SINAVE. Segundo a notícia, esse sistema preconiza “em especial, a utilização das modernas tecnologias de informação e comunicação, com particular destaque para os meios telemáticos e de comunicação baseadas na Internet”. Notícia veiculada pelo sítio virtual *Público* em 2010, de título “Laboratórios vão partilhar com os médicos o dever de notificar as doenças contagiosas”⁶³, também enfatiza a utilização da internet para a notificação de doenças em Portugal, com atenção para o papel a ser desempenhado pelos laboratórios:

A declaração em papel desaparece e é substituída por um formulário no sistema informático. Os laboratórios passam a ter responsabilidade de declarar os diagnósticos de doenças transmissíveis, uma competência que, desde 1837, era exclusiva dos médicos (que preenchem o chamado Boletim de Declaração Obrigatória). A ideia é conseguir um retrato mais aproximado da realidade das doenças contagiosas.

Na mesma notícia, Mario Carreira, médico de saúde pública da Divisão de Epidemiologia da Direção Geral de Saúde e coordenador da implementação do SINAVE, afirma que “Vamos ter um sistema de vigilância epidemiológica como nunca tivemos”. A expectativa é que esse sistema seja particularmente eficaz na detecção de doenças sexualmente transmissíveis:

O novo sistema vai permitir ter uma visão mais aproximada da realidade sobre a prevalência de doenças que actualmente estão claramente subnotificadas. Quais? Sabemos que os valores reais das doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo, são bastante superiores aos declarados, releva Mário Carreira.

A internet é mobilizada como ferramenta que permite maior aproximação dos dados produzidos pelas notificações com a realidade da distribuição das doenças. A sífilis, em conjunto com outras DST, é objeto dessa expectativa em função da avaliação, já consolidada, que os dados oriundos da declaração obrigatória não representam a sua real carga no país.

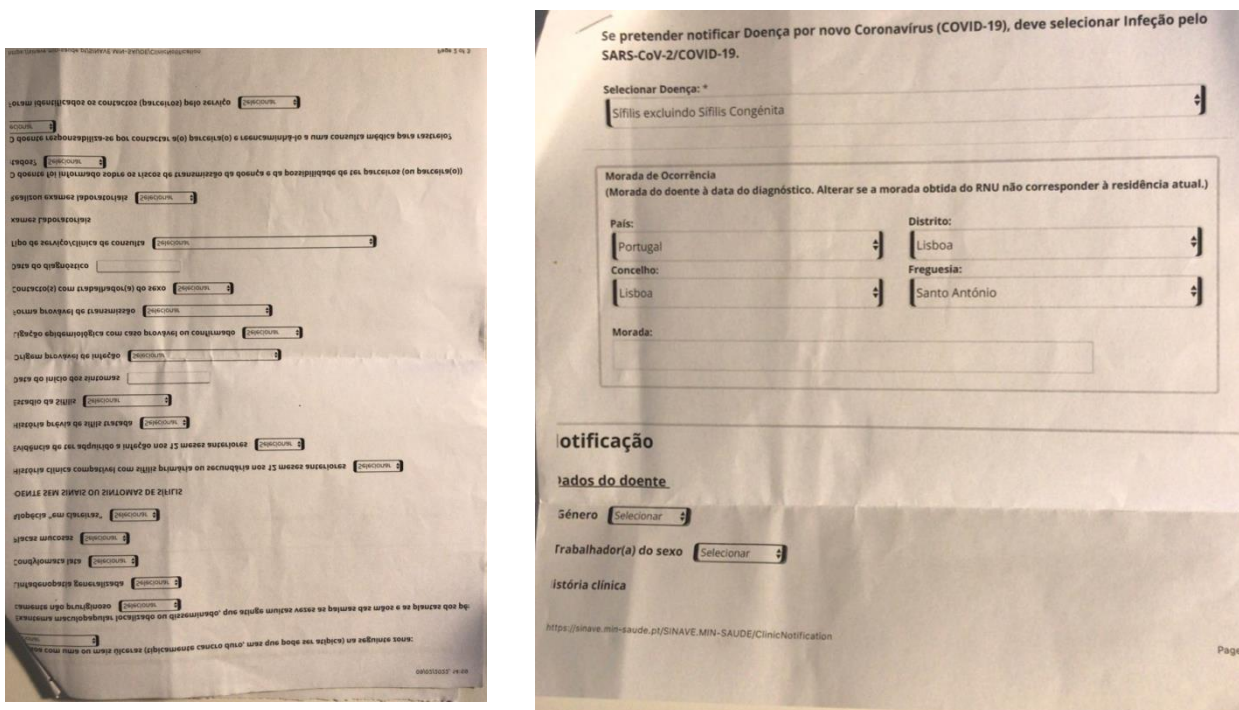
A notificação eletrônica foi plenamente instituída no início do ano de 2015, após um período de seis meses de transição. Foram criados formulários específicos

⁶²Disponível em: <https://www.dn.pt/portugal/saude-governo-cria-sistema-de-vigilancia-em-saude-publica-1166969.html>(acesso em 06-03-2022).

⁶³ Disponível em: <https://www.publico.pt/2010/08/02/sociedade/noticia/laboratorios-vaio-partilhar-com-os-medicos-o-dever-de-notificar-as-doencas-contagiosas-1449691> (acesso em 06-03-2022).

para cada doença de declaração obrigatória, de modo que a sífilis passou a possuir uma ficha própria para o registro dos dados da notificação, que contempla variáveis vinculadas às suas manifestações e formas de transmissão particulares. Abaixo imagem da ficha de notificação eletrônica da sífilis:

Figura 4: Ficha de notificação eletrônica.



Fonte: Material cedido em entrevista realizada com o médico do CheckPointLX Miguel Duque, em 9 de fevereiro de 2022.

A notificação da sífilis passou a exigir o registro da “forma provável de transmissão” (heterossexual ou homossexual), se “houve contato(s) com trabalhador(a) do sexo, se [f]oram identificados contatos (parceiros) pelo serviço de saúde”, se o paciente apresenta úlceras, placas mucosas, alopecia, entre outros sintomas.

A criação desse novo formulário de notificação constituiu a continuidade de um processo de padronização e diferenciação que já era desenvolvido desde o modelo anterior. Se em 1999 a estandardização da notificação sob o formulário 1536-INCM aumentou os campos para preenchimento e multiplicou a quantidade de informações geradas pela declaração obrigatória, a padronização que se seguiu à notificação eletrônica multiplicou os próprios formulários de declaração das doenças.

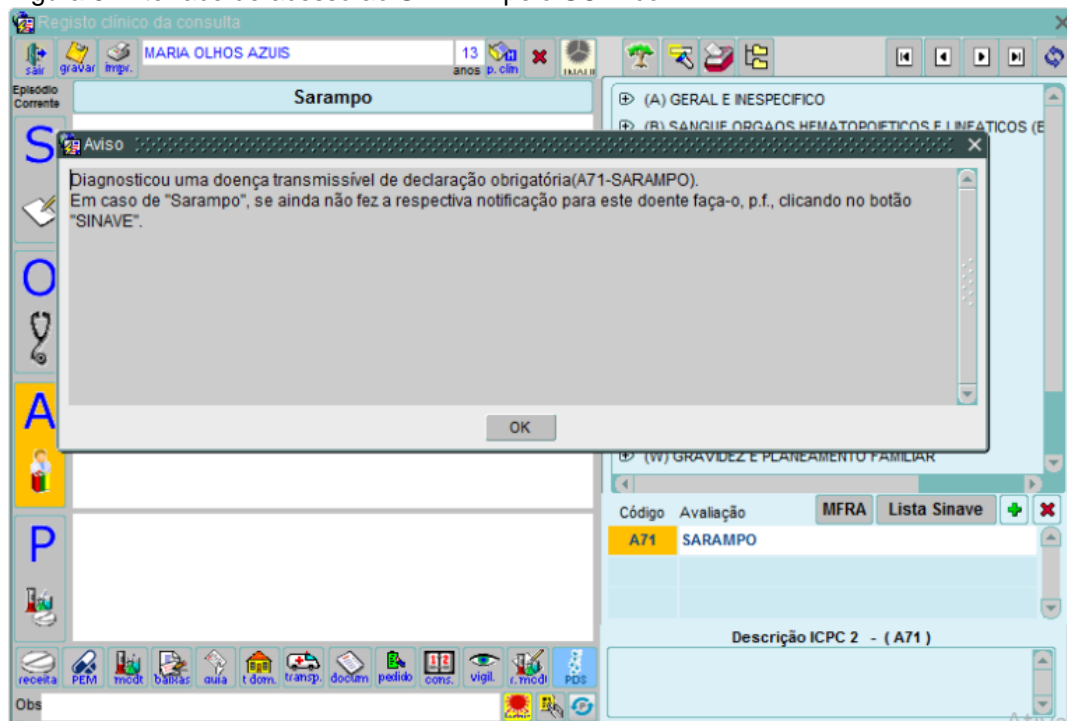
Passo a descrever como funciona a notificação eletrônica para o médico que detecta em sua rotina de trabalho um caso positivo de sífilis.

3.4.1 Integração entre vigilância e prática clínica

No que diz respeito à prática médica, a primeira mudança promovida pela notificação eletrônica consistiu, evidentemente, no registro das informações da doença não mais em um formulário impresso em papel, mas em uma plataforma *online*. Essa pode ser o próprio sítio virtual do SINAVE⁶⁴ ou uma aplicação informática desse sistema acessível nos dispositivos de registro clínicos da atenção primária ou hospitalar⁶⁵.

Abaixo uma demonstração, fornecida no *Relatório de Monitorização do SINAVE* (DGS, 2016), de como funciona o acesso à notificação eletrônica pelo programa *SClínico*, de cuidados de saúde primários.

Figura 5: Interface de acesso ao SINAVE pelo SClínico.



Fonte: Direção Geral de Saúde, Relatório de Monitorização em Saúde (DGS, 2016, p. 28).

⁶⁴ Acessível em: <https://sinave.min-saude.pt>

⁶⁵ Os programas citados no Relatório de Monitorização do SINAVE (DGS, 2016) são "SClínico dos cuidados de saúde primários", "SClínico dos cuidados de saúde hospitalares" e MedtrixEPR.

A possibilidade de proceder à realização da notificação em programas de registos de dados clínicos “clitando no botão SINAVE”, tal como expresso na caixa de texto da figura acima, foi criada com o objetivo de integrar a notificação com a prática clínica. De acordo com o *Relatório de Monitorização* (2016):

Com o objetivo de promover a notificação automática a partir do processo clínico do doente, tornando o processo de notificação integrado com a prática clínica, foi desenvolvido um mecanismo de interoperabilidade entre a aplicação informática de suporte ao SINAVE e as aplicações informáticas de suporte ao processo clínico. (DGS, 2016, p. 28).

Esse mecanismo de interoperabilidade foi considerado uma inovação que conferiu maior agilidade ao processo de notificação. Ainda segundo o mesmo documento:

Com a interoperabilidade entre a aplicação informática de suporte ao SINAVE e as aplicações clínicas, o médico não necessita de se autenticar no SINAVE, identificar a instituição onde se encontra, nem de registar a informação sobre o doente. No contexto de uma consulta médica ou internamento e após premir o botão SINAVE, apenas terá que selecionar a doença a notificar, preencher o formulário e premir o botão enviar, voltando imediatamente ao processo clínico do doente. (DGS, 2016, p. 30).

É interessante perceber que é a partir desse processo de informatização que o registro da doença passa a ser designado “notificação clínica obrigatória” nos documentos da Direção Geral de Saúde.

Visto que o cuidado é o produto principal da prática médica e a clínica sua forma de expressão mais manifesta, associar atividade clínica e notificação implica em estender à segunda a centralidade da primeira. Significa também condensar as etapas do processo de notificação, que passa a acontecer em meio ao registro dos dados clínicos, não mais constituindo uma etapa posterior.

Após acessar a plataforma de notificação, através do SINAVE ou de programas de registro da prática clínica, o médico notificador deve realizar a identificação do paciente por meio de seu número de utente, que é a inscrição do paciente no Sistema Nacional de Saúde de Portugal (SNS)⁶⁶. Na sequência, preenche o formulário de notificação (informações demográficas, clínicas e laboratoriais do caso) e dá início ao inquérito epidemiológico (desenvolvido pela

⁶⁶Caso seja a primeira vez que o paciente passa por um processo de notificação, o médico deve registar “Novo Doente” na plataforma de notificação e inserir seus dados pessoais. O mesmo processo é feito com pessoas que não possuem registro de identificação civil ou não estejam inscritas no Sistema Nacional de Saúde.

Unidade de Saúde Pública, instância da rede de vigilância de nível local), etapa que é majoritariamente utilizada para classificar o caso como suspeito, provável, confirmado⁶⁷.

Após o preenchimento do formulário de notificação, esse documento torna-se visível para as autoridades local e regional de saúde. A primeira atribui o estatuto de “confirmado” ao caso e envia para a segunda a tabulação de dados de sua área de abrangência. Essa agrega os dados de várias instâncias locais de saúde em uma contagem regional e os remete à Direção Geral de Saúde. Essa última instância, por sua vez, reporta as estatísticas nacionais da sífilis para o *European Center for Disease Control* e (ECDC) para a Organização Mundial de Saúde.

A principal mudança desse processo com relação ao modelo de notificação anterior diz respeito à visibilidade imediata dos dados notificados pelo médico às autoridades locais e regionais de vigilância. Ou seja, a comunicação da ocorrência de doenças passa a ser contígua ao próprio registro da notificação.

Em notícia já mencionada nesse capítulo, veiculada pelo site *Público* em 2010⁶⁸ quando da criação do SINAVE, afirma-se que tal mudança no fluxo da informação promovida pela notificação eletrônica terá efeitos “no que se refere à rapidez de conhecimento e tratamento dos dados nacionais”. De acordo com o coordenador do SINAVE, Mário Carreira, em declaração na mesma notícia: “Actualmente o que acontece é que cada um sabe o que se passa no seu lugar e perde-se uma noção do todo. O novo sistema permite saber diariamente o que se passa em todo o país”⁶⁹.

A celeridade na comunicação dos dados da notificação obrigatória é percebida como um mecanismo que permite vislumbrar uma perspectiva total da distribuição da doença em termos de seu registro nacional.

⁶⁷Outras funções do inquérito epidemiológico não costumam ser utilizadas nos casos de sífilis, como o acionamento de medidas de controle, a identificação de possíveis contágios e fontes de infecção (Informação de entrevista realizada com médico do CheckPointLX Miguel Duque, em 9 de fevereiro de 2022).

⁶⁸Disponível em: <https://www.publico.pt/2010/08/02/sociedade/noticia/laboratorios-vaopartilhar-com-os-medicos-o-dever-de-notificar-as-doencas-contagiosas-1449691> (acesso em 09-03-2022).

⁶⁹Disponível em: <https://www.publico.pt/2010/08/02/sociedade/noticia/laboratorios-vaopartilhar-com-os-medicos-o-dever-de-notificar-as-doencas-contagiosas-1449691> (acesso em 09-03-2022).

3.4.2 Vigilância clínica e laboratorial

Ao passo que no modelo 1536-INCM a confirmação do caso de sífilis era possível com evidência clínica, epidemiológica ou laboratorial, com a notificação eletrônica este estatuto é somente conferido após o resultado dos exames laboratoriais. Ou seja, ao mesmo tempo em que o processo de notificação foi condensado, o que dinamizou a comunicação dos casos de sífilis e ampliou sua detecção, expandiu-se o processo de formação do dado produzido, por meio da exigência de exames laboratoriais para a atribuição de seu estatuto como confirmado.

A notificação eletrônica estabeleceu uma nova hierarquia de evidências na fabricação do dado epidemiológico. Agora, os casos de sífilis devem ser categorizados como “possível”, ao qual correspondem critérios clínicos; “provável”, referente à identificação de relação epidemiológica na transmissão da doença; e “confirmado”, estatuto somente atribuído ao caso após os resultados de exames laboratoriais⁷⁰.

Essa inovação respondeu a uma antiga demanda do Plano Nacional de Saúde para os anos de 2004 a 2010 (DGS, 2004), referente à inclusão e regulamentação de uma rede de laboratórios no processo de produção dos dados epidemiológicos. Se anteriormente nesse texto fiz referência à integração entre notificação e prática clínica, a notificação eletrônica também permitiu a vinculação entre vigilância clínica e laboratorial⁷¹.

É importante referir que a notificação laboratorial já era prevista na lei 81 de 2009 que cria o SINAVE (ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, 2009). Contudo, a incorporação de exames laboratoriais como exigência para atribuição de estatuto confirmado ao caso somente aconteceu com a regulamentação dessa lei, em 2013, pela portaria 248 (ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, 2013). Essa portaria aprovou o

⁷⁰Os casos confirmados ainda se dividem em três categorias: “acompanhado de critérios clínicos”, “critérios clínicos desconhecidos” e “não acompanhado de critérios clínicos”.

⁷¹A alteração à portaria 248 de 2013 (Regulamento de Notificação Obrigatória de Doenças Transmissíveis), a portaria 22 de 2016, avança ainda mais na inserção do componente laboratorial para detecção da sífilis, instituindo um sistema de notificação laboratorial.

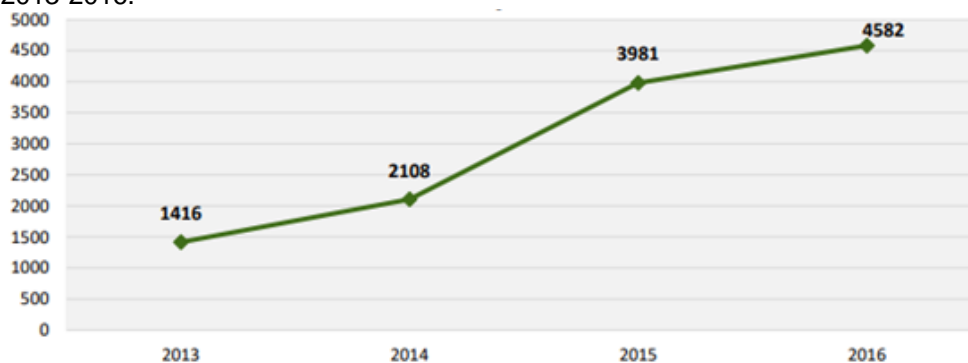
Regulamento de Notificação Obrigatória de Doenças Transmissíveis já no âmbito da previsão da instituição da notificação eletrônica.

Passo a descrever a repercussão desse novo mecanismo de registro e comunicação de doenças nas avaliações da situação epidemiológica da sífilis, com atenção às categorias utilizadas para classificar as suas tendências em Portugal.

3.5 O crescimento da sífilis em Portugal

A instituição da notificação eletrônica, em junho de 2014, veio acompanhada de um aumento significativo na ocorrência de doenças de declaração obrigatória. Se em 2013 esse número foi de 1416 notificações, em 2014, quando o novo método de notificação ainda se encontrava em fase de transição, foram registradas 2108 notificações de doenças. Em 2015 esse número cresceu para 3981 e em 2016 chegou a 4582⁷². Abaixo gráfico para visualização desses números, extraído do Relatório de Doenças de Declaração Obrigatória de 2017 (DGS, 2017).

Gráfico 4: Número absoluto de casos notificados de doenças de declaração obrigatória. Portugal, 2013-2016.



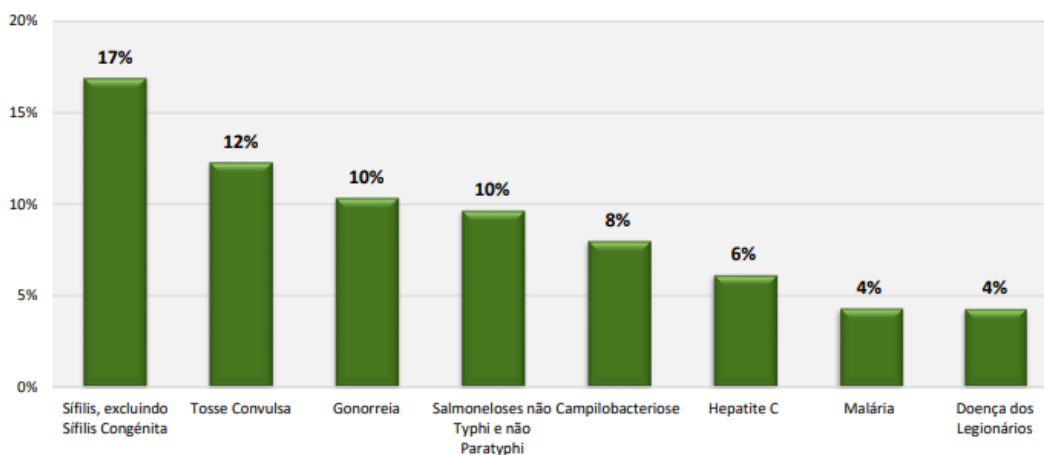
Fonte: Direção Geral de Saúde, Relatório de Doenças de Declaração Obrigatória (DGS, 2017).

A carga da sífilis é significativa nesse conjunto. Em 2016 essa foi a doença mais notificada dentre aquelas de declaração obrigatória, quando representou 17% do total de casos⁷³. Abaixo o percentual da sífilis em relação às demais doenças de notificação.

⁷²O aumento geral das notificações também se deve à inclusão de novos agravos na lista de doenças de declaração obrigatória do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica de Portugal (DGS, 2016).

⁷³ Estão excluídas dessa contagem a tuberculose e o HIV/AIDS doenças que não são contabilizadas nos Relatórios de Doenças de Declaração Obrigatória, pois possuem seus próprios boletins epidemiológicos.

Gráfico 5: Proporção de casos notificados por doença relativamente ao total de notificações, Portugal, 2016.

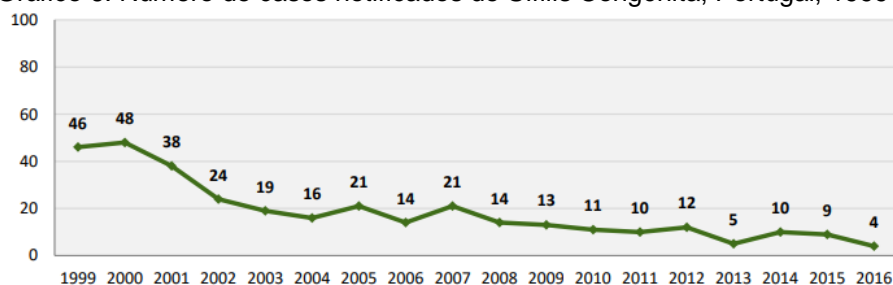


Fonte: Direção Geral de Saúde, Relatório de Doenças de Declaração Obrigatória (DGS, 2017).

Tratava-se da manutenção de uma expressão que já era elevada. Em 2013, segundo relatório *A Saúde dos Portugueses – Perspectiva 2015* (DGS, 2015), documento que apresentou os resultados do monitoramento dos indicadores do Plano Nacional de Saúde, a sífilis correspondeu a 13.4% de 1416 casos e também era a doença com maior número de casos notificados no país.

A sífilis congênita não participou do crescimento geral da doença. Os números dessa categoria de notificação, inclusive, apresentaram queda:

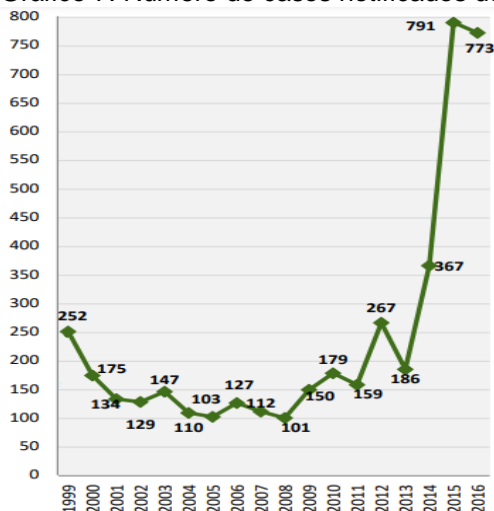
Gráfico 6: Número de casos notificados de Sífilis Congênita, Portugal, 1999-2016.



Fonte: Direção Geral de Saúde, Relatório de Doenças de Declaração Obrigatória (DGS, 2017).

Já com relação à categoria de notificação “sífilis, excluindo a sífilis congênita”, o crescimento dos números das notificações foram substantivos, como é possível conferir no gráfico abaixo:

Gráfico 7: Número de casos notificados de Sífilis, excluindo a sífilis Congénita, Portugal, 1999-2016.



Fonte: Direção Geral de Saúde, Relatório de Doenças de Declaração Obrigatória (DGS, 2017).

A notificação eletrônica foi instituída a partir de junho de 2014, e em 2015 o novo mecanismo de registro já estava plenamente disponível. O gráfico descreve o crescimento significativo da sífilis justamente a partir desse marco temporal.

O *Relatório de Monitorização do SINAVE* (DGS, 2016), que avaliou os primeiros efeitos da notificação eletrônica no sistema de vigilância, descreveu o aumento das notificações como o “recrudescimento de uma doença transmissível já controlada” (DGS, 2016, p. 13). É significativo perceber que, mesmo com o aumento total de doenças notificadas – o que poderia indicar que o avanço da sífilis não foi específico –, compreendeu-se que essa enfermidade passa por um processo de intensificação de seu crescimento.

Os números foram considerados representativos de uma tendência epidemiológica real de crescimento. A notificação eletrônica cumpriu a sua promessa de refletir a realidade da distribuição da sífilis em Portugal, constituindo-se como um mecanismo de produção de dados passíveis de serem utilizados para a formação de enunciados legítimos a respeito da verdade de suas tendências epidemiológicas.

A capacidade dos números produzidos por meio da notificação eletrônica de reivindicar a realidade da distribuição da sífilis deve-se tanto à condensação desse processo, resultado da integração entre notificação e prática clínica, quanto à expansão da formação dos dados epidemiológicos, efeito da integração entre

vigilância laboratorial e clínica, que adicionou uma nova etapa na confirmação dos casos.

A afirmação da então diretora do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA à agência de notícias *Lusa*⁷⁴ é indicativa do novo estatuto atribuído aos dados da sífilis produzidos pelo SINAVE, bem como de sua relação com a avaliação de que a doença cresce em Portugal:

Mas quando nós definimos [em comparação ao VIH, que diminui], por exemplo, os casos e os novos casos de sífilis aí o número tem sido crescente, ou seja, há mais casos do que há alguns anos e não parece estar relacionado com alterações de notificação.

O enunciado acima demonstra um importante mecanismo em funcionamento no efeito de realidade dos dados epidemiológicos, referente ao apagamento do processo técnico que envolve a sua produção. Quando esses números ganham estatuto de realidade (*há mais casos que em alguns anos*), tal estatuto ontológico passa a se sobrepor aos desenvolvimentos técnicos que o forjam (*o crescimento da sífilis não parece estar relacionado com alterações de notificação*).

Em outras palavras, o crescimento da sífilis é compreendido como real, uma vez que se desvincilha dos instrumentos e ferramentas mobilizados em seu monitoramento. Um dos argumentos desse capítulo é que o crescimento da sífilis em Portugal está sim relacionado com alterações de notificação, o que não faz dessa tendência um fenômeno menos real.

Se com a notificação eletrônica o crescimento da sífilis é afirmado através da percepção dos números como reais, essa é uma situação inversa daquela descrita na vigência do modelo 1536-INCM. Naquele momento, os números da sífilis diminuam, “*mas não havia dados fiáveis de IST em Portugal*” (DGS, 2004). Uma vez que os números da sífilis eram suspeitos ou falsos, avaliou-se que a doença crescia no país. Entre os dois modelos de notificação aqui analisados, inverteram-se as posições tanto no que se refere ao valor dos números das notificações (antes baixo, agora alto), quanto em relação ao poder desses dados em reivindicar a realidade da doença (antes não confiáveis, agora confiáveis).

Houve também outra inversão: na hierarquia da evidência mobilizada para justificar o crescimento da sífilis. Essa tendência torna-se real em função dos dados

⁷⁴ Notícia de título “DGS alerta para importância do preservativo para evitar doenças como a sífilis”. Disponível em: <https://www.cmjornal.pt/sociedade/detalhe/dgs-alerta-para-importancia-do-preservativo-para-evitar-doencas-como-a-sifilis> (acesso em 09-03-2022)

estatísticos, ainda que no âmbito da prática clínica a doença já vinha crescendo à revelia dos valores dos indicadores. O produto da notificação eletrônica, qual seja os números oficiais do sistema de vigilância, tomou o lugar do vivido como esfera de produção de verdades sobre a sífilis.

Contudo, não foram somente mudanças nos mecanismos de produção de dados epidemiológicos que teceram essa realidade. Na sequência demonstro que o crescimento da sífilis é visibilizado em Portugal, principalmente, no segmento masculino e jovem da população. Argumento que esse atributo da tendência epidemiológica da sífilis é efeito da consolidação de uma rede de serviços voltada para rastreamento de populações consideradas prioritárias.

Esse capítulo agora muda de universo e passa a seguir os mecanismos de caracterização da sífilis em Portugal. A descrição de suas tendências epidemiológicas por meio da referência a grupos populacionais pautou o seu crescimento no país. Exponho de que maneira a capacidade de detecção da doença se expande através da promoção do rastreamento em *Homens que fazem Sexo com Homens*, a principal categoria de notificação de uma rede de Organizações Não Governamentais atuantes no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE).

3.6 Homens que fazem Sexo com Homens

O crescimento da sífilis em Portugal caracterizou-se pela proeminência da população *Homens que fazem Sexo com Homens* (HSH), mobilizada como grupo prioritário para a prevenção e monitoramento de DST. Para demonstrar a cristalização dessa tendência epidemiológica, descrevo a instituição e o desenvolvimento dessa categoria desde as discussões conceituais que mobilizou no âmbito ciências da saúde até seus usos em estratégias de rastreamento.

Início com referência ao surgimento da expressão *Homens que fazem Sexo com Homens* em estudos epidemiológicos sobre HIV e fatores de risco nos Estados Unidos na década de 1990. Na sequência, abordo sua consolidação em pesquisas e políticas de saúde na Europa, por meio de menção ao projeto *The European Men*

who make Sex with Men Internet Survey (EMIS), desenvolvido em 2010 e considerado um marco para a sua quantificação.

No que se refere ao contexto português, menciono a atuação da Organização Não Governamental *Grupo de Ativistas em Tratamento* (GAT) na formação de um aparato de detecção da sífilis em HSH. Nesse sentido, enfatizo os desdobramentos da criação do CheckPointLX e da Rede de Rastreo para o monitoramento da doença no país, respectivamente uma consulta de saúde voltada especificamente para *Homens que fazem Sexo com Homens* e um conjunto de serviços dirigido para o rastreo de doenças transmissíveis em grupos prioritários.

Argumento que a categoria HSH se estabeleceu em Portugal como um agente na produção de dados epidemiológicos sobre a sífilis. Afirmo que grupos de risco não constituem somente retratos da distribuição da doença, mas são também mecanismos de produção de visibilidade epidemiológica. Por fim, proponho que para compreender essa dimensão dos grupos de risco é necessário que sejam adotadas perspectivas de análise não essencializantes, que se dediquem ao estudo de processos sociotécnicos relativos à formação desses objetos e aos seus efeitos nas formas de engajar as tendências epidemiológicas das doenças.

Para a elaboração desse tópico iniciei pelo estudo de referências citadas em revisão bibliográfica presente em dois documentos. O primeiro é o relatório final do projeto *Infeção por VIH entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH): fatores de Risco e novas trajetórias de seropositividade* (DIAS, et al., 2016), promovido pelo Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA do governo português, com coordenação do Instituto de Sociologia da Universidade do Porto. Selecionou-se esse relatório visto que acumula evidências produzidas nas décadas de 2000 e 2010 sobre a população HSH em Portugal. Na medida em que essa é também uma produção institucional do sistema de saúde, apresenta a bibliografia considerada responsável pela inserção dessa categoria no país pela perspectiva das autoridades de saúde pública do governo português.

O segundo documento utilizado é a dissertação de mestrado de Flávia Figueira, *Infeções sexualmente transmissíveis (clamídia, sífilis, gonorreia e vírus de imunodeficiência humana) em homens que fazem sexo com homens: Portugal (2015-2017)*, defendida pela Universidade Nova de Lisboa (FIGUEIRA, 2018). Visto que essa é uma referência acadêmica, esse texto elabora uma revisão bibliográfica

sobre o tema que tomei como via de acesso ao campo de estudos sobre HSH, em termos dos modelos analíticos de investigações e de perspectivas teórico-metodológicas desenvolvidas.

Após identificar o conjunto de artigos citados por esses documentos como importantes para o desenvolvimento de análises epidemiológicas sobre HSH, busquei também acessar as referências bibliográficas desses estudos. O objetivo foi distinguir o período histórico em que surge essa categoria e descrever as disputas conceituais e inovações metodológicas que operou.

3.7 A criação da população HSH em estudos de epidemiologia e sua consolidação na Europa

A categoria HSH emerge na segunda metade da década 1990 com o desenrolar da epidemia global de HIV/AIDS (DIAS, et al., 2016). Esse termo se estabeleceu, primeiramente, no âmbito da literatura das ciências da saúde produzida nos Estados Unidos, majoritariamente pesquisas dirigidas ao escrutínio epidemiológico de comportamentos e práticas sexuais, determinação de fatores de risco e de prevalência de HIV/AIDS (DIAS, et al., 2016; FIGUEIRA, 2018). Esse campo foi formado por estudos de *cohort*, *followup* e *survey* e suas amostras eram selecionadas em locais de sociabilidade gay como clubes, bares e saunas (VALDISERRI, et al., 1988; DEAN, MEYER, 1995; OSMOND, et al., 1994, EKSTRAND, COATES, 1990; HESSOL, et al., 1989; LEMP, et al., 1994; DETEL, et al., 1989; MARTIN, 1987).

Na produção científica das décadas de 1980 e 1990, anteriormente ao emprego da denominação HSH, os participantes de pesquisa eram referidos como “homens homossexuais e bissexuais” ou “homens gays”. Esse conceito começa a ser utilizado em estudos que utilizaram critério geracional para circunscrever suas amostras, com referência a “homens jovens”, sendo inicialmente designado *Young Men’s who have Sex with Men* (YMSM) (MACKELLAR, et al., 1996; RUIZ, et al., 1998; KATZ, et al., 1998; KATZ, 1997)⁷⁵.

⁷⁵ A expressão também circulava em boletins epidemiológicos publicados por departamentos locais de saúde pública de estados dos EUA. Foram identificados os trabalhos “*Gonorrhea Among Men Who Have Sex with Men -- Selected Sexually Transmitted Diseases Clinics, 1993-1996*”, (CDC, 1997); bem

O estabelecimento dessa categoria em análises epidemiológicas significou a consolidação de uma perspectiva teórica focada em práticas sexuais, em detrimento de identidades ou orientações sexuais, como fatores explicativos de tendências epidemiológicas de DST⁷⁶. De acordo o relatório do estudo *European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey* (MARTINS et al., 2016), um importante marco na produção científica europeia sobre essa população, a ser abordado em maiores detalhes na sequência:

A designação Homens que têm sexo com Homens foi adotada no início dos anos 90 para referir comportamentos sexuais entre homens, evitando a associação desses comportamentos à orientação sexual (homossexual, bissexual, heterossexual) ou à identidade de gênero. É uma designação ampla que inclui todos os homens com identidade homossexual, heterossexual ou que utilizam outros termos específicos de determinadas etnias ou subculturas que, em determinadas circunstâncias, de forma habitual ou esporádica, têm sexo com outros homens. (MARTINS et al., 2016).

O objetivo da categoria HSH foi enfatizar comportamentos sexuais com a finalidade de desassociá-los de classificações relativas a orientações sexuais e de gênero. Essa operação foi estabelecida no contexto de formação do estigma referente ao vínculo entre o HIV/AIDS e homossexualidade masculina, construído com a identificação dos primeiros casos entre homens gays nos Estados Unidos (DIAS, et al., 2016).

Em termos de produção de dados epidemiológicos, a categoria também expandiu o universo da amostra das pesquisas, ao possibilitar que as populações de participantes dos estudos não se restrinjam somente a homens identificados como homossexuais. Essa expansão conceitual foi seguida de um alargamento também na dimensão numérica dos participantes recrutados para o desenvolvimento de estudos sobre HSH, cujo marco pode ser considerado o projeto EMIS anteriormente citado, desenvolvido em 2010.

Passo a fazer referência a esse projeto, a fim de tratar do estabelecimento e da atuação dessa categoria no continente europeu.

como o estudo “*Resurgent Bacterial Sexually Transmitted Disease Among Men Who Have Sex With Men -- King County, Washington, 1997-1999*” (CDC, 1999), ambos publicados no boletim epidemiológico do Departamento de Saúde Pública de King County, Washington.

⁷⁶A ênfase em práticas sexuais em detrimento de identidades sexuais no estudo de fatores de risco para a distribuição do HIV/AIDS dá origem a um conjunto de expressões utilizadas para o seu escrutínio em estudos epidemiológicos, como *barebacking* (sexo anal desprotegido entre homens que fazem sexo com homens de forma intencional), *chemsex* (prática sexual sob o efeito de drogas), entre outras.

3.7.1 European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey

O *European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey* (EMIS) objetivou descrever “o comportamento homossexual masculino relacionado com o HIV e com as necessidades de prevenção” e “apoiar uma expansão da capacidade de pesquisa” (MARTINS, et al., 2016, p. 16). Dessa maneira, foram selecionados 184.466 participantes, oriundos de 38 países, um conjunto que abarca o uso de 25 línguas diferentes.

O estudo EMIS foi a primeira produção de dados epidemiológicos primários sobre *Homens que fazem Sexo com Homens* em escala continental na Europa. Na expressão do relatório que apresenta os dados de Portugal, tratou-se do “maior inquérito alguma vez dirigido a Homens que têm Sexo com Homens (HSH)” (MARTINS, et al., 2016, p. 17), bem como do “início da quantificação” desse grupo prioritário (MARTINS, et al., 2016, p. 71).

Através de um questionário de questões em formato de múltipla escolha, a amostra foi inquirida em 278 itens que versaram sobre seus dados demográficos, conhecimentos sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis, prevalência de DST, comportamentos e práticas sexuais, uso de serviços de saúde, estratégias de prevenção, história de violência, uso de drogas, entre outros tópicos.

Essa investigação foi ainda um marco para o desenvolvimento de uma importante inovação nos estudos epidemiológicos sobre comportamentos e práticas sexuais. Trata-se da seleção de participantes pela internet, de modo que o *European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey* foi também referido como o “primeiro estudo online europeu sobre homossexualidade, comportamento homossexual e infecções sexualmente transmissíveis (IST) entre homens que têm sexo com homens” (EMIS, 2010, p. 1).

Anteriormente, como mencionado, os participantes de pesquisas sobre HSH eram selecionados em serviços clínicos de saúde sexual ou espaços de socialização gay como bares, saunas, festas e eventos (ECDC, 2019). A seleção da amostra pela internet foi compreendida como uma forma de diversificar a população dos estudos em termos de “idade, identidade sexual e distribuição geográfica” (ECDC, 2019, p.

6), bem como um “mecanismo importante” para “recrutar grandes amostras de HSH” (ECDC, 2019, p. 6).

O estudo EMIS deu origem a diversas publicações sobre doenças sexualmente transmissíveis, comportamentos e práticas sexuais. Em seu sítio na internet⁷⁷, por exemplo, são registrados 24 artigos publicados entre 2011 e 2015. Com relação aos dados de Portugal, onde o projeto contou com 5.187 participantes, os resultados das investigações foram apresentados nas conferências *Future of European Prevention among MSM* (FEMP), realizada em 2011 em Estocolmo, Suécia (FUERTES, et al., 2011; CARVALHO, et al., 2011) e *HIV in Europe*, realizada em Copenhague, Dinamarca, em 2012 (CARVALHO, et al., 2012), bem como na primeira e na segunda edição da *Conferência sobre HIV em grupos prioritários – nomeadamente homens que fazem sexo com homens e trabalhadores do sexo*, que aconteceram em Lisboa, Portugal, em 2011 e 2013⁷⁸.

Em função da dimensão numérica da amostra, sua abrangência e método de recrutamento, o estudo EMIS se tornou uma importante referência para o conhecimento epidemiológico produzido no continente europeu.

No que diz respeito ao contexto português, esse projeto contribuiu para a consolidação do Grupo de Ativistas em Tratamento (GAT), uma ONG com atuação fundamental na produção da visibilidade epidemiológica de *Homens que fazem Sexo com Homens* no país. O GAT, conjuntamente com o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto e o Instituto de Medicina Tropical, foi responsável pela condução do estudo EMIS em Portugal, o que envolveu administração de recursos, formação de profissionais e gestão de atividades de pesquisa.

Na sequência, abordo a trajetória dessa organização, com foco em sua atuação. Ou seja, dados epidemiológicos não são somente formas de representar, mas constituem também modos de intervir na produção de dados epidemiológicos sobre sífilis e HSH em Portugal.

⁷⁷ Informação disponível em: <http://www.emis-project.eu/journal-articles.html> (acesso em 19/09/2022)

⁷⁸ Para mais informações sobre esses eventos ver: https://www.gatportugal.org/eventos/i-conferencia-previh_2 e https://www.gatportugal.org/eventos/ii-conferencia-previh_8

3.8 GAT e CheckPointLX: HSH em Portugal

Constituído formalmente em Portugal em 2003 como Organização Não Governamental, quando se denominava *Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos – Pedro Santos*⁷⁹, uma ramificação do *European AIDS Treatment Group* (EATG), o GAT desenvolveu seu primeiro projeto de investigação sobre a população HSH em 2008. Isso ocorreu dois anos após tornar-se oficialmente uma instância de produção de conhecimento com a instituição de conselho científico em 2006.

Esse projeto foi denominado *Projeto Homens que Fazem Sexo com Homens* (HOSHO), obteve financiamento da Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA (CNSIDA) do governo português e voltou-se para a promoção de testes, cuidados em saúde e monitoramento de indicadores sentinelas de HSH que praticavam sexo comercial na região em Lisboa (OLIVEIRA, 2013). Entre 2008 e 2011, tempo de duração do projeto HOSHO, a participação do GAT envolveu a formação de profissionais de saúde, a publicação de brochuras sobre segurança em práticas sexuais, a produção de estudos e a publicação de dados sobre HSH em Portugal.

Entre 2009 e 2013 o GAT torna-se colaborador do *Projecto Infecção pelo VIH/SIDA nos Grupos HSH* (PREVIH), promovido pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical e pela Universidade Nova de Lisboa, também financiado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Através de aplicação de questionários e da realização de rastreio do HIV/AIDS, foram produzidos dados para caracterizar atitudes e práticas sexuais em *Homens que fazem Sexo com Homens* e *Trabalhadores do Sexo*. Foram também desenvolvidas ações de prevenção e acesso aos serviços de saúde, como o mapeamento de serviços de HIV/AIDS e formação de profissionais de saúde⁸⁰.

A partir de 2011 os projetos de investigação promovidos pelo GAT em HSH passam a ser majoritariamente realizados com usuários de suas próprias instalações. Essa tendência se inicia com a criação do CheckPointLX, o primeiro

⁷⁹Pedro Santos foi um ativista fundador do GAT. Falecido em 2002, foi homenageado no nome do grupo.

⁸⁰ Informação disponível em:

http://www.sermais.pt/content/default.asp?idcat=aec_PREVIH&idCatM=Apoio_Evidencia_Cientifica&idConten t=4CE8079A-D9A5-45BE-A923-012FB33C2920

serviço de saúde promovido pelo GAT em Portugal, voltado especificamente para essa população. Trata-se de um modelo atenção em DST já atuante em Barcelona, Espanha, e que foi replicado em Lisboa em 2011. Seu foco é a promoção de rastreio em *Homens que fazem Sexo com Homens*, por meio de uma clínica composta por profissionais eles próprios pertencentes a essa população.

O CheckPointLX constituiu-se em Portugal como uma fonte de participantes de pesquisa para a formação de amostras em estudos sobre HSH. Sua maior contribuição para a quantificação dessa população foi a formação da assim denominada Coorte de Lisboa em HSH. Essa é uma amostra de pesquisa contínua, oriunda de pacientes do CheckPointLX e objeto de investigação em pesquisas vinculadas ao Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP). O ISPUP possui uma página específica em seu sítio virtual para acesso às publicações relativas à Coorte de Lisboa em HSH⁸¹.

Trata-se de um estudo prospectivo, ou seja, que acompanha uma amostra que partilha de uma condição comum (no caso, ser do gênero masculino, relacionar-se sexualmente com outros homens e possuir resultado de teste para HIV negativo em sua primeira consulta) para a investigação de questões futuras. Para isso são realizados novos segmentos da pesquisa em intervalos de seis meses, ocasiões em que os participantes são testados para HIV/AIDS e outras doenças transmissíveis, bem como respondem a um questionário sobre comportamentos e práticas sexuais. Essa é uma investigação permanente, que determina de modo contínuo a prevalência e os determinantes dessas infecções em seu universo. Dessa forma, todos os anos são publicados artigos com os dados atualizados (MEIRELES, et al., 2021; MEIRELES, et al., 2020; MEIRELES, et al., 2018; LORENTE, et al., 2017; ROCHA, et al., 2016; MEIRELES, et al., 2015; CAMPOS, et al., 2013).

Apesar de serem realizados testes para sífilis com os integrantes da Coorte de Lisboa em HSH, as publicações oriundas dessa amostra não privilegiam tal doença em suas análises. Nesse sentido, a participação do GAT na produção da visibilidade epidemiológica específica da sífilis em HSH se refere à expansão que proporcionou à capacidade de rastreio dessa população, cujo impacto terá reflexo nas estatísticas nacionais.

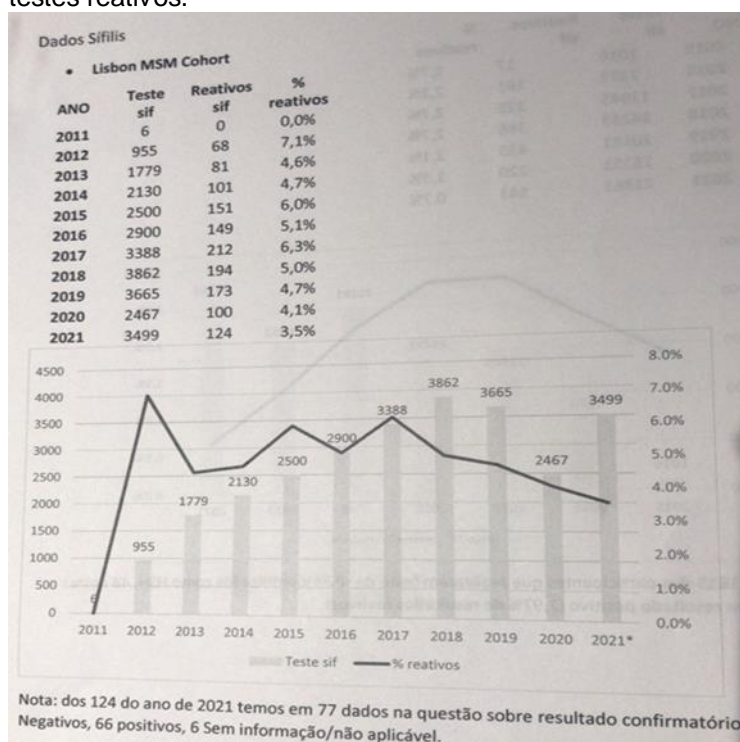
⁸¹ Disponível em: <https://ispup.up.pt/coorte/lisbon-msm-cohort/>.

Na sequência abordo esse tópico. Faço referência ao crescimento do CheckPointLX e à criação Rede de Rastreo, um conjunto de Organizações Não Governamentais e de base comunitária também promovido pelo GAT para detecção de doenças transmissíveis em grupos prioritários.

3.8.1 Expansão da capacidade de rastreio: CheckPointLX e GAT

Ao longo da década de 2010 a capacidade de rastreio da sífilis pelo CheckPointLX aumenta progressivamente. Esse serviço passa a oferecer testes de detecção da doença em 2012, um ano após o início de suas atividades. Os dados abaixo, fornecidos em entrevista, permitem visualizar a expansão de sua capacidade de rastreio, bem como o percentual de testes reativos.

Figura 6: Número de testes realizados para sífilis pelo CheckPointLX, quantidade e percentual de testes reativos.



Fonte: Dados fornecidos por Paula Meireles, epidemiologista pesquisadora do ISPUP, em entrevista realizada em 14 de abril de 2022⁸².

⁸² Trata-se de um gráfico elaborado por Paula Meireles, apresentado ao pesquisador na ocasião da entrevista realizada em 14 de abril de 2022.

Os dados descrevem o aumento substantivo de testagem da sífilis em HSH pelo CheckPointLX: foram 955 no ano de 2012 e 3499 em 2021, com pico em 2018, quando foram realizados 3862 testes. Em 2017, esse serviço foi responsável por 23% das notificações de sífilis no país (212 casos em um total de 909)⁸³. Esse é um número significativo, visto que se trata da participação de um único serviço de saúde na quantificação nacional da sífilis.

A contribuição do CheckPointLX na produção das estatísticas nacionais da doença foi objeto de atenção em notícia de 2019, veiculada pela agência *Público*, de título “Casos de sífilis, gonorreia e clamídia disparam entre homens”⁸⁴. Após afirmar que, em Portugal, entre 2017 e 2018 as infecções sexualmente transmissíveis aumentaram nos homens em 45%, a notícia informa que o CheckPointLX foi responsável por metade da detecção desse crescimento. Ou seja, em 2018 detectou-se 464 casos a mais de DST em relação ao ano anterior, dos quais 235 foram notificados por esse serviço de saúde.

A partir de 2014 o CheckPointLX passa a integrar a Rede de Rastreio. Também promovida pelo GAT, esse é um conjunto de organizações de base comunitária e não governamentais voltadas para a detecção de DST e hepatites virais. Para além do foco em HSH, a Rede de Rastreio é dirigida para outros grupos prioritários, conforme sua autodescrição em relatório de atividades de 2016:

A Rede de Rastreio Comunitária foi desenvolvida em Portugal tendo em vista a implementação de uma rede nacional de rastreio rápido, com base em organizações e projetos de base comunitária que trabalham com os grupos-chave para a epidemia de Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), hepatites víricas e infeções sexualmente transmissíveis (IST) – pessoas que usam drogas (PUD), trabalhadores do sexo (TS), homens que têm sexo com homens (HSH) e migrantes. (GAT, 2016, p. 1).

A Rede de Rastreio inicialmente articulou serviços e centros de saúde já existentes. O principal mecanismo dessa integração foi o fornecimento e distribuição, de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais por parte do GAT para outras organizações, “algo que a quase totalidade dos projetos não dispunha anteriormente” (GAT, 2016, p. 9).

⁸³Informação disponível em:

https://www.checkpointlx.com/public/uploads/pages/relatorios_de_actividade/2011-2017.pdf (acesso em 08-03-2022).

⁸⁴ Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/06/10/sociedade/noticia/casos-sifilis-gonorreia-clamidia-homens-lisboa-rastreios-podem-explicacao-1875347>

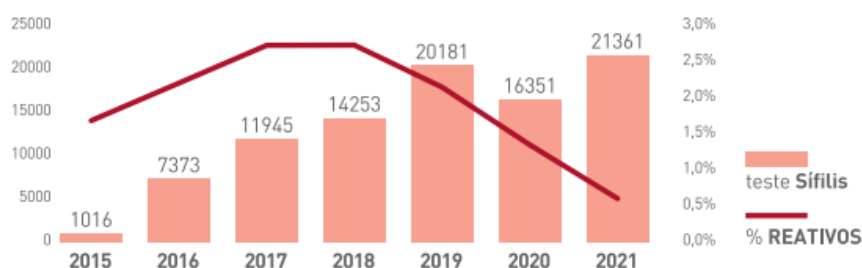
O GAT passou a distribuir testes às “instituições parceiras” a partir de 2012, por meio de uma parceria com a agência de financiamento *AIDS Healthcare Foundation (AHF)*. De acordo com o relatório de produção do GAT, referente ao ano de 2016: “Este foi o início de uma rede, até recentemente informal, de centros de rastreio de base comunitária, que formaram a base do que a Rede de Rastreio é hoje em dia” (GAT, 2016, p. 7).

Nesse momento, em 2012, a Rede de Rastreio era formada por sete organizações: Acompanha, Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde (AJPAS), Médicos do Mundo (MDM), Gabinete de Atendimento à Família (GAF), CheckPointLX, Positivo e Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à SIDA (SER+).

Esse conjunto de serviços foi ampliado em 2015, por meio do programa “Iniciativas em Saúde Pública”, financiado pelo *European Economic Area Grants (EEA GRANTS)*. O financiamento durou até abril de 2016, momento em que a Rede de Rastreio já contava com 16 organizações e 25 locais de testagem, número que em 2021 cresceu para 23 e 36 respectivamente, quando passou a ser promovida por quatro agências financiadoras⁸⁵.

O gráfico abaixo descreve o aumento no número de testes realizados para a sífilis promovidos pela Rede de Rastreio, a partir de 2015. Informa também a percentagem de testes positivos.

Gráfico 8: Evolução dos rastreios e resultados positivos para sífilis.



Fonte: Relatório Rede de Rastreio 2021 (REDE DE RASTREIO, 2021, p. 9).

⁸⁵ São elas: Abbvie, Gilead – Creating Possible, Janssen e ViiV Healthcare. Informação disponível em: https://www.redederastreio.pt/public/uploads/noticias/rrc_2021_relatorio.pdf

Em 2016 foram realizados 7373 testes para detecção de sífilis pela Rede de Rastreio, número que cresceu para 20181 em 2019 e 21361 em 2021.

Ao distribuir os testes para os serviços integrados à Rede de Rastreio, o GAT recebe de volta os consequentes dados epidemiológicos, que são então veiculados em relatórios. Essa dinâmica é definida como “vigilância epidemiológica de segunda geração”. Novamente de acordo com a descrição da Rede de Rastreio em seu sítio eletrônico: “A rede recolhe informação sistemática durante as sessões de rastreio, permitindo gerar vigilância epidemiológica de segunda geração e granular para estas infeções nos grupos prioritários”⁸⁶.

Os relatórios produzidos pela Rede de Rastreio, anualmente divulgados, apresentam recortes do universo de testagem não contemplados pela principal publicação de dados epidemiológicos do SINAVE, o *Relatório de Doenças de Declaração Obrigatória*. Por exemplo, apresenta-se a distribuição de testes realizados pelos grupos prioritários; a inclusão de *homens e mulheres trans* nas categorias de gênero; a apresentação do número de pacientes que realiza o primeiro teste de DST, bem como os valores de coinfeção entre as doenças testadas.

O processo de distribuição de testes pelo GAT aos serviços que compõe a Rede de Rastreio foi desenvolvido conjuntamente com a padronização dos procedimentos de testagem. O GAT elaborou um manual de procedimentos, promoveu cursos de formação para profissionais de saúde e forneceu materiais e equipamentos para a detecção de DST. De acordo com o relatório da Rede de Rastreio de 2016: “A Rede apresentou-se a estas organizações como uma mais-valia quer em termos de formação técnica para o processo de rastreio, quer no que diz respeito à capacitação das mesmas em termos das condições em que este deve acontecer” (GAT, 2016, p. 9). Essa padronização foi efetivada na “ausência de normas de orientação ou regulamentação do rastreio de base comunitária em Portugal” (GAT, 2016, p. 8):

foi objetivo da Rede de Rastreio criar um conjunto de condições que, quando implementadas, possam garantir a qualidade do processo de rastreio, quer no que diz respeito às condições físicas em que acontece, quer relativamente à qualidade do processo de aconselhamento e testagem, quer em termos de ligação a cuidados de saúde. (GAT, 2016, p. 9).

⁸⁶https://www.redederastreio.pt/projeto/descricao_1

Ao estabelecer condições específicas para o rastreio da sífilis, o GAT contribuiu para o aumento da distribuição de testes e para consolidação do dado epidemiológico produzido. A população HSH passou a ser quantificada em um processo que é tanto integrado ao SINAVE, pois os casos notificados são contabilizados nas estatísticas oficiais, quanto alternativo a esse, visto que possui suas normas específicas de rastreio e de publicação de dados.

É possível afirmar que o GAT modelou o dado notificado ao sistema de vigilância de Portugal: projetou um grupo prioritário como alvo de detecção e treinou os profissionais de saúde nos procedimentos de identificação, registro, comunicação e tratamento da doença.

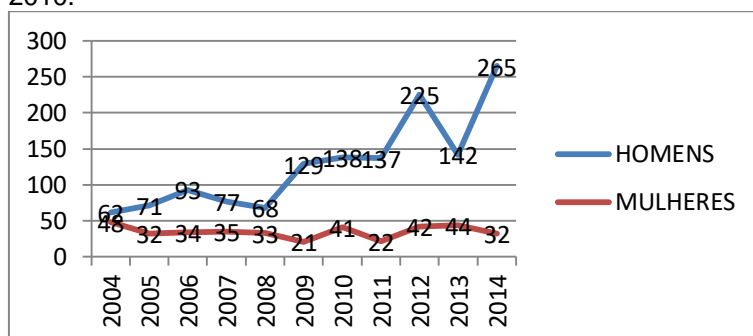
Nessa segunda parte desse capítulo demonstrei que a categoria HSH foi criada na literatura das ciências da saúde produzida nos Estados Unidos, na segunda metade da década de 1990, em meio ao desenrolar da epidemia de HIV/AIDS. Seu objetivo foi destacar comportamentos e práticas de identidades sexuais em estudos epidemiológicos sobre fatores de risco e distribuição de DST. Procurei descrever também a consolidação da categoria HSH na produção científica e nas políticas de saúde em Portugal. Nesse sentido, fiz referência a estudos sobre a transmissão e prevalência de HIV/AIDS, bem como ao processo de expansão do rastreio de doenças transmissíveis em grupos prioritários.

Abordo agora, no último tópico desse capítulo, a participação da população HSH no crescimento da sífilis em Portugal.

3.9 Homens que fazem Sexo com Homens e o crescimento da sífilis em Portugal

Ao menos desde a década de 2000, a sífilis em Portugal é mais predominante entre homens do que entre mulheres. O gráfico abaixo permite visualizar a cristalização dessa tendência epidemiológica no país.

Gráfico 9: Número absoluto de casos de sífilis (excluindo a congênita) notificados em Portugal 2004-2010.



Fonte: Direção Geral de Saúde, Relatório de Declaração Obrigatória de Doenças (DGS, 2012, 2014, 2017)⁸⁷.

Embora o número das notificações da sífilis em Portugal seja mais alto para homens do que para mulheres, os valores se mantiveram estáveis entre 2004 e 2008. A partir desse ano, o número de casos notificados entre homens começa a crescer. Já em 2014 foram notificados 32 mulheres e 265 homens com sífilis no país.

Em 2015 as notificações da sífilis começam a aumentar por meio da instituição da notificação eletrônica, mantendo-se a tendência de transmissão comunitária entre homens. Nesse ano foram notificados 607 homens e 184 mulheres; em 2016, foram 564 notificações de sífilis relativas a homens e 209 a mulheres (DGS, 2017).

Esses números indicam que a categoria HSH já estava em operação quando ocorreu o crescimento da sífilis em Portugal, com a instituição da notificação eletrônica. Essa categoria se fazia presente tanto na organização do monitoramento da doença, constituindo-se como um mecanismo de seleção de população para o rastreio, quanto na produção científica, na forma de um conceito operado em análises epidemiológicas.

Dessa forma, quando a sífilis aumentou, também cresceu a sua transmissão entre homens. Em outras palavras, a doença cresceu concentrada: a expansão provocada pela notificação eletrônica em 2015 reverberou e ampliou os efeitos da categoria HSH como mecanismo de detecção da sífilis.

Argumento que categorias relativas a grupos de risco não constituem somente o resultado da distribuição de uma doença, mas funcionam também como

⁸⁷ Gráfico elaborado pelo autor, com base dos dados publicados nos documentos referenciados.

dispositivos de produção de dados epidemiológicos. Grupos de risco operam sistemas de monitoramento e estão articulados com a estrutura de identificação de casos de uma doença.

Para utilizar uma metáfora livre, a proeminência de HSH não é somente o retrato do crescimento da sífilis em Portugal, mas também o pincel com que essa tendência foi desenhada, no sentido de que essa população se constituiu como um instrumento que ampliou a capacidade de rastreio da doença no país. Nessa trajetória, deixou de ser apenas uma amostra de pesquisa para tornar-se também um grupo prioritário para vigilância de DST.

O caso do grupo *Homens que Fazem Sexo com Homens* em Portugal permite uma comparação com as categorias de notificação “sífilis em gestante” e “sífilis congênita” no Brasil. Essas populações emergiram, nesses países, como focos de atenção privilegiada nas estratégias de controle e monitoramento. Enquanto no primeiro caso foi instituída e desenvolvida uma rede de tratamento e testagem de DST especificamente voltada para HSH, no segundo caso, gestantes e recém-nascidos tornaram-se os alvos preferenciais para o fornecimento de penicilina.

Essa é uma interessante inversão: no contexto português, HSH emergiu como grupo prioritário por meio do fortalecimento e ampliação da estrutura de detecção da sífilis; já com relação à situação brasileira, “sífilis em gestantes” e “sífilis congênita” assumiram tal estatuto através da precarização da resposta do sistema de saúde à epidemia.

Essas categorias também desempenharam um importante papel para que o crescimento da sífilis se tornasse tangível. Em Portugal, a elevação nos números das notificações foi provocada pela intensificação de sua detecção em HSH, fenômeno que ocorreu por meio de transformações nas infraestruturas de registro e comunicação de doenças; no Brasil, por sua vez, foi a diferença entre os valores das taxas de “sífilis em gestante” e “sífilis congênita” que passou a atribuir confiabilidade aos dados produzidos pelo sistema de vigilância.

Esse capítulo demonstrou que há diferentes maneiras de transformar indicadores em saúde como fiéis tradutores da realidade epidemiológica da sífilis. As formas pelas quais uma doença é visibilizada e as narrativas construídas para descrevê-la são processos que podem ser descritos por meio da análise da construção dos instrumentos que tornam tais empreendimentos possíveis. Esses

podem ser materiais, como os aparelhos e fichas da notificação eletrônica de Portugal; ou cognitivos, como os cálculos da subnotificação no Brasil. Descrevi a história dessas técnicas e seus efeitos nos modos de representar e de intervir sobre a sífilis em diferentes contextos nacionais.

O estudo do contexto português possibilitou melhor compreensão do caso brasileiro. Foi possível vislumbrar o crescimento da sífilis no Brasil como uma estratégia particular de produzir veracidade aos dados epidemiológicos do sistema de vigilância. Essa estratégia foi pautada pela centralização das categorias de notificação “sífilis em gestante” e “sífilis congênita”, que emergiram como grupos prioritários em um contexto de precarização provocado pela escassez da penicilina.

Passo agora para o último capítulo. Irei me afastar do tema da produção de dados epidemiológicos e passarei a abordar as percepções e ideias que se formaram sobre a sífilis anteriormente à sua classificação como epidemia, e que repercutem na forma como esse fenômeno é contemporaneamente compreendido. Para isso, adoto como estratégia metodológica o estudo de comparações entre a sífilis e a AIDS, tanto nas ciências humanas quanto nas ciências da saúde.

CAPÍTULO 4: O NOVO, O ANTIGO E NOVO DE NOVO: COMPARAÇÕES ENTRE AIDS E SÍFILIS NAS CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

Até o presente momento, essa tese de doutorado abordou o cenário em que a sífilis passou a ser considerada uma epidemia no Brasil, no capítulo um, e o universo da produção de dados epidemiológicos sobre a doença, no Brasil no capítulo dois, e em Portugal por meio de uma proposta comparativa no capítulo três. Agora, interpele as ideias sobre a sífilis que circulavam previamente à instituição de sua epidemia.

Para isso, esse capítulo analisa a elaboração de relações de equivalência e diferença entre a sífilis e a AIDS. Primeiramente nas ciências humanas, no período de emergência da epidemia de AIDS na década de 1980; e em um segundo momento nas ciências da saúde, em meados da primeira década de 2000, período em que os indicadores da sífilis começam a apresentar elevação de seus valores. Dessa forma, desenvolvo uma “comparação de comparações” com o objetivo de desvelar um importante mecanismo de interpretação e entendimento da sífilis contemporaneamente no Brasil: a confrontação de sua experiência com aquela da AIDS.

A AIDS e a sífilis são doenças que compartilham densidade histórica semelhante e cujas características, significados e políticas de saúde se aproximaram em variados momentos de suas histórias. Ambas as doenças centralizaram, em distintos momentos, os debates públicos e as estratégias globais das políticas de saúde. Esse vínculo foi construído em função de diversos motivos: o protagonismo que ascenderam no conjunto designado por Doenças Sexualmente Transmissíveis – tanto por suas consequências nefastas, quanto pelas suas cargas epidemiológicas – , os anseios que provocaram pelo medo do contágio através de relações sexuais, os estigmas que produziram e os desafios que impuseram aos sistemas de saúde para o seu controle.

No que diz respeito ao tema de interesse dessa tese de doutorado, a AIDS acompanhou o processo de quantificação epidemiológica da sífilis no Brasil. Por exemplo, as ações e medidas acionadas para o controle da sífilis foram criadas no âmbito do Programa Nacional de DST-AIDS; a obrigatoriedade de suas notificações foi instituída pela mesma portaria (542/86); e também compartilharam o mesmo boletim epidemiológico para a divulgação dos dados fabricados pelo sistema de vigilância brasileiro. Dessa forma, ao longo da condução da pesquisa empírica e da revisão de literatura, foi recorrente encontrar equiparações ou justaposições entre a AIDS e a sífilis.

Proponho explorar essa conexão e argumento que se trata de uma estratégia teórico-metodológica pertinente para descrever como a reemergência da epidemia de sífilis foi percebida e descrita no contexto brasileiro. Trata-se de investigar de que maneira as comparações com a AIDS modelaram as perguntas e, conseqüentemente, apontaram as respostas para explicar esse fenômeno.

As seguintes questões desdobram a proposta apresentada nesse capítulo: que enunciados sobre a sífilis tornaram-se possíveis por meio do estabelecimento de comparações com a AIDS? Quais verdades sobre sua epidemia foram aí fabricadas? Como a comparação com a AIDS modulou tanto a compreensão dos desafios provocados pelo avanço da sífilis, quanto as respostas empreendidas pelas políticas de saúde? O que a relação entre a AIDS e a sífilis revela sobre a classificação dessa última como epidemia?

Para desenvolver essas questões, lanço mão de uma estratégia teórico-metodológica em si mesma também de caráter comparativo. A fim de entender como a AIDS produz conhecimentos sobre a sífilis, e vice-versa, abordo comparações efetivadas entre essas doenças no surgimento e consolidação da epidemia global da AIDS e, após, no crescimento contemporâneo da sífilis no Brasil. Se no primeiro momento, a AIDS era uma doença nova mundo, que suscitava dúvidas e demandava respostas, no segundo era a sífilis que exigia explicações. Nesses processos, tanto a sífilis, doença que já ocupou ao longo de sua história a posição de mal venéreo por excelência, foi mobilizada como objeto de compreensão da AIDS, quanto essa doença, percebida como referência de sucesso das políticas de saúde brasileiras, foi utilizada para desvendar o avanço sífilis.

Selecionei esses períodos para análise visto que constituíram momentos em que ambas as doenças se apresentaram como fenômenos que demandavam a elaboração de um entendimento acerca de suas causas, prognósticos e especificidades epidemiológicas.

Na sequência, abordo de que maneira os conceitos e perguntas que motivam essa tese de doutorado foram aplicados ao estudo do objeto de investigação desse capítulo.

4.1 Classificações, metáforas e epidemias

De acordo com Bowker e Star (1999), sistemas de classificação são formados por categorias que operam de modo relacional, no sentido que adquirem significados por meio das formas com que se implicam mutuamente. Ou seja, categorias não são identidades essenciais e estáticas, abstraídas do universo em que estão incorporadas. Nesse sentido, proponho pensar a expressão “Doenças Sexualmente Transmissíveis” como um conjunto composto por enfermidades que assumem seus significados de maneira relacional. Dentro da totalidade “DST”, AIDS e sífilis são entidades formadas por meio de relações de coprodução, ou seja, sem a primazia ontológica do efeito de uma doença sobre a outra⁸⁸, que assumem diferentes contornos em distintos períodos históricos.

É nesse sentido que justaponto dois momentos em que a comparação entre as doenças ganhou relevo e destaque na literatura científica. Nesse capítulo demonstro que, se a história da sífilis foi mobilizada para a compreensão da emergência da epidemia de AIDS na década de 1980, a partir da década de 2000 as experiências e os resultados das políticas de saúde relativas à AIDS foram importantes para o desenvolvimento da compreensão do processo de crescimento da sífilis no Brasil. Argumento, ainda, que as formas de perceber a sífilis que

⁸⁸ O conceito de coprodução ganhou abrangência no campo de ESCT com a obra de Sheila Jasanoff (2003), que o propõe como um idioma para abordar as práticas contemporâneas de produção dos conhecimentos científicos. O objetivo da autora é descrever as relações entre ciência e sociedade sem compreender a primeira como um projeto de desvelamento da natureza ou como produto de interesses sociais e políticos. Em específico, Jasanoff se detém sobre o estudo de processos de governança e argumenta que práticas de fazer-conhecimento (*knowledge-making*) estão imbricadas com práticas de fazer-estado (*state-making*).

emergiram através da comparação com a AIDS estiveram ativas na classificação da doença como uma epidemia reemergente.

Na primeira parte desse capítulo exploro referências das ciências humanas produzidas no contexto do surgimento da epidemia de HIV/AIDS. Menciono os trabalhos de Sunan Sontag (2007), Sérgio Carrara (1996), Elizabeth Fee (1987), Allan Brandt (1986), Sander L. Gilman (1987) e Paul Preciado (2020), que mobilizo a fim de evidenciar a perseverança das comparações entre AIDS e sífilis no campo das ciências humanas. Menciono, ainda, a tese de doutorado de Saraiva (2009), que demonstra que os processos pelos quais a prostituição passou na época da sífilis, tema que perpassa outros estudos referidos nesse tópico, marcam também os tempos da AIDS.

Está em questão identificar nesses textos as estratégias acionadas e os argumentos utilizados para definir e compreender o que é a AIDS por meio do que foi a sífilis. Trata-se de descrever como a sífilis participou da elaboração de um entendimento sobre a AIDS: o que se poderia esperar sobre a segunda tendo em vista o que sabemos da primeira? Procurei mapear a recorrência e as especificidades das reflexões desenvolvidas nesses textos.

Em um segundo momento, esse capítulo explora textos das ciências saúde, que também estabelecem comparações entre a AIDS e a sífilis, porém em um novo registro: o crescimento da sífilis e a estabilização da AIDS no Brasil, tendência epidemiológica emergente a partir da década de 2000. Foram selecionados editoriais de revistas e jornais científicos sobre a sífilis, ao todo sete textos, identificados por meio do sistema de buscas da plataforma *Scielo*.

Editoriais são documentos que condensam a discussão sobre a sífilis no referido campo, pois tratam de definir o problema que abordam, argumentam sobre suas causas e propõem alternativas. Podem ser considerados sistematizadores do debate que se desenvolve sobre a sífilis e por isso foram selecionados para esse trabalho.

Esse capítulo é inspirado no uso que a autora Susan Sontag (2007) faz da ideia de metáfora em seus textos *A doença como metáfora* e *A AIDS e suas metáforas*. Trata-se de analisar como, nos dois momentos da história das doenças aqui selecionados, a AIDS serviu de metáfora para a sífilis e vice-versa, ou seja, compreender como uma doença foi utilizada para explicar a outra. A AIDS e a sífilis

constituíram metáforas mútuas visto que ambas serviram como recurso para a elaboração de enunciados sobre suas características, desafios e realidades epidemiológicas⁸⁹.

Passo a abordar as formas de mobilizar a sífilis para compreender a emergência da AIDS em textos do campo das ciências humanas.

4.2 A sífilis na emergência da AIDS

“Mesmo em seus estágios iniciais, a AIDS já surgiu carregada de história”, escreveu Virginia Berridge no capítulo de introdução da coletânea *AIDS and contemporary history* (BERRIDGE, STRONG, 1993, p. 1). A autora afirma que, ainda que tenha emergido como uma novidade no mundo, a AIDS não se apresentou como uma folha em branco para a impressão de novos símbolos e significados, mas sim as herdou de processos experiências semelhantes que já ocorreram no passado.

Nesse sentido, uma das primeiras estratégias acionadas para compreender o novo fenômeno da epidemia global de HIV/AIDS foi o estudo de processos epidêmicos anteriores:

A novidade e a surpresa de uma doença infecciosa, letal e potencialmente epidêmica no final do século XX levou à busca por modelos explanatórios do passado com algum poder preditivo. Como as sociedades reagiram a lidaram com epidemias do passado? Poderia o passado fornecer pistas para o fim dessa doença em particular? Quais formas de reação eram as apropriadas? (BERRIDGE, STRONG, 1993, p. 2).

Berridge argumenta que o estudo de doenças que se tornaram epidemias em períodos pretéritos foi mobilizado com o objetivo de elaborar previsões acerca do que iria acontecer com a AIDS. Essas pesquisas, ainda de acordo com a autora, basearam-se principalmente na análise de registros históricos de Doenças Sexualmente Transmissíveis e na investigação de suas estratégias de controle, tais como as práticas vigentes de identificação e registro de casos positivos, bem como os procedimentos de gestão das populações consideradas perigosas. Como temas

⁸⁹ Definição que vem da Poética de Aristóteles: “metáfora consiste em dar a uma coisa o nome de outra”. (SONTAG, 2007, p. 48)

específicos de interesse, esses estudos buscaram destacar associações entre pânico moral e minorias estigmatizadas (BERRIDGE, STRONG, 1993).

Nesse sentido, a sífilis foi a principal referência mobilizada no esforço de compreender o que era e o que viria a ser a AIDS. Abordo publicações que perseguiram esse objetivo. Menciono primeiramente os textos de Sontag (2007), Carrara (1996) e Brandt (1985), escritos em três momentos diferentes da história da doença: logo em seu surgimento (BRANDT, 1985), o seu desenvolvimento como epidemia global (CARRARA, 1996) e seu estabelecimento como doença crônica (SONTAG, 2007).

Esses são textos de cunho ensaístico. Brandt (1985) e Carrara (1996) desenvolvem comparações entre AIDS e sífilis ao final de suas obras, sobre a história das doenças venéreas nos Estados Unidos e da sífilis no Brasil, respectivamente. Os autores experimentam vislumbrar quais serão os rumos da AIDS à luz dos resultados de suas pesquisas. Já o texto de Sontag (2007) é uma ampla reflexão, por meio de trabalho de revisão bibliográfica, a respeito das ideias e significados que giraram e que se mantiveram em torno da AIDS ao longo de sua história, muitos deles primeiramente configurados em relação à sífilis, conforme argumento da autora.

Carrara publica em livro sua tese de doutorado, de título *Tributo à Vênus: a história da luta contra sífilis do século XIX à primeira metade do século XX*, no ano de 1996. Nesse momento, já havia dez anos que a AIDS era uma doença de notificação obrigatória no Brasil, de modo que essa não era mais uma enfermidade emergente e misteriosa, e também o país já acumulava certa experiência com os desafios impostos pela doença.

Por meio da observação dos desdobramentos da epidemia de AIDS no Brasil, Carrara (1996) afirma que a doença pode ser considerada uma atualização do problema venéreo construído e tematizado através da sífilis, no sentido que essa última se constituiu como “uma das mais graves doenças humanas e em uma das mais sérias ameaças à saúde pública” (CARRARA, 1996, p. 25). O autor afirma:

Embora a incidência das doenças venéreas em todo o mundo venha crescendo em ritmo acelerado desde a década e 1960, o problema venéreo entraria em uma decadência que se prolongaria até o recente aparecimento da AIDS, cujos poderes morbígenos são bastante comparáveis aos que, anteriormente, eram atribuídos à sífilis. (CARRARA, 1996, p. 294).

Para Carrara, a sífilis “constitui uma situação social homóloga à que hoje vivemos com a AIDS”, no sentido que é uma “doença sexualmente transmissível que vem trazendo novamente à tona temas e medidas anteriormente motivados pela sífilis” (CARRARA, 1996, p. 294). Como exemplo, o autor cita mecanismos de regulação da sexualidade que se materializaram em debates sobre a obrigatoriedade do exame pré-nupcial e a inclusão de temáticas vinculadas à educação sexual nos currículos escolares.

Tal como Carrara, Brandt (1985) afirma que “[e]m muitas instâncias a situação hoje com a AIDS é similar àquela da sífilis”. O autor também usa como período de referência para comparação a sífilis no início do século XX. As semelhanças entre as doenças abrangem diversos aspectos:

Tal com a sífilis, a AIDS pode causar a morte; presentemente não possui tratamento efetivo; educação e engenharia social caracterizam esforços em conter a epidemia – já que não há nenhuma “bala mágica” no horizonte; também abunda o medo de suas vítimas e transmissibilidade, o que reflete profundas ansiedades sociais e culturais sobre a doença. (tradução do autor).

O capítulo sobre a AIDS no livro de Allan Brandt, de título *No magic Bullet* (1986), constitui um texto pós-escrito acrescido ao original em sua segunda edição. Trata-se, portanto, de uma reflexão situada nos primeiros instantes de visibilidade da epidemia de AIDS. Nesse sentido, a ausência de uma “bala mágica” que solucionasse o problema é o principal destaque de seus comentários. Uma vez que ainda não haviam sido criados os medicamentos antirretrovirais, que tornaram possível vislumbrar a AIDS como uma doença crônica, o autor menciona que as suas estratégias de controle se assemelharam com aquelas da sífilis, no sentido de constituírem esforços no campo da educação e engenharia social.

Diferentemente dos textos de Carrara e Brandt, especulativos acerca do futuro da AIDS, Sontag (2007) escreve em um período já marcado pela distribuição de medicamentos que possibilitaram a convivência com a doença. Nesse sentido, para além de afirmar que a AIDS e a sífilis trazem à tona problemas, questões e debates semelhantes, a autora apresenta uma revisão histórica acerca de como a AIDS foi compreendida e significada, e nessa análise argumenta que a sífilis produziu metáforas que foram participantes ativas desse processo.

Se a sífilis se constituiu como uma doença de densos e poderosos significados desde o seu surgimento, quando o conceito que a designava ainda

abarcava enfermidades posteriormente diferenciadas em categorias nosológicas específicas (QUETEL, 1986; FLECK, 2010), Sontag (2007) demonstra que esses serão resilientes e duradouros. Acompanhariam não somente a própria sífilis ao longo dos séculos seguintes, mas também alcançariam a AIDS. Escreve a autora: “as primeiras descrições feitas por médicos no final do século XV [sobre a sífilis], geraram uma versão de metáforas que proliferaram em torno da AIDS” (SONTAG, 2007, p. 66).

A sífilis era percebida como uma punição ao mesmo tempo individual e coletiva: “a ideia de que a sífilis representava um castigo para o indivíduo transgressor não se distinguia completamente da ideia de que ela vinha a punir toda uma comunidade licenciosa” (SONTAG, 2007, p. 66). Esse vínculo entre doença e castigo, ainda de acordo com Sontag, foi atualizado contemporaneamente para pensar a AIDS por meio do conceito de grupo de risco, tal como construído e operado no campo da epidemiologia. Esse conceito “ressuscita a ideia de uma comunidade poluída para a qual a doença representa uma condenação” (SONTAG, 2007, p. 66).

A percepção de que a sífilis a AIDS são associadas a grupos ou segmentos da sociedade considerados poluídos tem origem em característica compartilhada por ambas, o contágio via relações sexuais. Contudo, no caso da sífilis, o acometimento da doença era explicado pelo *excesso sexual*, sendo esse considerado um comportamento perigoso, e já com referência à AIDS essa era consequência da *perversão sexual*, encarada como comportamento antinatural (SONTAG, 2007, p. 57). O medo do contágio tomou a forma de pânico moral: segundo Brandt (1985) a ideia de que a AIDS possa ser casualmente adquirida vincula-se às crenças que circundaram a sífilis na virada do século, quando se acreditava que sua transmissão poderia ocorrer através do compartilhamento de copos, livros, assentos sanitários, etc.

Essa comparação aponta para a questão dos estigmas que ambas as doenças produziram, tópico também abordado pelos autores aqui citados. Carrara (1996) e Brandt (1985) apontam para o fato de que a sexualidade masculina é o objeto central das estratégias de intervenção postas em ação com relação à sífilis e a AIDS. No que diz respeito à AIDS, Carrara afirma que essas estratégias se caracterizaram por desencadear um processo de normalização das relações

homossexuais. Brandt, de forma semelhante, argumenta que a AIDS se constituiu como uma ameaça à cultura heterossexual via contaminação homossexual.

Já no que se refere à sífilis, Carrara demonstra que eram as relações maritais aquelas objeto de regulação, enquanto Brandt destaca que a doença colocava em contato uma “classe média respeitável” com uma “classe trabalhadora eticamente desviante”. Desse modo, diferenciam-se também os objetos de controle: na luta contra a sífilis, os bordéis eram espaços de repressão policial; já com referência à AIDS, foram saunas e boates gays os locais privilegiados de vigilância.

Os autores citados ainda mencionam outras conexões entre sífilis e AIDS. Carrara (1996), por exemplo, explora essa comparação no âmbito das relações geopolíticas. Se a sífilis foi importante para a construção dos Estados-nacionais, ao protagonizar campanhas de saúde pública caracterizadas pela forte utilização de metáforas militares (SONTAG, 2007)⁹⁰, o combate à AIDS é emblemático da emergência de organizações estatais supranacionais, visto a implantação de “uma extensa rede de organizações não governamentais diretamente vinculadas a organismos internacionais” (CARRARA, 1996, p. 295). Aludindo à mesma ideia de descentralização, Sontag argumenta que a AIDS difundiu metáforas oriundas da virologia, que expressaram ideias de contaminação e mutação (SONTAG, 2007, p. 76).

É interessante ainda destacar as comparações que Sontag elabora relativas às manifestações clínicas das duas doenças. A autora menciona a aparência enganadora de seus sintomas: a sífilis sendo conhecida como a “grande dissimulada” e a AIDS uma inferência clínica decorrente da identificação de sinais indeterminados, dentro de um quadro sintomático mais amplo. Também em função de ambas as doenças se manifestarem de modo lento e progressivo, em suas classificações nosológicas e em seus meios diagnósticos é utilizado o conceito de fase.

Na sífilis, a bactéria se desenvolve no corpo por meio de uma trajetória hierárquica (primária, secundária e terciária) de manifestações clínicas, que correspondem a diferentes níveis de severidade, técnicas de diagnóstico e

⁹⁰ A autora afirma que as metáforas militares ganharam destaque no início do século XX, nas campanhas de esclarecimento a respeito da sífilis realizadas durante a primeira guerra mundial, e nas campanhas contra a tuberculose do pós-guerra (SONTAG, 2007, p. 37). A metáfora militar na medicina começou a ter largo emprego na década de 1880, com a identificação das bactérias como agentes da doença.

tratamento. Já a AIDS é “geralmente considerada a terceira e última fase de um processo, sendo a primeira a infecção pelo vírus do HIV e o aparecimento de sintomas de agressão ao sistema imunológico, seguido por um período de latência.” (SONTAG, 2007, p. 55).

Diferentemente dos textos de Sontag (2007), Carrara (1996) e Brandt (1986), que são cunho ensaístico, os artigos de Fee (1988) e Gilman (1987) são análises situadas, de menor envergadura, desenvolvidas no espectro de reflexões de um artigo. Esses trabalhos não objetivam elaborar comparações de caráter geral entre AIDS e sífilis, mas sim estabelecer relações pontuais com o objetivo de desenvolver suas questões de pesquisa. Faço menção agora a esses dois artigos.

Elizabeth Fee, no texto *Sin vs. Science: Venereal Disease in Baltimore in the Twentieth Century* (1988), examina a disputa entre concepções biomédicas e morais em torno da sífilis nas décadas de 1930 e 1940 na cidade de Baltimore, Estados Unidos. Para a autora, o estudo da sífilis nesse contexto é útil para “para refletir sobre o novo problema da AIDS” (FEE, 1988, p. 144), assim como a situação contemporânea dessa doença “empresta uma relevância especial ao estudo da sífilis” (FEE, 1988, p. 142).

A comparação se justifica porque “ao menos até o advento da AIDS, a sífilis era a mais temida das doenças venéreas” (FEE, 1988, p. 142) e também em função de suas características comuns: são causadas por microrganismos e transmitidas por contato sexual, o que conforma as percepções sociais da em torno das noções de responsabilidade, culpa e honra. Também as vítimas de ambas as doenças são percebidas como a própria causa da doença ou mesmo sua corporificação.

É precisamente em função do estigma e suas formas de produzir exclusão e controle social que as duas doenças mais se aproximam:

Descobrimos que o medo e as atitudes subjacentes à sexualidade estavam apenas dormentes. A preocupação pública, o horror e o medo da AIDS recentemente reeditaram o antigo movimento higiênico em uma nova forma. Atitudes uma vez expressas em direção à população negra como sexualmente promíscua, sexualmente ameaçadora e um reservatório da doença estão sendo, de uma forma revivida, voltadas à população masculina gay. AIDS é popularmente vista como causada pela promiscuidade gay e, de uma maneira mais ampla, como uma punição para um comportamento sexual não convencional e não aprovável, mais do que simplesmente o resultado da infecção pelo vírus. (FEE, 1988, p. 163).

Para a autora, a experiência histórica da sífilis demonstra que os preconceitos e as discriminações que emergiram com a nova epidemia de AIDS não serão encerrados com a descoberta de um medicamento eficaz para sua cura. Em argumento semelhante ao de Brandt (1985), a autora afirma que “[s]e uma nova ‘droga milagrosa’ é descoberta em ser efetiva contra AIDS, vai enfraquecer, mas certamente não destruir as objeções sociais, morais e culturais em relação à homossexualidade” (FEE, 1988, p. 164.).

O texto de Sander L. Gilman “*AIDS and Syphilis: The Iconography of Disease*” (1987) é outro esforço comparativo entre sífilis e AIDS que menciono nesse capítulo. O autor compara as imagens que representavam aqueles acometidos pela sífilis em livros médicos e no campo artístico, tanto no início do século XX quanto em período anterior, com as imagens que retrataram as vítimas da AIDS, essas provenientes da imprensa popular e de massas. Seu objetivo é compreender as referências iconográficas das imagens e seus efeitos em refletir e conformar as estratégias de controle adotadas com referência às doenças.

De acordo com Gilman, o imaginário da sífilis associava-se à ideia de um doente sofredor, enquanto no caso da AIDS tratava-se de um sofrimento culpabilizador, uma vez que o doente era considerado o responsável pela sua condição, consequência de uma conduta percebida como “irracional”. O portador do vírus do HIV era a fonte do perigo que colocava em risco aqueles considerados “bons”, “saudáveis” e “sãos”.

Gilman demonstra que na história da sífilis e da AIDS houve uma mudança na representação dos doentes: a centralidade na vítima masculina se deslocou para o feminino como fonte do contágio. No caso da sífilis, a ênfase na figura do sífilítico-pecador transferiu-se para a classe das meretrizes. Já com relação à AIDS, o estereótipo do homossexual, “feminizado em uma visão tradicional da sexualidade”, se justapõe à representação do “homem sofredor e do feminino como fonte de sofrimento tradicionalmente associada à sífilis”. Em momento posterior, com a visibilidade epidemiológica da feminização da epidemia da AIDS⁹¹, também as prostitutas passam a encarnar o perigo de contágio (GILMAN, 1987, p. 99).

⁹¹ O trabalho de Duarte (2018) analisa as narrativas em torno do processo de feminização da epidemia da AIDS, que tiveram início a partir da década de 1990. Ao descrever a inserção do corpo feminino nos discursos em torno da doença, a autora demonstra que mulheres heterossexuais estiveram presentes nas contagens e nas tendências epidemiológicas da AIDS desde muito antes de sua visibilidade tanto na literatura médica quanto nas políticas de saúde.

Os autores citados no presente tópico argumentam, a partir das perspectivas teórico-metodológicas e objetivos específicos de suas pesquisas, que a AIDS constitui uma espécie reedição daquilo que foi a sífilis, uma doença parecida ou um receptáculo de suas metáforas. As comparações se dirigiram, majoritariamente, às estratégias de controle, intervenções sobre espaços públicos e formas de operação dos estigmas vinculados aos adoecidos.

A comparação entre sífilis e AIDS é ainda recorrente no discurso das ciências humanas. Por exemplo, foi mobilizada por Paul Preciado em seu texto “Aprendendo com o vírus” (2020), em que o autor revisa os desdobramentos de diversas epidemias globais para tratar das especificidades da pandemia de COVID-19. Preciado afirma que a AIDS “foi para a sociedade neoliberal heteronormativa do século XX, o que a sífilis havia sido para a sociedade industrial colonial” (PRECIADO, 2020).

O autor descreve como a sífilis funcionou como uma arma de destruição colonial e de criação de políticas raciais. A doença materializou, entre os séculos XVI e XIX, modos de coerção e exclusão social próprios da modernidade patriarcal-colonial, como a obsessão pela pureza racial, a interdição de casamentos entre pessoas de diferentes classes e raças e regulação das relações extraconjugais.

Preciado afirma que esses aparatos de controle foram desarticulados nas décadas de 1960 pela difusão da penicilina, processos de descolonização de estados-nacionais periféricos e movimentos feministas e posteriormente reeditados pela AIDS a partir da década de 1980, porém em novas configurações. Se na sífilis o ideal de comunidade é o corpo branco burguês que exerce a sexualidade matrimonial para a reprodução da nação, a AIDS apresenta como modelo de comunidade a soberania sexual masculina, no sentido de direito hegemônico de penetração, sendo o corpo penetrado desprovido de soberania. Se o significante político reverso da sífilis é a prostituta, no caso da AIDS foi o homossexual.

É interessante nesse ponto fazer referência à tese de doutorado de Saraiva (2009), que demonstra como o tema da prostituição atravessa os períodos de ambas as doenças. Sua pesquisa, sobre a história do combate à sífilis em Belém (Brasil) e Lisboa (Portugal) e também desenvolvida por meio de trabalho de campo nesses dois cenários, revela que uma das principais heranças da sífilis para a AIDS diz

respeito à conjunção dos processos de medicalização e criminalização do trabalho sexual, o que faz com que a sua vivência seja até hoje percebida como um crime.

Segundo o autor, a associação entre criminalidade e prostituição produz um contexto laboral de precarização, caracterizado pela deficiência de estratégias de atenção e cuidado (SARAIVA, 2009). Dessa forma, muitas vezes impossibilitadas de acessar os meios oficiais de prevenção, as trabalhadoras do sexo se utilizam de estratégias como a identificação de sinais visíveis nos clientes para avaliar seus estados de saúde/doença. Saraiva afirma que essa é outra reminiscência da época da sífilis nos contemporâneos tempos da AIDS:

Apesar de terem como referência a ideia de que a SIDA não é uma doença visível, o critério para prevenir-se, ainda hoje, passa pela observação do corpo do cliente e da existência de indícios que “indiquem” a “presença” da SIDA, como outrora acontecia com a sífilis. (SARAIVA, p. 212).

A AIDS e a sífilis serão novamente comparadas na reemergência da epidemia dessa última no Brasil. Para acessar esse debate, passo abordar editoriais de revistas do campo das ciências da saúde.

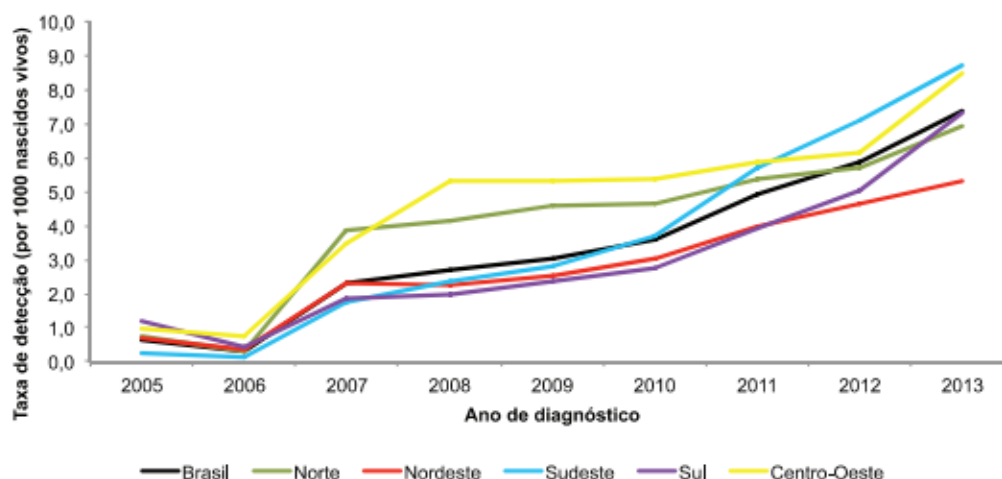
4.3 Editoriais de revistas do campo das ciências da saúde

Para a elaboração desse tópico foram selecionados, por meio de busca realizada na plataforma *Scielo*, editoriais de revistas do campo das ciências da saúde, publicados entre o final da década de 2000 e meados da década de 2010. Optei pela análise essa modalidade de documento visto que possui a capacidade de sintetizar os debates que se desenvolvem no Brasil em torno da sífilis, os consensos sobre as suas tendências epidemiológicas e as controvérsias sobre os fatos ainda em processo de estabelecimento. Kenneth Camargo (1994) utiliza a expressão “artigos de consolidação” para se referir a publicações dessa natureza. De acordo com o autor, essas possuem a “importante função de sedimentar o conhecimento produzido numa determinada etapa” do processo de produção científica, de modo a viabilizar o acesso ao “estado da arte” relativo a determinado fenômeno de interesse (CARMARGO, 1994, p. 44).

Os editoriais aqui citados foram publicados anteriormente à difusão do conceito de epidemia para a descrição da realidade da sífilis no Brasil. Contudo, abarcam um intervalo de tempo em que a doença começa a apresentar crescimento, fenômeno que se faz presente no debate científico apresentado. Dessa forma, esses textos permitem descrever as perspectivas de compreensão da sífilis antes da reemergência de sua epidemia. Nas considerações finais, argumentarei que tais formas de entender a doença serão fundamentais nesse processo de classificação epidemiológica.

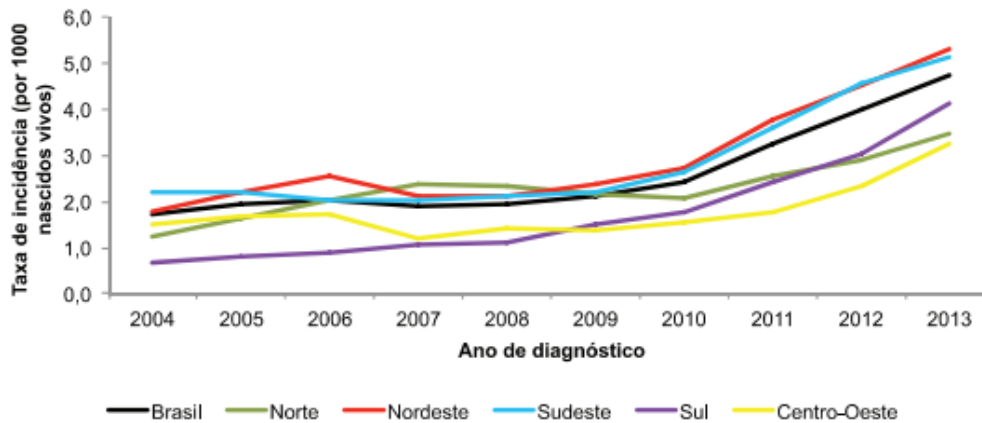
Nesse momento, as preocupações com o avanço da sífilis se expressam com relação a sua manifestação congênita e em gestantes. Abaixo gráficos que permitem visualizar o crescimento dessas duas categorias de notificação no Brasil, no período abarcado pelos editoriais.

Gráfico 10: Taxa de detecção de sífilis em gestante (por 1.000 nascidos vivos) por região e ano de notificação, Brasil, 2005 a 2013.



Fonte: Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico, Sífilis, 2015 (BRASIL, 2016).

Gráfico 11: Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos) por região de residência e ano de diagnóstico, Brasil, 2004 a 2013.



Fonte: Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico, Sífilis de 2015 (BRASIL, 2016).

Os dados expostos acima indicam que, entre o final da década de 2000 e início da década de 2010, tanto a sífilis congênita quanto a sífilis em gestante apresentaram tendência epidemiológica de crescimento no Brasil. A segunda diminuiu de 0,6 para 0,3 mil nascidos vivos entre os anos de 2005 e 2006, e aumentou de 2,3 para 7,2 entre 2007 e 2013. Já a primeira manteve tendência estável entre 2005 e 2009, período em que variou de 1,9 para 2,1 mil nascidos vivos, e cresce até 4,8 em 2013. Esses números serão inferiores àqueles considerados epidêmicos, quando em 2016 a sífilis congênita alcançará a taxa de 6,8 e a sífilis em gestante 12,4, ambas para cada mil nascidos vivos. Entretanto, o crescimento da sífilis já chamava a atenção.

Os editoriais afirmam, por exemplo, que “nas últimas décadas não houve nenhum avanço real no controle de tal complicação [sífilis] no Brasil” (2012, p. 49); que “[o] Impacto [de políticas] na saúde pública da sífilis na gravidez e na infância continua a ser insignificante” (COOPER, et al., 2016); e também que a sua “situação epidemiológica alarmante” (FIGUEIRÓ-FILHO, 2012, p. 75).

Para além de comentar o seu crescimento, os editoriais selecionados para análise apresentam uma seleção de informações gerais sobre a sífilis. São textos que abordam a classificação nosológica de diferentes manifestações da doença e suas respectivas formas de tratamento, sintomas, meios diagnósticos disponíveis para detecção e tendências epidemiológicas no Brasil. Para além dessas informações, que se parecem muito com aquelas publicadas em manuais de vigilância epidemiológica, os autores que assinam os editoriais também expressam

suas opiniões sobre as causas que provocaram o crescimento da sífilis e os desafios impostos para o seu controle.

A sífilis é mencionada como uma doença de persistência histórica e de longa duração. Trata-se de um “problema do passado” (AMARAL, 2012, p. 54) uma enfermidade “conhecida a mais de 500 anos” (MILANEZ, AMARAL, 2008), “com décadas de experiência epidemiológica e clínica” (COOPER, et al., 2016, p. 251), o que a faz “um exemplo clássico de doença sexualmente transmissível” (DUARTE, 2012, p. 49).

A localização da sífilis como uma doença própria “do passado” ou mesmo “histórica” faz com que o seu crescimento no presente seja considerado um fenômeno fora de lugar. Nesse sentido, para Duarte, no editorial *Sífilis e gravidez: e a história continua* (DUARTE, 2012), a permanência da sífilis no Brasil é considerada um anacronismo:

Frente aos avanços da Medicina contemporânea, parece anacrônico o fato de uma doença, que apresenta agente etiológico bem definido, formas conhecidas de transmissão, longo período de incubação e tratamentos que possibilitam excelentes índices de cura, continuar registrando novos casos e escapando das medidas que visam o seu controle. Nesse mesmo diapasão de anacronismo, assistimos perplexos aos desdobramentos da infecção pelo *Treponema pallidum* entre mulheres na idade reprodutiva, prejudicando objetivamente tanto o prognóstico gestacional quanto o prognóstico perinatal. (DUARTE, 2012, p. 49).

A sífilis é considerada uma doença anacrônica em função de “avanços da medicina” que possibilitaram tratamentos “com excelentes índices de cura”. A efetividade das tecnologias terapêuticas de intervenção sobre a infecção pelo *Treponema pallidum* é um tema recorrente e um tópico fundamental para que a doença seja compreendida como descolada de seu período histórico. Outros editoriais, por exemplo, mencionam o “fácil diagnóstico e tratamento” da sífilis congênita (MILANEZ, AMARAL, 2008, p. 326), uma “infecção, cujo protocolo clínico é bem conhecido, com triagem sorológica e tratamento de baixo custo” (AMARAL, 2012, p. 52), o que faz com que seja uma “doença evitável (COOPER, et al., 2016).

É justamente em função de haver procedimentos de detecção da sífilis já estabelecidos e incorporados ao sistema de saúde, e de seu tratamento ser baseado em uma droga considerada de baixo custo e amplamente acessível, que o seu crescimento é encarado com assombro e espanto. Os títulos dos editoriais refletem

esse sentimento ao divulgar dados epidemiológicos que não somente indicam a continuidade da presença da sífilis no Brasil, mas também o seu avanço. São eles:

- *“Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?”* (MILANEZ, AMARAL, 2008) – Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

- *“Sífilis na gestação e sífilis congênita: porque ainda não conseguimos resolver esse problema?”*. (MILANEZ, AMARAL, 2008b) – Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.)

- *“Sífilis e Gestação: até quando?”* (FIGUEIRÓ-FILHO, 2012) – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

- *“Sífilis e gravidez... e a história continua.”* (DUARTE, 2012) – Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

“Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro”. (AMARAL, 2012) – Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

“Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil – mais progressos são necessários!” (COOPER, et al., 2016) – Revista Paulista de Pediatria.

Esses títulos questionam as causas que provocam a perseverança da sífilis congênita no Brasil, demonstram incredulidade com essa tendência epidemiológica e um senso de urgência para a sua reversão. Nesse sentido, Duarte, no editorial *“Sífilis e gravidez: e a história continua”* descreve a sífilis congênita como ilógica.

Considerando especificamente a morte fetal decorrente da infecção luética sob a perspectiva do conhecimento científico atual, conclui-se que, hodiernamente, sua ocorrência na sociedade é simplesmente ilógica. (DUARTE, 2012, p. 49).

O atributo ilógico da sífilis congênita decorre da existência de um aparato tecnológico eficiente em sua detecção e tratamento. E uma vez que o sistema de saúde brasileiro dispõe dos meios para combater a sífilis, “deve haver tolerância

zero para a sua ocorrência”, de acordo com o editorial *Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil - Mais avanços são necessários!* (COOPER, et al., 2016): “até mesmo um caso representa uma falha do sistema público de saúde” (COOPER, et al., 2016, p. 251).

A constituição da sífilis congênita como o marcador de um erro no funcionamento do sistema de saúde indica a sua designação como um *evento* ou *indicador sentinela*, em específico no que se refere à assistência pré-natal. Amaral, por exemplo, no editorial *Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro* afirma que a transmissão vertical da sífilis “evidencia falhas na assistência pré-natal” (AMARAL, 2012, p. 52); Já no editorial *Porque ainda não conseguimos controlar a sífilis em recém-nascidos?* Milanez e Amaral afirmam que os dados epidemiológicos da sífilis congênita “sugerem uma baixa qualidade da assistência pré-natal” (MILANEZ, AMARAL, 2008, p. 325).

Duarte (2012, p. 49) segue a mesma linha de argumento e afirma que uma das causas de ocorrência da sífilis congênita é a falha dos profissionais de saúde em aplicar os “ordenamentos protocolares”, para o que não se apresenta qualquer “razoabilidade”. Esse evento “traduz baixa qualidade do pré-natal” e “carreia em seu contexto o reflexo discriminador da falta de qualidade assistencial em saúde” (DUARTE, 2012, p. 49). Dessa forma, “[e]levadas taxas (..) de sífilis congênita são consideradas marcadores epidemiológicos seguros da falência da saúde em determinada área” (DUARTE, 2012, p. 49).

A situação da transmissão vertical da sífilis no Brasil torna-se ainda mais drástica quando comparada àquela da AIDS. De acordo com o editorial *Sífilis na gravidez e sífilis congênita: porque ainda não conseguimos resolver esse problema?:*

Quando comparamos o controle da transmissão vertical da mãe para o filho do HIV com aquele da sífilis, é ainda mais difícil entender porque temos sucessos com o primeiro e resultados desastrosos com o segundo. (MILANEZ, AMARAL, 2008b, p. 425).

De acordo com as autoras, através do aprimoramento da atuação dos profissionais de saúde e de sua capacidade em incorporar ações adequadas em suas rotinas de trabalho “nós certamente alcançaremos o mesmo sucesso [com a sífilis] que atingimos antes com a prevenção do HIV” (MILANEZ, AMARAL, 2008b, p. 427). Considera-se o controle da transmissão vertical da sífilis uma meta mais fácil de ser alcançada se comparada ao caso do HIV, visto que a “testagem (*screening*) e

tratamento da sífilis são mais baratas que em relação ao HIV” (MILANEZ, AMARAL, 2008b, p. 427).

A diferença de custo e de complexidade da tecnologia para a prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS e da sífilis também são referidas no editorial *Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro*. A autora afirma que o “aumento da incidência de sífilis congênita (...) contrasta com a redução da transmissão vertical do HIV já demonstrada no Brasil, apesar de protocolos clínicos complexos e de custo elevado” (AMARAL, 2012, p. 52).

Neste editorial, a autora indaga: “Por que seria tão difícil transpor a experiência de sucesso com o controle do HIV para o controle da sífilis congênita?” (AMARAL, 2012, p. 53). Uma das respostas oferecidas está “na falta de glamour da sífilis congênita, que não tem atraído a mídia, nem exigido preocupação com atualização pelos profissionais” (AMARAL, 2012, p. 53). Isto porque essa é uma doença “estigmatizada e, aparentemente, sem grandes demandas tecnológicas para diagnóstico ou terapia de custo elevada” (AMARAL, 2012, p. 53).

Afirmção semelhante é feita pelo editorial *Porque ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis congênita em recém-nascidos?* (MILENAZ, AMARAL, 2008), ao sugerir que as mortes decorrentes dessa manifestação da sífilis se deve a uma “concentração de esforços para controle da transmissão vertical do HIV, com desvio da atenção a outras doenças” (MILENAZ, AMARAL, 2008, p. 326). Já Duarte argumenta que a sífilis é “marginalizada pelos programas prioritários dos órgãos responsáveis pela saúde pública” em função de ser uma “doença sem sinais, que raramente leva ao prejuízo da força de trabalho” (DUARTE, 2012, p. 50)

Os editoriais citados no presente tópico desse capítulo mencionam o mesmo artigo, uma referência importante no espectro da literatura das ciências da saúde no que tange às comparações entre sífilis e AIDS. O título é explícito da natureza dessa relação: *Controle da transmissão vertical de doenças infecciosas no Brasil: progresso no HIV/AIDS, fracasso na sífilis congênita* (RAMOS JR, et al., 2007). O objetivo desse estudo foi descrever os diferentes cenários epidemiológicos para a transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil, por meio da análise de ações empreendidas no contexto da vigilância epidemiológica, controle, prevenção e cuidado de ambas as doenças.

Nesse texto, também a discrepância entre a atenção dedicada à AIDS e à sífilis é mencionada: “Apesar das campanhas de incentivo à população a usar preservativo, esses esforços reforçam ainda mais a atenção à aids, contribuindo para que menos atenção seja dada aos perigos da sífilis e outras DST” (RAMOS JR, et al., 2007, p. 374). Tal como nos editoriais anteriormente citados, os autores afirmam que a resposta ao HIV dispõe de uma tecnologia de cuidado mais sofisticada para sua assistência, se comparada com aquela mobilizada para a sífilis congênita:

portadoras de HIV são quase sempre transferidas para serviços de saúde mais sofisticados, onde são submetidas a protocolos bem estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Mulheres diagnosticadas com sífilis, em geral, têm seu acompanhamento em serviços básicos de saúde. (RAMOS JR, et al., 2007, p. 374).

O texto afirma, ao fim, que “torna-se necessário e urgente a prioridade de enfocar a sífilis em mulheres grávidas”, que deve ser reforçada a ênfase “sobre a sífilis congênita como sendo um evento sentinela na saúde pública”; bem como “maior compromisso dos serviços e dos profissionais no controle da infecção congênita” (RAMOS JR, et al., 2007, p. 375).

Nos textos revisados nesse tópico, a existência da sífilis apresenta-se como um problema que evidencia a insuficiência e os limites das tecnologias implicadas em seu tratamento. Uma vez que se atribui ênfase aos meios técnicos disponíveis e efetivos para a sua cura, a existência da doença é compreendida como um fenômeno incoerente. A incompreensão que gira em torno da transmissão vertical da sífilis é, portanto, efeito da crença no poder das ciências médicas modernas e, conseqüentemente, da frustração com as expectativas ali depositadas.

As comparações entre as respostas das políticas de saúde para a sífilis congênita e para a transmissão vertical da AIDS exploram justamente esses tópicos. A experiência considerada bem sucedida com relação à segunda é justaposta à percepção de revés em referência à primeira. Dentre os fatores que explicam o fracasso no controle da sífilis congênita ganham destaque as maiores visibilidade e atenção dedicadas à prevenção da transmissão vertical do HIV, muitas vezes expressas em termos de glamour.

4.4 Sífilis e AIDS, e vice-versa

As comparações entre sífilis e AIDS em questão nesse capítulo se referem a dois momentos distintos da história dessas doenças: a emergência da epidemia de AIDS, evento abordado por meio de referências da literatura das ciências humanas, e o crescimento contemporâneo da sífilis, que acessei através de editoriais de revistas do campo das ciências da saúde.

Ambas as doenças serviram como instrumentos de produção de conhecimento sobre a outra. No primeiro caso, tratava-se de dar sentido e compreender os desafios impostos por uma doença ainda pouco conhecida; no segundo caso, estava em questão desvendar as causas de um fenômeno percebido como inexplicável, o crescimento de uma doença que possui diagnóstico e tratamento acessível.

Há um deslocamento de referência temporal nesses dois momentos: a sífilis, então uma doença antiga, foi utilizada como referência para a compreensão da AIDS, uma doença nova no mundo. Já quando a sífilis tornou-se uma novidade mais uma vez, a partir do crescimento de sua forma congênita, mobilizou-se a experiência já histórica da AIDS para compreender as razões desse fenômeno.

Também a percepção das relações entre as doenças e seus aparatos tecnológicos muda de lugar nesses dois momentos. Primeiramente, é a sífilis que possui tecnologia de tratamento efetivo e a AIDS não: no início do século XX, a superação da sífilis foi significada como uma vitória da tecnologia e da medicina, enquanto o surgimento da AIDS representou os limites das ciências modernas e a reemergência das infecções epidêmicas. Já em meados dos anos 2000, no âmbito da persistência e avanço da sífilis no Brasil, é a AIDS que é concebida como a doença que representa os avanços das tecnologias terapêuticas.

As preocupações com o crescimento da sífilis no Brasil começaram relacionadas à sua manifestação em recém-nascidos. Nesse sentido, as comparações com o HIV-/AIDS focaram nas estratégias de controle de sua transmissão vertical. Essa experiência, considerada bem sucedida, cumpre um importante papel na incompreensão do crescimento contemporâneo da sífilis congênita. Afinal, se conseguimos controlar a transmissão vertical do HIV/AIDS, porque não conseguimos com a relação a essa outra doença?

A AIDS não é utilizada somente para fornecer respostas para o crescimento da sífilis, mas também para formular as perguntas. Desse modo, também estrutura uma espécie de frustração: o Brasil fracassa em sua tentativa de controlar a sífilis. A vitória em relação a uma reverbera na derrota com referência à outra.

O conceito de evento sentinela está vinculado a essa ideia de falha: se o caminho natural da sífilis congênita era o seu controle e erradicação, sua ocorrência só pode indicar um equívoco no cumprimento dos protocolos de sua prevenção e tratamento. Dessa forma, a sífilis congênita irá se tornar o marcador de um erro no funcionamento do sistema de saúde. Como expressa Duarte, autor do editorial *Sífilis e gravidez... e a história continua*: “Elevadas taxas [...] da sífilis congênita são consideradas marcadores epidemiológicos seguros da falência da saúde em determinada área” (DUARTE, 2012, p. 50). No caso da transmissão vertical da sífilis as atenções irão se dirigir, principalmente, para a rede de assistência pré-natal.

Assim como a sífilis foi um instrumento para a compreensão da AIDS, argumento que essa última também foi importante para o desenvolvimento determinadas percepções sobre a primeira. A experiência da AIDS faz crer que o controle da sífilis não seria tão difícil, visto a existência de meios diagnósticos estabelecidos e a disponibilidade de tratamento eficaz para o seu tratamento. É esta maneira de abordar o problema, caracterizada pela comparação entre as duas doenças, que produz um sentimento de incompreensão: Afinal, por que a sífilis cresce? Uma vez que ainda não foi possível responder a essa pergunta, a doença segue sendo um evento sentinela, marcador de um erro do sistema de saúde e ícone de um enigma no âmbito das ciências modernas.

Susan Sontag (2007) afirma que a utilização da sífilis como metáfora, nos séculos XVIII e XIX, foi limitada porque a doença não era vista como misteriosa, no sentido que as causas da infecção eram conhecidas e compreendidas como consequência de uma ação singular, no caso, relações sexuais. A autora afirma que “doenças entendidas como meramente epidêmicas tornaram-se menos úteis enquanto metáforas” (SONTAG, 2007, p. 37).

Nesse sentido, para o desenvolvimento da doença como metáfora é importante que não haja causa única que explique seu surgimento, justamente os

casos da tuberculose nos séculos XVII e XIX e do câncer no período contemporâneo, também analisados por Sontag (2007):

A ideia de que uma doença pode ser explicada apenas por uma variedade de causas é exatamente a característica da reflexão acerca de doenças cuja causa não é compreendida. E as doenças tidas como determinadas por múltiplas causas (ou seja, doenças misteriosas) são aquelas com mais largas possibilidades de uso como metáforas para o que é visto como moral e socialmente errado. (SONTAG, 2007, p. 33).

O aumento dos casos apresentados pela sífilis congênita no Brasil a partir da década de 2000 gerou um sentimento de incompreensão acerca de suas causas, bem como a profusão de uma variedade de hipóteses para a formulação de explicações para o fenômeno. A sífilis voltou a ser uma doença misteriosa, que desafia a racionalidade médica e para a qual não há respostas decisivas. O enigma da sífilis, dessa vez, não diz respeito às causas de sua infecção ou a como curá-la, mas aos motivos que provocam o seu crescimento. Nesse processo, a sífilis se torna, novamente, carregada de significados.

Se a sífilis foi protagonista em variados episódios de inovação no desenvolvimento das ciências médicas, no que diz respeito a tecnologias de detecção e tratamento, bem como de vigilância e repressão, no caso da reemergência de sua epidemia no Brasil, ela serve de metáfora para o fracasso e para o erro. Não mais uma ameaça da natureza, a sífilis hoje designa desordem social e política.

Passo às considerações finais. Retomo os argumentos, conceitos e estratégias metodológicas que forneceram sustentação a esse trabalho, bem como desenvolvo reflexões de cunho mais geral com base na exposição apresentada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa tese de doutorado contou parte da história da reemergência da epidemia de sífilis no Brasil. Descrevi os processos que, ao longo da realização do trabalho de campo, identifiquei como constituintes dessa realidade: a visibilidade assumida pela doença ao longo do período de escassez do medicamento de primeira escolha para o seu tratamento (capítulo um); a transformação dos dados produzidos pelo sistema de vigilância brasileiro em fiéis tradutores de suas tendências epidemiológicas (capítulo dois), caso que contou com a elaboração de uma investigação comparativa com referência ao contexto português (capítulo três); a constituição da sífilis como evento sentinela e como metáfora de fracasso das políticas de saúde destinadas ao seu controle (capítulo quatro).

Ainda que indicadores e estatísticas em saúde não sejam protagonistas em todos os capítulos apresentados, a relação entre os processos de fabricação desses objetos e as disputas acerca de como compreender e descrever a sífilis constituiu a problematização central para a concepção e o desenvolvimento dessa pesquisa. Nesse sentido, como questão fundamental a ser desdobrada pelo trabalho de campo etnográfico, propus a seguinte indagação: de que maneira a sífilis foi classificada como uma epidemia no Brasil e como os dados epidemiológicos produzidos pelo sistema de vigilância nacional participaram desse processo?

Os capítulos dois e três, que tratam da subnotificação da sífilis no Brasil, da instituição da notificação eletrônica e da categoria HSH em Portugal, abordam diretamente o processo de produção de indicadores em saúde e seus efeitos na leitura e interpretação das tendências epidemiológicas da doença; enquanto os capítulos um e quatro descrevem a formação dos contextos em que esses dados foram mobilizados para a definição da sífilis como epidemia. Nessas considerações finais exploro essas relações entre os capítulos apresentados.

Contudo, antes menciono aspectos teóricos e históricos da constituição da relação entre estatística e verdade, relevantes para a construção da proposta desse trabalho, e exponho como a problematização desse vínculo se fez presente nos rumos da análise empreendida.

Estatísticas em saúde e realidade epidemiológica

Segundo Hacking (1992), a estatística possui três papéis ou funções: descritivo (enumerar e relatar fenômenos), inferencial (redução de dados e generalizações) e modelador (modelos matemáticos, que operam o conceito de probabilidade, para representar um objeto ou fenômeno percebidos na realidade).

Os indicadores da sífilis em questão nessa pesquisa, ou seja, as suas taxas de incidência⁹², correspondem à terceira função descrita pelo autor. Trata-se de cálculos (divisão do número de notificações por um denominador fixado – 100.000 habitantes para sífilis adquirida e 10.000 nascidos vivos para sífilis congênita e em gestante) que operam o conceito de probabilidade.

Uma vez que contabilizam somente os casos novos, ou seja, os diagnósticos positivos que ocorreram em um determinado ano de uma série histórica, as taxas de incidência são uma medida do risco da população designada pelo denominador de adquirir o agravo ao qual se refere. Quanto mais altos seus valores, maiores as chances de passagem de um estado (saúde) a outro (doença). Dessa forma, nesse tópico dou destaque ao papel da probabilidade na consolidação da estatística como uma via de acesso à verdade dos fenômenos que estuda.

A estatística, ao longo de sua trajetória no âmbito da história das ciências modernas, se constituiu como uma poderosa ferramenta de objetificação. Tal propriedade esteve presente já desde o início de seu estilo de raciocínio (HACKING, 1992), quando da realização das primeiras contagens para fins de cobrança de impostos e de registros de nascimento e morte, ainda no século XVI.

Contribuiu também para a formação de seu poder persuasivo sua dupla referência em dois importantes e tradicionais campos de solidificação de regimes de verdade: o da ciência e o do estado. Nesse sentido, como exemplos maiores dessa conexão destaca-se a emergência da medicina social no século XVIII, baseada em intervenções coletivas levadas a cabo através de procedimentos de vigilância, cujo

⁹² A taxa de incidência da sífilis é o dado epidemiológico mais elementar gerado pelo sistema de vigilância, pois é o que serve de base para produção de diferentes recortes populacionais, espaciais e temporais da distribuição da sífilis.

objetivo era a maximização dos índices de saúde do corpo social (FOUCAULT, 1979), e também o advento da biopolítica, forma de exercício do poder fundada na gestão estatal da vida biológica (FOUCAULT, 1988)

Contudo, é com o advento do cálculo de médias e do exame de suas estabilidades no século XIX, elaboradas em contraposição à imponderabilidade de ações individuais, que se consolida e se amplia o poder de objetificação das estatísticas (DESROSIÈRES, 1998). Para isso, foi fundamental que o conceito de probabilidade deixasse de ser concebido como uma medida de ausência de conhecimento (linha subjetiva ou epistêmica, século XVIII), e começasse a ser observado com relação à distribuição de suas regularidades, de maneira a ser utilizado para a reivindicação de leis sociais (linha frequentista, século XIX) (DESROSIÈRES, 1998)⁹³⁹⁴. A probabilidade passou a ser objeto de análises estatísticas.

Essa inovação teórica foi responsável pela criação de um novo objeto, coeso e transcendente: uma população caracterizada por medias e dispersões padronizadas, compreendidas agora como propriedades objetivas do mundo (HACKING, 1992). Tornou-se possível a elaboração de generalizações que encarnassem constâncias macrossociais, de modo a superar as singularidades das contingências e a aleatoriedade de eventos, o que, de acordo com Hacking (1990) fez da probabilidade o conceito de maior sucesso ético e epistemológico do século XX.

A consolidação da estatística como um estilo de raciocínio envolveu a sua fixação como um novo tipo de verdade, que não mais necessita de embasamentos retóricos para sua afirmação, visto que produz seus próprios padrões de objetividade (HACKING, 1992). Dessa forma, essas ferramentas se tornam “menos algo moldado por interesses, e mais uma fonte inquestionável sobre o qual qualquer interesse tem de lidar” (HACKING, 1992, p. 132). Nas palavras de Hacking:

Um estilo de pensamento se fixa na medida em que se transforma em um modo autônomo de ser objetivo sobre uma ampla série de fatos, armado com sua própria autoridade, e disponível como ferramenta neutra para qualquer projeto ou ideologia que procure se desenvolver. Promove novos critérios de verdade, novas bases de

⁹³ Tanto Hacking (1992) quanto Desrosières (1998), mencionam Quetelet como o expoente autoral dessa inovação nos métodos de análise estatística.

⁹⁴ As primeiras regularidades estavam conectadas com o desvio: suicídio, crime, prostituição, doenças. Estava em operação a ideia de que é possível aprimorar – controlar – uma população desviante pela enumeração e classificação.

crença, novos objetos sobre os quais pode haver conhecimento. Gera uma metafísica. (HACKING, 1992, p. 132).

Ou seja, ao se consolidar como um estilo de raciocínio, a estatística se constituiu como uma via de acesso à realidade e uma linguagem na qual é possível produzir enunciados considerados verdadeiros sobre os objetos de sua atenção.

Desrosières também faz referência a essa qualidade moderna da estatística logo na primeira página de sua obra *Politics of Large Numbers*: “Estatísticas estão inscritas em práticas rotinizadas que, ao prover uma linguagem estável e amplamente aceita, ajudam a estabelecer a realidade do quadro que descrevem” (DESROSIÈRES, 1998, p. 1). Ainda segundo o autor:

“A Realidade [dos objetos] aparece como o produto de uma serie de registros materiais: quanto mais gerais são os registros – quanto mais firmemente estão estabelecidas as convenções de equivalência sobre as quais estão fundados, como resultado de investimentos mais amplos – tanto maior a realidade do produto”. (DESROSIÈRES, 1998, p. 12).

Se Hacking destaca a agência dos cálculos estatísticos na constituição das realidades que interpela, a afirmação de Desrosières faz referência ao caráter prático, manual e material do processo de sua elaboração. Os capítulos dois e três dessa tese exploram esse vínculo: as diferentes maneiras com que os indicadores em saúde são produzidos e seus efeitos na reivindicação de enunciados assumidos como verdadeiros sobre a doença.

Já o primeiro capítulo descreve a formação do contexto em que esses dados adquirem relevância: demonstrei como a sífilis foi visibilizada em publicações, tanto de mídia e imprensa quanto de natureza técnica e científica, e em debates sobre as políticas de saúde no Brasil destinadas ao seu controle.

O quarto capítulo, por sua vez, demonstrou que a reemergência da epidemia de sífilis e o conseqüente processo de escrutínio de suas causas, dentre as quais ganhou evidência o desabastecimento de penicilina, veio a dar uma resposta ao mistério que pairava sobre o seu crescimento. Esse fenômeno desafiava certezas estabelecidas no campo das ciências da saúde, que não compreendia o crescimento de uma doença que dispunha de tratamento acessível e métodos diagnósticos há bastante tempo conhecidos.

Essa pesquisa foi desenvolvida com foco nas transformações relativas às maneiras de medir, intervir e compreender a sífilis. No primeiro capítulo, descrevi as

mudanças na distribuição de penicilina no Brasil, promovidas em função de seu desabastecimento, que precarizaram as respostas do sistema de saúde ao avanço da doença. No segundo e terceiro capítulos, tratei de alterações nos processos de produção de dados epidemiológicos sobre a sífilis no Brasil e em Portugal, em específico a elaboração de novos cálculos de subnotificação e a informatização de dispositivos de registro e comunicação de casos ao sistema de vigilância, respectivamente. No último capítulo, demonstrei que a reemergência da epidemia de sífilis no Brasil envolveu a formação de uma nova percepção sobre a doença, não mais protagonista de uma narrativa de sucesso das ciências médicas, mas uma metáfora de seus limites.

O foco dessa pesquisa em processos de transformação não foi arbitrário. Segundo Desrosières (1998), mudanças e alterações na elaboração de ferramentas estatísticas são consequências de disputas relativas a seus usos. Ao mesmo tempo em que indicadores em saúde fornecem uma linguagem para a compreensão das doenças, são também alvo de contestação com referência a essas mesmas realidades. É em função de se encontrarem em tal posição que um espaço compartilhado e político de debate é criado em seu entorno (Desrosières, 1998).

Foi nesse espaço que conduzi o trabalho de campo etnográfico. Seguindo uma instrução de Hacking, para quem no estudo da vida pública dos conceitos “[i]mporta mais o que é dito, do que o que é pensado” (HACKING, 1992, p. 141), o universo empírico dessa tese foi conformado principalmente por publicações e enunciados impressos, disponíveis e acessíveis ao escrutínio público. Já a análise foi conduzida de maneira a apresentar os indicadores em saúde da sífilis como produtos históricos, pontuados por translações e interpretações conflitantes.

A busca por transformações nas formas de medir e compreender a sífilis em um espaço público de debate acompanhou a orientação de Desrosières, para quem a “[a] história da gestação das técnicas abre um espaço de conexão entre as linguagens técnicas e seus usos no debate social e científico” (DESROSIÈRES, 1998, p. 1). Objetivei mapear esse debate no que diz respeito à definição da sífilis como epidemia no Brasil.

Passo a fazer referência às maneiras pelas quais esse conceito epidemiológico passou a designar a realidade da sífilis no Brasil. Irei retomar em maiores detalhes o percurso percorrido pelos capítulos expostos, de modo a abordar

como essa questão foi trabalhada ao longo dos tópicos e argumentos desenvolvidos nesse trabalho.

Sífilis e sua classificação como epidemia

Na introdução expus as orientações teórico-metodológicas que considerei apropriadas e pertinentes para endereçar a questão central dessa pesquisa: como a sífilis foi definida como uma epidemia no Brasil?

Dessa forma, esse foi um estudo etnográfico de categorias e sistema de classificações, tal como sugerido por Bowker e Star (1999). A proposta dos autores, inserida no campo de Estudos Sociais em Ciência e da Tecnologia, incide sobre a investigação empírica de esquemas de organização de fenômenos, eventos e objetos por meio dos quais percebemos o mundo em que atuamos. Para além de meros dispositivos de descrição e representação, os autores propõem uma abordagem que considera tais esquemas como processos materiais e práticos, implicados com as realidades que interpelam por meio de uma relação de produção mútua (BOWKER, STAR, 1999).

No primeiro capítulo, argumentei que a sífilis foi novamente classificada como epidemia no Brasil em meio ao período de desabastecimento de penicilina, um fenômeno global que afetou o país a partir do final do ano de 2014. Demonstrei que durante o curso desse evento (LATOURET, 2001) se consolidou uma intensa produção discursiva sobre a sífilis, veiculada tanto em publicações de mídia e imprensa quanto em espaços institucionais de avaliação e deliberação de políticas de saúde, que estabeleceu a escassez do medicamento de primeira escolha para o seu tratamento como uma das principais causas da tendência de aumento dos casos.

Esse capítulo também demonstrou que a sífilis, um agravo há bastante tempo considerado secundário no conjunto das Doenças Sexualmente Transmissíveis, precisou ser alçada a uma posição de destaque para que seu crescimento fosse compreendido como uma epidemia. A visibilidade promovida pelo desabastecimento de penicilina contribuiu para o estabelecimento e difusão desta forma de classificar a sífilis.

Os capítulos dois e três abordaram diretamente a produção de indicadores em saúde, no Brasil e em Portugal. Descrevi os processos que levaram os dados fabricados sobre a sífilis pelos sistemas de vigilância desses países a serem percebidos como parâmetros seguros para a descrição de suas realidades epidemiológicas.

No capítulo dois foquei em mudanças de cálculo da subnotificação da sífilis, que abordei por meio do conceito de escala (TSING, 2006, 2012; CARR, LAMPERT, 2016), no sentido de tomá-las como objetos de estudo através das dificuldades que impõem ao projeto de dimensionamento epidemiológico da doença. Afirmei que mudanças nas formas de medir a subnotificação da sífilis – que deixou de ser concebida como a diferença entre casos estimados e notificados e passou a ser determinada pela diferença entre os valores das taxas de notificação da “sífilis congênita” e da “sífilis em gestantes” – foram utilizadas para alegar a veracidade dos números que indicavam que a doença era uma epidemia no Brasil, o que inclusive levou o país a abandonar a perspectiva de eliminação de sua transmissão vertical.

Argumentei que essa é uma das formas pelas quais uma epidemia se estabelece: quando seu crescimento inviabiliza projetos que imaginaram a sua erradicação. Os dados epidemiológicos produzidos em torno da “sífilis em gestante” foram fundamentais para esse processo: essa categoria de notificação foi criada em meio a um projeto de eliminação da transmissão vertical da sífilis na região da América Latina e do Caribe, contudo, os números que produziu foram decisivos para a sua constituição como epidemia.

Já no capítulo três tratei de descrever os mecanismos de implementação e desenvolvimento da notificação eletrônica em Portugal, uma inovação nas plataformas de registro e comunicação dos casos declarados em seu sistema de vigilância. Destaquei os efeitos dessa tecnologia na elevação dos valores dos indicadores da sífilis, o que levou esse fenômeno a ser compreendido como o “recrudescimento de uma doença controlada”. Os dados epidemiológicos fabricados por meio da notificação eletrônica tornaram-se a instância privilegiada para afirmar a realidade do crescimento da sífilis em Portugal.

Ainda no capítulo três, descrevi a formação de uma rede de testagem de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Portugal composta de Organizações Não-

Governamentais, voltada especificamente para *Homens que fazem Sexo com Homens*. A criação, ampliação e estabilização de uma estrutura de rastreamento direcionada a essa população a inscreveu como um segmento de destaque nas tendências epidemiológicas da sífilis no país. Por meio do estudo desse caso, argumentei que grupos prioritários não devem ser considerados somente como o reflexo da distribuição de doenças, de modo que se constituem também como instrumentos mobilizados nos processos de forja dessas realidades.

A consistência dos objetos está associada à confiabilidade de suas medidas. Os capítulos dois e três constituem exemplos de diferentes maneiras por meio das quais esse processo é objetivado: Com referência ao sistema de vigilância brasileiro, o caráter fidedigno dos indicadores da sífilis é produto de mudanças em “ferramentas cognitivas de generalização” (DESROSIÈRES, 1998), qual sejam alterações no cálculo da subnotificação. Já no caso português, esses objetos foram considerados críveis por meio de transformações “no controle de coleta e tratamento técnico dos dados” (DESROSIÈRES, 1998), em específico, a criação de uma plataforma informatizada para a consecução dos procedimentos de notificação de doenças.

Enquanto no Brasil as tendências epidemiológicas foram construídas por meio de esforços para aperfeiçoar as formas de determinar a quantidade de casos não notificados ao sistema de vigilância, em Portugal o efeito de realidade dos dados epidemiológicos envolveu a constituição de dispositivos que aumentaram o número de notificações da sífilis. Em um caso, a confiabilidade dos indicadores da sífilis se vincula ao desenvolvimento de estratégias que ambicionaram contar a subnotificação, no outro, esse efeito está relacionado a um projeto que objetivou somar casos àqueles declarados ao sistema de vigilância. Para o sistema brasileiro estava em questão saber se os dados já registrados eram reais, já o sistema de vigilância português construiu essa realidade ampliando o número de notificações.

No capítulo quatro descrevi quais eram as percepções sobre a sífilis e os desafios para seu controle que vigoravam anteriormente a sua definição como epidemia no Brasil, mas especificamente entre os anos de 2005 e 2015. Argumentei que comparações estabelecidas entre a resposta do sistema de saúde brasileiro com relação a AIDS e a sífilis, realizadas no âmbito de uma produção discursiva inscrita em editoriais do campo das ciências da saúde, estruturou uma

imagem de fracasso com relação à segunda, bem como consolidou uma aura de mistério sobre a sua persistência histórica e crescimento contemporâneo. Para isso, propus uma comparação de comparações: analisei de maneira relacional diferentes momentos em que o HIV/AIDS e a sífilis serviram, uma e outra, de referência para a construção de inteligibilidades com referência a ambas.

Esse capítulo apresentou eixos para a elaboração de uma pré-história da reemergência da epidemia sífilis no Brasil e demonstrou que esse fenômeno não é somente resultado de rupturas e mudanças de caráter mais imediato, como o advento do desabastecimento de penicilina ou alterações nas formas de cálculo de sua subnotificação. A reemergência da epidemia de sífilis no Brasil foi também gestada pelo enigma que rondava seu crescimento e pela instrumentalização da doença como um equívoco na aplicação dos procedimentos do sistema de saúde brasileiro para a sua prevenção e tratamento.

Em suma, foi quando o desabastecimento de penicilina (capítulo um) entrou no rol de justificativas para explicar o mistério do crescimento da sífilis, (capítulo quatro), que a doença passou a ser descrita como epidemia. Esse processo classificatório exigiu que os dados epidemiológicos produzidos sobre a sífilis fossem considerados reais, para o que contribuiu a elaboração de uma nova forma de medir a sua subnotificação (capítulo dois), objeto que descrevi por meio de uma comparação com o caso português (capítulo três).

Assim, se na introdução afirmei que indicadores em saúde foram selecionados como o campo privilegiado para explorar o problema de pesquisa proposto, e os capítulos dois e três desenvolveram essa orientação, os capítulos um e quatro demonstraram que a agência desses objetos em práticas de classificação epidemiológica de doenças é também resultado das formas com que essas são interpeladas pelas políticas de sistemas de saúde e percebidas com relação a outras doenças.

Estatísticas de saúde, indicadores e dados epidemiológicos não atuam em cenários neutros ou em vácuos políticos e científicos. Diferentemente, seus efeitos de realidade se materializam em conjunturas formadas por processos de criação e de adensamento de significados. Esses podem ser mais longos, como a constituição de metáforas em torno de doenças, ou mais repentinos, como a ruptura de fornecimento de medicamentos essenciais para seu controle.

Apesar do título dessa tese questionar “Afinal, por que a sífilis cresce?”, esse trabalho não objetivou descobrir as razões para esse fenômeno. Diferentemente, procurei analisar de que maneira foram construídas as respostas destinadas a fornecerem as explicações. Para além de afirmar que tal ou qual fator é a causa do crescimento da sífilis no Brasil, argumentei que a definição dessa tendência epidemiológica como epidemia foi o resultado da ação de indicadores de saúde situados em contextos específicos.

Nesse sentido, essa foi uma pesquisa sobre a conceitualização de doenças. Defendo que esses processos podem ser abordados como objetos de estudo por meio da investigação etnográfica de métodos de detecção e monitoramento e suas práticas de construção de indicadores e produção de dados epidemiológicos. Argumento, ainda, que essa estratégia teórico-metodológica permite endereçar o duplo vínculo entre ciência e estado que é constituinte das estatísticas modernas, como já referido (HACKING, 1992).

Ou seja, através do estudo das técnicas de gestão desses instrumentos e dos aparatos materiais e burocráticos envolvidos em sua produção, é possível descrever os nexos entre a fabricação científica do estado e a produção estatal da ciência. Ou, como no caso dessa tese, as conexões entre o uso da estatística para a elaboração de políticas públicas, e a produção de taxas e indicadores pelo sistema de saúde, respectivamente.

Essa perspectiva deve exigir que técnica e realidade não sejam separadas, ou sociedade e natureza, conceito e prática. Essa é uma alternativa para explorar a natureza política das práticas de vigilância epidemiológica, pois lembra que elas forjam aquilo que consideramos da ordem do real.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de; CARVALHO, Eduardo M. Freese de; LIMA, Luci Praciano. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 1, p. 7-14, 2002.

ALCABES, Philip. **Dread: How Fear and Fantasy Have Fueled Epidemics from the Black Death to Avian Flu**. New York: Public Affairs, 2009.

ALVEZ, R.L, RIBEIRO, A.C.S; MINARINI, L.A.R. O impacto do desabastecimento de penicilina no tratamento da sífilis: crise na relação entre uma doença antiga e um tratamento antigo, porém eficaz [Internet]. São Paulo: **Instituto de Ciência Ambientais, Químicas e Farmacêuticas, UNIFESP**; 2020. Disponível em: https://caec.diadema.unifesp.br/images/01_07_-_Desabastecimento_de_Penicilina.pdf (acesso em 08/01/2023).

AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [online], v. 34, n. 2, p. 52-55, 2012.

ANDERSON, Warwick. **Colonial Pathologies: American Tropical Medicine, Race, and Hygiene in the Philippines**. Durham, NC: Duke University Press, 2006.

ARAUJO, Rachel Sarmeiro. **A crise do desabastecimento da penicilina benzatina e o impacto na sífilis congênita**: um estudo ecológico no município do Rio de Janeiro. Tese de doutorado defendida pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. UERJ, 2019.

ARNOLD, David. **Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth Century India**. Berkeley, CA: The University of California Press, 1993.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. **Lei número 81**. Portugal, 2009.

_____. **Portaria 248**. Portugal, 2013.

BAER, Hans; SINGER, Merrill; SUSSER, Ida. **Medical Anthropology and the World System**. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, 2003.

BASHFORD; HOOKER. **Contagion: Historical and Cultural Studies**. Londres: Routledge, 2001.

BASTOS, Cristiana. **Clínica, arte e sociedade**: a sífilis no Hospital do Desterro e na saúde pública. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2011.

_____. Entre mundos: Thomaz de Mello Breyner e a clínica de sífilis do Desterro, Lisboa. In: SANGLARD, G. et al. (Editores). **Filantropos da nação**:

sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

BASTOS, Nilo Chaves de Brito. **SESP/FSESP: 1942 – Evolução Histórica – 1991**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996.

BIEHL, João. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 17, n. 35, p. 227-256, 2011.

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

BRANDT, Allan. **No magic bullet: A social history of venereal disease in the United States since 1880**. New York and Oxford: Oxford University Press, 1985.

_____. How AIDS invented global health. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 368, n. 23, p. 2149-2152, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. AIDS. **Boletim epidemiológico**, Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. AIDS. **Boletim epidemiológico**, Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. AIDS. **Boletim epidemiológico**, Brasília, 2006.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. AIDS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. AIDS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. AIDS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. AIDS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. AIDS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2011.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SÍFILIS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2012.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SÍFILIS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2015.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SÍFILIS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2016.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SÍFILIS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2017.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SÍFILIS. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2018.

_____. Ministério da Saúde. SÍFILIS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2019.

_____. Ministério da Saúde. SÍFILIS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**, Brasília. 2020

_____. Secretaria Geral da Presidência da República. **Medida Provisória 754**. 2016a.

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

_____.**The Pandemic Perhaps**: Dramatic Events in a Public Culture of Danger. Berkeley, CA: The University of California Press, 2015

CAMARGO Jr., Kenneth R. Aids e a Aids das ciências. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. 1994, v. 1, n. 1 [Acessado 23 Outubro 2022] , pp. 35-60. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59701994000100005>>. Epub 24 Jul 2006. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701994000100005>.

CAMPOS, M. A. **Building up the first cohort of Portuguese MSM**: HIV incidence and behavioural changes. 14th EACS. 2013

CARR, E; LEMPERT, M. **Scale**: Discourse and Dimensions of Social Life. Oakland: University of California, 2016. Press.

CARRARA, Sérgio. **Tributo a Vênus**: a luta contra a sífilis no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CARVALHO, C. et al.: **Description of Portuguese EMIS participants**. FEMP, Stockholm, 2011.

CARVALHO, C. et al.: **HIV-testing among MSM in Portugal**, Copenhagen (English) 2012

CARRARA, Sérgio; CARVALHO, Marcos. A sífilis e o aggiornamento do organicismo na psiquiatria brasileira: notas a uma lição do doutor Ulysses Vianna. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, p. 391-399, 2010.

CASTRO, Luisa; HENDRICKX, Kim. Winged promises: Exploring the discourse on transgenic mosquitoes in Brazil. **Technology in Society**, n.35, 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002**. MMWR Recomm Rep. v. 10, n. 51, p. 1-78, 2002.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Gonorrhea among men who have sex with men--selected sexually transmitted diseases clinics, 1993-1996**. MMWR. Morbidity and mortality weekly report vol. 46, n. 38, p. 889-92, 1997.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Resurgent bacterial sexually transmitted disease among men who have sex with men--King County, Washington, 1997-1999**. MMWR. Morbidity and mortality weekly report vol. 48, n. 35, p. 773-7, 1999.

CFM, SBP, FEBRASGO. **Alerta à sociedade brasileira**. 2016. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-sbp-e-febrasgo-alertam-sobre-epidemia-da-sifilis-congenita/> (Acesso em 10/01/2023)

CHAVES, Luisa Arueira et al. Desabastecimento de medicamentos na literatura científica da saúde: uma revisão narrativa. **Physis**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, 2019.

COFEN. **Decisão n. 008**. 2014

COFEN. **Nota técnica 03**. 2017.

CONITEC. **Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez**. Ministério da Saúde, 2015.

COOPER, J.R. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil – Mais avanços são necessários!. **Revista Paulista de Pediatria** (English Edition), Volume 34, Issue 3, September 2016, Pages 251-253.

COSTA, Maria Conceição da.; OSADA, Neide Maymi. Biopolítica de uma “sífilis” hereditária no sertão nordestino: Resistências à modernidade?. **Redes**, vol. 42, n. 42, pp.133-151, 2016.

COSTA, Maria da Conceição da.; SILVA Renan Gonçalves Leonel da. A dinâmica do conhecimento biomédico e em saúde: uma interpretação sociológica. **Sociologias**, vol. 21, n. 50, pp. 18–47, 2019.

CZERESNIA, Dina. Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.75-94, 1997.

DEAN, L., and Meyer, I.: HIV prevalence and sexual behavior in a cohort of New York city gay men (aged 18-24). **J Acquir Immune Defic Syndr** 8:208-211 (1995).

DETELS, R., et al.: Seroconversion, sexual activity, and condom use among 2915 HIV seronegative men followed for up to 2 years. **J Acquir Immune Defic Syndr** 2: 77-83 (1989).

DIAS, Isabel; et al. **Relatório Final**. Infecção por VIH entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH): fatores de Risco e novas trajetórias de seropositividade. Direção Geral de Saúde. 2016.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Circular Normativa 1/DSIA**, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Doenças de Declaração Obrigatória**. Lisboa, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Doenças de Declaração Obrigatória**. Lisboa, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Doenças de Declaração Obrigatória**. Lisboa, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Doenças de Declaração Obrigatória**. Lisboa, 2016

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Doenças de Declaração Obrigatória**. Lisboa, 2017

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas**, Lisboa, 2004

_____. Lisboa, Ministério da Saúde. **volume II 2004-2010**. 2004

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Monitorização do SINAVE**, Lisboa, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **A Saúde dos Portugueses: Perspectiva**. Lisboa, 2015.

DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (DAF) – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Apresentação em audiência pública** – Congresso Nacional. 2015.

DUARTE, G. Sífilis e gravidez...e a história continua!. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. 2012, v. 34, n. 2.

DUARTE, L. **“A AIDS tem um corpo de mulher”**: discursos sobre o corpo e a feminização da epidemia. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2018.

DJURIC, Marija; ROBERTS, Charlotte. Palaeopathological Evidence of Infectious Disease in Skeletal Populations from Later Medieval Serbia. **International Journal of Osteoarchaeology**. n.11, 2001.

ECHEVERRIA, Virginia. Girolamo Fracastoro y la invención de la sífilis. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.877-884, 2010.

Ekstrand, M. L., and Coates, T. J. Maintenance of safer sexual behaviors and predictors of risky sex: the San Francisco men's health study. **AmJ Public Health** 80: 973-977, August 1990.

EUROFARMA. **Apresentação em audiência pública** – Congresso Nacional. 2015.

EUROPEAN CENTER FOR DISEASE CONTROL (ECDC). **EMIS-2017 The European Men-Who-HaveSex-With-Men Internet Survey Key findings from 50 countries**. ECDC, 2019.

FASSIN, Didier. **When Bodies Remember: Experiences and Politics of AIDS in South Africa**. Berkeley, CA: The University of California Press, 2007.

FEE E. Sin vs. science: venereal disease in Baltimore in the twentieth century. **J Hist Med Allied Sci**. 1988 Apr;43(2):141-64.

FEIERMAN, Steven; JANZEN, John. **The Social Basis of Health and Healing in Africa**. Berkeley, CA: The University of California Press, 1992.

FIGUEIRA, Flávia Jandira Alberto. **Infeções sexualmente transmissíveis (clamídia, sífilis, gonorreia e vírus de imunodeficiência humana) em homens que fazem sexo com homens: Portugal (2015-2017)**. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública e Desenvolvimento. Universidade Nova de Lisboa. 2018.

FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino de, et al. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.3, 2020.

FIGUEIRÓ-FILHO, E.A. Sífilis e gestação: até quando? **Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Vol.24. n. 2: 75-7.

FLECK, Ludwik. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Tradução, Georg Otte, Mariana Camilo de Oliveira. Belo Horizonte: Fabrefactum. 1.ed., 1935. 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1: A vontade de saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

_____. **The Archaeology of Knowledge**. New York: Pantheon Books, 1982.

_____. **O nascimento da clínica**. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2011

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.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande e senzala**. Rio de Janeiro: Schmidt, 1933.

FUERTES R et al: **Substance use among Portuguese MSM**. FEMP, Stockholm 2011.

GILMAN, S. AIDS and Syphilis: The Iconography of Disease. **AIDS: Cultural Analysis/Cultural Activism**. Vol. 43, 1987, pp. 87-107.

GRUPO DE ATIVISTAS EM TRATAMENTO (GAT.). **Rede de Rastreo comunitária**: Resultados. O maior estudo português sobre o VIH, hepatites víricas e infeções sexualmente transmissíveis. 2016.

GUIMARÃES, KEILA. **Países recorrem a empresas banidas para garantir oferta da penicilina**. Folha de São Paulo. 2017.

HACKING, Ian. The taming of chance. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

_____. "Statistical Language, Statistical Truth and Statistical Reason: The Self-Authentication of a Style of Reasoning," E. McMullin, (ed.), **Social Dimensions of Science**, Notre Dame, pp. 130–157, 1992.

HARDON, Anita; DILGER, Hansjörg. Global AIDS medicines in East African health institutions. **Medical Anthropology**, v.30, n.2, 2011.

HENRIQUE, Márcio Couto; AMADOR, Luiza Helena Miranda. Da Belle Époque à cidade do vício: o combate à sífilis em Belém do Pará, 1921-1924. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.359-378, 2016.

HERRING, Ann; SWEDLUND, Alan (eds). **Plagues and Epidemics: Infected Spaces Past and Present**. New York: Berg, 2010.

HESSOL, N. A., et al.: Prevalence, incidence, and progression of human immunodeficiency virus infection in homosexual and bisexual men in hepatitis B vaccine trials, 1978-1988. **AmJ Epidemiol** 130: 1167-1175 (1989).

HOPPE, Arden. **Lords of the Fly: Sleeping Sickness Control in British East Africa, 1900–1960**. Santa Barbara: Greenwood Publishing Group, 2003.

INHORN, Marcia; BROWN, Peter. The anthropology of infectious disease. **Annual Review of Anthropology**, v.19, n.1, 1990.

IOMMI ECHEVERRIA, Virginia. Girolamo Fracastoro y la invención de la sífilis. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro**, v.17, n.4, p.877-884, 2010

JORNAL BRASILEIRO DE PATOLOGIA E MEDICINA. Alexander Fleming e a descoberta da penicilina. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial** [online]. 2009, v. 45, n. 5

KATZ, M H et al. "Continuing high prevalence of HIV and risk behaviors among young men who have sex with men: the young men's survey in the San Francisco Bay Area in 1992 to 1993 and in 1994 to 1995." **Journal of acquired immune deficiency syndromes and human retrovirology** : official publication of the International Retrovirology Association vol. 19,2, p. 178-81, 1998.

KATZ, M H et al. "Temporal trends of opportunistic infections and malignancies in homosexual men with AIDS." **The Journal of infectious diseases**, vol. 170.1, p. 198-202, 1994

KATZ, M H. "AIDS epidemic in San Francisco among men who report sex with men: successes and challenges of HIV prevention." **Journal of acquired immune deficiency syndromes and human retrovirology**: official publication of the International Retrovirology Association, vol. 14, Suppl 2, p. 38-46, 1997.

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

KOJIMA, N, Klausner JD. An Update on the Global Epidemiology of Syphilis. **Current Epidemiological Report**, vol. 5, n.1, p. 24-38, 2018.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 1997.

LAW, John. Notes on the theory of the Actor-Networking: ordering, strategy and heterogeneity. **Systems Practice**, v. 5, n. 3, p. 379-373, 1992.

LATOUR, Bruno. **A Esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

_____. **Reagregando o Social**: uma introdução à Teoria do Ator-Rede. Trad. Gilson César Cardoso de Sousa. Salvador/Bauru: Edufba/Edusc, 2012.

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

LEMP, G. F., et al.: Seroprevalence of HIV and risk behaviors among young homosexual and bisexual men. **The San Francisco/Berkeley Young Men's Survey**. JAMA, vol. 272, p. 449-454, 1994.

LÉVY-BRUHL, Lucien. **Primitive Mentality**. Nova York: The MacMillan Company, 1922.

LIMA, Bruno Gil. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v.38, n.4, p.267-271, 2002.

LINDENBAUM, Shirley. Kuru, prions, and human affairs: Thinking about Epidemics. **Annual Review of Anthropology**. V.30, n.1, 2001.

LOCK, Margaret; NGUYEN, Vinh-Kim. **An Anthropology of Biomedicine**. New York: Wiley-Blackwell, 2010.

LOPES, Leonor, et al. Sífilis: Prevalência num Hospital de Lisboa. **Acta Med Port**, vol. 29, n. 1, p. 52-55, 2016.

LORENTE, N. Patterns of behaviour and attitudes towards HIV-testing, sexuality and PrEP in a European cohort of HIV-negative MSM: a latest transition analysis application (COBA-Cohort study). **21st International Workshop on HIV and Hepatitis Observational Databases**. 2017.

LÖWY, Ilana. Ludwik Fleck on the social construction of medical knowledge. **Sociology of Health and Illness**. v.10, n.2, 1988.

_____. Testing for a sexually-transmissible disease, 1907-1970: the history of the Wassermann reaction'. In: BERRIDGE, V; STRONG, P. (orgs.). **Aids and contemporary history**. Cambridge, Cambridge University Press: 1993.

_____. Ludwik Fleck e a presente história das ciências. **História Ciências e Saúde-Manguinhos**, v.1, n.1, 1994.

_____. Introduction: Ludwik Fleck's epistemology of medicine and biomedical sciences. **Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences**, n.35, 2004.

_____. **Vírus, mosquitos e modernidade**: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006

LYNTERIS, Christos. Epidemics as events and as crises: Comparing two plague outbreaks in Manchuria (1910–11 and 1920–21). **The Cambridge Journal of Anthropology**. V.32, n.1, 2014.

MACKELLAR, D; VALLEROY L, Karon J. et al. The Young Men's Survey. **Public Health Report**, vol. 111, n. 1, p. 138-144, 1996.

MARTIN, J. L.: The impact of AIDS on gay male sexual behavior patterns in New York City. **Am J Public Health**, vol. 77, p. 578-581, 1987.

MARTINS, Ana. **European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey 2010 – Resultado Portugal**. Grupo de Ativistas em Tratamento. 2016.

MEIRELES, Paula, et al. Incident risk factors as predictors of HIV seroconversion in the Lisbon cohort of men who have sex with men: first results, 2011–2014. **Euro surveillance**, vol. 20, n. 14, 2015.

MEIRELES, Paula et al. Different guidelines for pre-exposure prophylaxis (PrEP) eligibility estimate HIV risk differently: an incidence study in a cohort of HIV-negative men who have sex with men, Portugal, 2014-2018. **Euro surveillance** : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles, vol. 25, 2020

MEIRELES, Paula et al. Provision of Preexposure Prophylaxis at the Portuguese National Health Service and Uptake in the Lisbon Cohort of Men Who Have Sex with Men." **AIDS and behavior**. Vol. 25, n. 6, p. 1975-1983, 2021.

MEIRELES, Paula et al. **Eligibility for Pre-Exposure Prophylaxis in a cohort of HIV negative Men who have Sex with Men in Lisbon, Portugal** - 22rd International Workshop on HIV and Hepatitis Observational Databases (IWHOD), 2018

MESIA-MONTENEGRO, Christian. Julio Tello as a medical anthropologist: assessing the antiquity of syphilis in ancient Peru. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.541-552, 2018.

MILANEZ, H. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Why Can We not yet Face This Problem?. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 38, n. 09, 2016.

MILANEZ, H. Syphilis in Pregnancy and Congenital Syphilis: Why Can We not yet Face This Problem?. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 38, n. 09, 2016.

MILANEZ, H.; AMARAL, E. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 7, 2008.

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

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Nota técnica conjunta: 02/2015 DAF/SCTIE/MS e DDAH/SVS/MS**. Brasília, 2015

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Caderno de Boas Práticas: O uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil**. Brasília, 2015a.

_____. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das SRTVN. **Nota informativa: 109/2015**. Brasília, 2015b.

_____. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das SRTVN. **Nota informativa: 006 de 2016/GAB/DDAHV/SVS/MS**. Brasília, 2016

_____. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das SRTVN. **Nota informativa: 68**. Brasília, 2016a.

_____. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das SRTVN. **Nota Informativa: 1**. Brasília, 2017

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relação de Medicamentos Essenciais**. Brasília, 2017.

_____. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das SRTVN **Nota informativa: 2**. Brasília, 2019.

_____. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das SRTVN **Nota informativa: 4**. Brasília, 2019a.

_____. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das SRTVN **Nota informativa: 18**. Brasília, 2019b.

_____. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das SRTVN **Nota informativa: 30**. Brasília, 2019c.

NEVES, Ednalva Maciel. **Alquimia moderna: cultura e racionalidade do risco entre epidemiologistas**. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. UFRGS: Porto alegre, 2004.

OLIVEIRA, Alexandra. **Da prostituição de apartamento na cidade de Lisboa: Características e significados**. Entidade promotora: GAT – Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA – Pedro Santos. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório da 69ª Assembleia Mundial da Saúde**, 2016.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Projeto para eliminar a sífilis congênita da região da América Latina e do Caribe**. 2014.

OSMOND, D. H., et al.: HIV infection in homosexual and bisexual men 18 to 29 years of age: the San Francisco young men's health study. **Am J Public Health** 84:1933-1937 (1994)

PASSOS, Mauro; FONSECA, Cristiane. Epidemiologia das DST. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.2, p.37-47, 1990.

PAZ, L. C.; PEREIRA, G. F.; PINTO, V. M.; MEDEIROS, M. G. P. F.; MATIDA, L. H.; SARACENI, V.; et al. Nova definição de casos de Sífilis Congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.4, p.486-7, 2005.

PRECIADO, P. Aprendendo com o vírus. **El País**, 2020.

QUÉTEL, C. **Le mal de Naples**: histoire de la syphilis. Paris: Seghers, 1986

RADIS. **Sífilis é epidemia**: Infecção sexualmente transmissível cresceu 48% em um ano. 2019

RAMOS, Jr. et al. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, 2007.

RASKA, Karel. The epidemiological surveillance programme. **Journal of Hygiene and Epidemiology**, n.8, p.137-168, 1964.

REZENDE, JM. **À sombra do plátano**: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. Fleming, o acaso e a observação. pp. 241-243.

ROCHA, Miguel et al. "Urgent need for demonstration projects in Portugal to produce pre-exposure prophylaxis-related data." **International journal of STD & AIDS**. Vol. 27, n.10, p. 920-1, 2016.

ROSENBERG, Charles. **Explaining Epidemics**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

RUIZ, J et al. Risk factors for human immunodeficiency virus infection and unprotected anal intercourse among young men who have sex with men. **Sexually transmitted diseases**. Vol. 25, n. 2, 1998.

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

SANCHEZ, Erika Gretchen. Sífilis venérea: realidade patológica, discurso médico y construcción social. Siglo XVI. **Cuicuilco**, México, v.17, n.49, p.183-197, 2010.

SARAIVA, Luís Junior da Costa. **O Renascer de Vénus**: Prostituição, trabalho e saúde em tempos de SIDA (Belém-Brasil e Lisboa-Portugal). Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, especialidade em Antropologia Social e Cultural, 2009.

SEGATA, Jean. O Aedes aegypti e o digital. **Horizontes antropológicos**. Porto Alegre, v. 23, n. 48, p. 19-48, ago. 2017.

_____.El mosquito-oráculo y otras tecnologías. **Tabula rasa**: revista de humanidades. Bogotá, v.32, 2019.

SCHEPER-HUGHES, Nancy; LOCK, Margaret. Speaking 'truth' to illness: Metaphors, reification, and a pedagogy for patients. **Medical Anthropology Quarterly**, v.17, n.5, 1986.

SCHUMAKER, Lyn. **Africanizing Anthropology**: Fieldwork, Networks and the Making of Cultural Knowledge in Central Africa. Durham, NC: Duke University Press, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Informe**: A epidemia de sífilis e falta de penicilina! 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2016. **Informe**: Falta de penicilina afeta pacientes no mundo.

SONTAG, S. **Doença como metáfora e AIDS e suas metáforas**. Companhia das Letras: Rio de Janeiro, 2007.

SZWARCWALD, C. L.; BARBOSA, J. A.; MIRANDA, A. E.; PAZ, L. C.; Resultados do estudo Sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.19, n.(3-4), p.128-33, 2007.

TAYRA, Matida.; et al. Duas Décadas de Vigilância Epidemiológica da Sífilis Congênita no Brasil: A Propósito das Definições de Caso. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Vol .19, n.3-4, p.111-119, 2007.

THACKER, S. B.; BERKELMAN, R. L. Public health surveillance in the United States. **Epidemiology Review**, n.10, p.164-190, 1988.

THE EUROPEAN MSM INTERNET SURVEY (EMIS). **Community Report 1**. 2010

TSING, Anna. **Friction: An Ethnography of Global Connection**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2005.

_____.On Nonscalability: Te Living World Is Not Amenable to Precision-Nested Scales. **Common Knowledge**, v.18, n.3, 2012.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de Auditoria Operacional**. 2017.

VALDSSERI, O. et al. "Variables influencing condom use in a cohort of gay and bisexual men." **American journal of public health**. Vol. 78,7 (1988): 801-5. doi:10.2105/ajph.78.7.801

VARGAS, EDUARDO VIANA. **Entre a extensão e a intensidade**: corporalidade, subjetivação e uso de drogas. Tese de doutorado apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Ciências Humanas: Sociologia e Política.

VÁZQUEZ, G. G. H. Vênus nos braços de mercúrio, bismuto e arsênio: Notas históricas sobre sífilis gestacional antes da penicilina. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n.28, p.226–245, 2018.

WALD, Priscilla. **Contagious: Cultures, Carriers, and the Outbreak Narrative**. Durham, NC: Duke University Press, 2008.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **Informativo Epidemiológico SUS**, Brasília, n.3, p.7-26, 1998

WEEKS, Jeffrey. **Sex, politics and society**: the regulation of sexuality since 1800. Londres/N.York: Longman, 1989.