

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ANA PAULA DHEIN GRIEBELER**

**A CONCEPÇÃO SOCIAL DA SÍFILIS NO BRASIL:  
UMA RELEITURA SOBRE O SURGIMENTO E A ATUALIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial para  
obtenção do certificado de Especialização  
em Saúde Pública

**PROF. DR. DANIELA RIVA KNAUTH**

Porto Alegre  
2009

*Este trabalho é dedicado à minha mãe, Vera Lúcia  
Dhein, em singela devolução ao carinho e incentivo  
dispensados pelo seu cuidado.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por dar-me a vida e mostrar o caminho para poder realizar mais uma etapa.

Agradeço aos meus pais, Alfredo e Vera Lúcia, pela dedicação e empenho dispensados à minha formação, especialmente à minha mãe pelo esforço e apoio necessários para consolidar este momento.

Agradeço aos meus irmãos, pelo apoio e carinho dedicados.

Agradeço à minha chefia imediata, ocupada por Ana Tereza Giovanini, por compreender minhas ausências e oferecer o apoio necessário.

Agradeço aos amigos do trabalho e da vida social, que souberam compreender minhas ausências nas atividades de lazer.

Agradeço ao Coordenador, professor Dr. Roger dos Santos Rosa, pelo aprendizado, dedicação e pelo acolhimento dispensados a todos nós alunos.

Agradeço à professora Dr<sup>a</sup> Daniela Riva Knauth, pela orientação do trabalho de conclusão do curso e pelo aprendizado profissional.

Agradeço à Secretária do Curso, Raquel Muniz Barreto, pela cordialidade e o carinho em melhor atender todos nós alunos.

Agradeço aos demais professores da Universidade, que contribuíram para o aprendizado profissional.

Agradeço aos demais funcionários da Universidade, que fizeram parte do cotidiano e contribuíram com seu trabalho para a realização deste momento acadêmico.

Agradeço à equipe de documentação e pesquisa do Museu de Artes do Rio Grande do Sul (MARGS), pelo apoio e informação prestados.

Agradeço à equipe de documentação e pesquisa do Museu de História da Medicina do Rio Grande do Sul (MUHM), pelo apoio e informação prestados.

*“A história é êmula do tempo, repositório dos fatos, testemunha do passado,  
exemplo do presente, advertência do futuro.”*

Miguel de Cervantes

## RESUMO

Neste trabalho aborda-se a concepção social da sífilis no Brasil, fazendo uma relação dos elementos históricos e contemporâneos do contexto social e epidemiológico da doença na saúde pública do Brasil, por meio de uma revisão da literatura científica sobre sífilis e AIDS. As transformações do processo de manifestação da doença, desenhadas pela sua história epidemiológica, estão intrinsecamente vinculadas ao processo social contextual que dita a sua própria realidade. No período colonial a disseminação da doença considerou aspectos políticos e econômicos relacionados à demarcação territorial dos colonizadores e a miscigenação racial. Em períodos mais recentes, as epidemias que foram novamente agravadas a partir do século XIX, estiveram da mesma forma, condicionadas aos fatores políticos e econômicos de interesse nacional, desta vez, industrial e modernizador, que implicava nas condições de saúde da população massificada. Neste período, já em aspectos culturais, a doença ainda era fortemente hostilizada. O que, com certeza, tornou os doentes mais oprimidos, omissos e rebeldes ao tratamento, dificultando as primeiras tentativas de combate ao preconceito, realizadas pela categoria médica. Essa realidade epidemiológica estereotipou a prostituta como a forma luxuriosa do “mal”. Atualmente o discurso sobre o preconceito em relação à sífilis perde seu poder de estigma, sobrepondo-se o argumento científico. Contudo, a mesma discussão hoje persegue a AIDS. Há uma dissociação entre AIDS e DST. O foco maior colocado na AIDS pode reforçar uma concepção de discriminação da doença e dos doentes, elementos que as demais DST já superaram.

**Palavras-chave:** Sífilis. Concepção de doença. Sexualidade. História da medicina. AIDS.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Theoprastus Bombastus von Hohenheim	14
Figura 2 – Girolamo Fracastoro	14
Figura 3 – Paul Enrich Hoffmann (1854 – 1915)	15
Figura 4 – Fritz Schaudinn (1871 - 1906)	15
Figura 5 – Alegoria com Vênus e Cupido	16
Figura 6 – Félicien Rops (1833 – 1898)	17
Figura 7 – Hans Bock, O Velho, século XVI	18
Figura 8 – Tratamento com mercúrio	19
Figura 9 – Imagem dos porões dos navios negreiros	23
Figura 10 – Cena da Inquisição – Museu do Prado/Espanha	32
Figura 11 – Fundadores do Instituto da Profilaxia das Doenças Venéreas de Belém – PA	43
Figura 12 – Cartão de matrícula do Instituto de Profilaxia	44
Figura 13 – Asilo das Madalenas	44
Figura 14 – Carteira de Identificação Legal	45
Figura 15 – Imagem de uma carteira de identidade do serviço médico-legal	46
Figura 16 - Imagem de uma carteira de identidade do serviço médico-legal	46
Figura 17 – Prostitutas aguardando exames no Instituto de Profilaxia das Doenças Venéreas – PA	47
Figura 18 – Propagandas em prol do cuidado e da higiene individual e contra o preconceito	48
Quadro 1 – Matriz de Risco e Vulnerabilidade	59

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	8
1.2 JUSTIFICATIVA.....	8
1.3 OBJETIVOS.....	10
<b>1.3.1 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....</b>	<b>11</b>
<b>2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>11</b>
<b>3 A CONSTRUÇÃO DA CONCEPÇÃO SOBRE SÍFILIS NO BRASIL.....</b>	<b>12</b>
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS.....	12
<b>3.1.1 AS ORIGENS DA SÍFILIS.....</b>	<b>12</b>
<b>3.1.2 A CONCEPÇÃO SOCIAL DA SÍFILIS NA EUROPA :.....</b>	<b>14</b>
<b>INFLUÊNCIAS NA FORMAÇÃO DA CONCEPÇÃO SOCIAL DA SÍFILIS NO BRASIL. 14</b>	
3.2 A SÍFILIS NO BRASIL:.....	21
<b>3.2.1 O CONTEXTO SOCIOECONÔMICO:.....</b>	<b>21</b>
<b>DO COLONIALISMO AO DESENVOLVIMENTO INDUSTRIAL.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2.2 MEDICINA E SÍFILIS NO BRASIL.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2.3 RELIGIAO E SÍFILIS NO BRASIL.....</b>	<b>29</b>
<b>3.2.4 OS SIFILÍTICOS BRASILEIROS.....</b>	<b>33</b>
<b>3.2.5 AS PRIMEIRAS CAMPANHAS: UMA LUTA ANTIVENÉREA NO BRASIL.....</b>	<b>39</b>
3.3 ASPECTOS ATUAIS.....	48
<b>3.3.1 O CONTEXTO SOCIOECONÔMICO CONTEMPORÂNEO E AS EPIDEMIAS NO BRASIL.....</b>	<b>48</b>
<b>3.3.2 MEDICINA E SÍFILIS: DESAFIOS ATUAIS NO PAÍS.....</b>	<b>49</b>
<b>3.3.3 O PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS.....</b>	<b>52</b>
<b>3.3.4 A RELAÇÃO SÍFILIS X AIDS.....</b>	<b>52</b>
<b>3.3.5 SÍFILIS GESTACIONAL x SÍFILIS CONGÊNITA.....</b>	<b>55</b>
<b>3.3.6 GRUPOS ATUAIS DE RISCO E VULNERABILIDADE.....</b>	<b>57</b>
<b>3.3.7 AS NOVAS CAMPANHAS: O ENFOQUE DST/AIDS NO BRASIL.....</b>	<b>59</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>65</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

Este trabalho é fruto de um interesse pessoal da autora, que aprecia e valoriza o conhecimento histórico, acreditando ser este um instrumento importante do saber para a compreensão da realidade de qualquer assunto que possua uma relevância científica para a sociedade.

Em termos de Saúde Pública, o conhecimento histórico aqui considerado pretende desvelar elementos históricos da sífilis no Brasil que, em vários aspectos, teceram a realidade cultural e epidêmica da doença no país ao longo de sua existência. A partir deste conhecimento é possível interpretar e refletir sobre elementos atuais que a doença, mesmo sendo curável, ainda hoje traz desafios para a efetividade de políticas públicas e para a ciência.

### **1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA**

O presente trabalho compreende as transformações ocorridas na concepção social da sífilis no Brasil, desde o seu surgimento até os dias atuais, e sua influência no desenvolvimento de campanhas de prevenção da doença.

### **1.2 JUSTIFICATIVA**

A relevância deste estudo atribui-se à necessidade de compreender o olhar da sociedade brasileira diante da contaminação por sífilis, uma DST (Doença Sexualmente Transmissível) que está hoje relacionada a grandes problemas de saúde pública no país.

Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil possui entre 10 a 12 casos novos de DST por ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Uma pesquisa realizada no ano de 2003, pelo Programa Nacional de DST-AIDS, revelou mais de cinco milhões de casos de DSTs curáveis na população nacional sexualmente ativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Entre as DSTs pesquisadas estão a sífilis, a gonorréia, a clamídia, a herpes genital e o HPV. De acordo com a pesquisa, a sífilis foi identificada como a terceira DST com maior índice de disseminação, representando 930.000 casos no Brasil.

Outro estudo realizado em 2004, pelo Ministério da Saúde (2009), em todas as regiões do Brasil com uma amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, identificou uma taxa de prevalência de 1,6% para sífilis ativa e de 0,42% para infecção por HIV. Estimou, assim, cerca de 50 mil parturientes com sífilis ativa, de onde 12 mil nascidos vivos foram estimados para infecção por sífilis congênita, considerando assim uma taxa de transmissão vertical de 25%. Segundo a pesquisa, essa prevalência variou de 1,9% na região Nordeste a 1,3% na região Centro-Oeste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Considerando os dados acima apresentados, o desafio da saúde pública no Brasil hoje sugere uma preocupação ainda maior das DSTs com relação à infecção do HIV. Segundo o Programa Nacional de DST-AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), as DSTs são o principal fator facilitador da transmissão sexual do vírus HIV, pelas lesões nos órgãos genitais que favorecem a entrada do HIV.

O Ministério da Saúde (2009) ainda relata que, no ano de 2002, o risco de infecção para o HIV na população de jovens masculinos brasileiros em todas as regiões do país foi 2,79 vezes maior entre os jovens que referiram pelo menos um problema relacionado às DSTs. Destes, 31% não procurou qualquer ajuda; 34,6% procurou o serviço de saúde; 8,5% procurou um amigo e 4,5% um balconista de farmácia.

A mesma pesquisa, relacionada com indicadores de comportamento sexual de risco, demonstrou que a maior incidência estava entre aqueles que referiram não usar preservativo na última relação sexual (73%), não usar preservativos em todas as relações sexuais com qualquer tipo de parceiro (51%), ter tido mais de 10 parceiros sexuais na vida (51%), ter iniciado a atividade sexual antes dos 14 anos de idade (23%), ser usuário de drogas injetáveis (35%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Consequentemente, as DSTs, envolvidas por tantos indicadores, potencializam com propriedade o risco de infecção por HIV em massa, além de que, pelo menos a sífilis congênita ainda é responsável por uma das maiores causas de mortalidade materna e infantil hoje no país.

Dados do Ministério da Saúde, do ano de 2003, revelam que a taxa de mortalidade da sífilis congênita em menores de um ano é de 7,8% ao ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

É interessante notar de que apesar do contexto médico da sífilis ter se modificado drasticamente desde seu surgimento, visto que hoje se conhece o agente etiológico da doença, seu tratamento disponível bem como as formas de prevenção, ela continua presente na sociedade atual.

A íntima relação da sífilis com a Aids – seja como “porta de entrada” do HIV, seja sua maior prevalência nas pessoas portadores do vírus da Aids – possibilita que vários elementos que se consideravam superados – como o preconceito, o receio de busca de tratamento, a identificação dos “culpados” e das “vítimas” – reapareçam no cenário atual.

É neste sentido que compreender as modificações nas concepções da sífilis no momento de seu surgimento no Brasil e no contexto atual é importante. Essa compreensão certamente nos permitirá melhor traçar estratégias de prevenção desta doença e de outras DSTs.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GERAL**

O presente estudo tem por objetivo investigar as transformações ocorridas na concepção social da sífilis no Brasil, desde seu surgimento até a atualidade.

### 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São objetivos específicos deste estudo:

- Compreender a concepção social da sífilis no seu surgimento e na atualidade;
- Identificar como são percebidos os doentes no seu surgimento e nos dias atuais.
- Investigar as mudanças ocorridas nas campanhas desenvolvidas no seu surgimento e na atualidade;

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente investigação tem como forma principal de coleta de dados a revisão da literatura científica sobre o tema, dando enfoque ao contexto brasileiro. A pesquisa bibliográfica utilizou recursos nas principais bases de artigos científicos: *SCIELO*; *LILACS* e *SCIENTIFIC AMERICAN BRASIL*, dentre os quais, foram encontradas poucas produções que viessem a contribuir com a revisão bibliográfica específica da proposta de trabalho. Foram também consultadas bibliotecas e arquivos de museus, onde a busca teve sua maior ênfase, através de livros, periódicos, imagens e fotos dos períodos históricos que integraram grande parte do presente trabalho.

Entre os livros pesquisados, o mais recorrente ao tema foi do autor Sérgio Carrara (1996). Este livro deu sustentabilidade ao conteúdo histórico do tema estudado no Brasil até pelo menos a década de 40 do século XX. Não houve registro de outros trabalhos que permitisse a continuidade do estudo nas décadas posteriores a este contexto, até pelo menos o final daquele século.

A partir do material coletado, o conteúdo selecionado foi sistematizado entre as seguintes categorias: aspectos históricos sobre a origem e descoberta do agente etiológico da epidemia; concepção social da sífilis na Europa; concepção social da sífilis no Brasil e contexto atual da sífilis no Brasil.

### **3 A CONSTRUÇÃO DA CONCEPÇÃO SOBRE SÍFILIS NO BRASIL**

#### **3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS**

##### **3.1.1 AS ORIGENS DA SÍFILIS**

Estudos científicos baseados na história apontam três possibilidades para a origem geográfica da doença. Segundo AZULAY (1988), tais hipóteses geográficas são referentes à América, à África Meridional e à Ásia. A primeira delas, segundo o autor, é a mais provável, pelos argumentos envolvidos: a existência de alterações ósseas de natureza sífilítica em fósseis americanos datados da época pré-colombiana (1492) e também, a constatação do início das epidemias da doença na Europa no século XV.

Por outro lado, Azulay afirma que outros autores defendem a origem africana. Porém, segundo ele, a teoria asiática também encontra indícios, considerando o achado de uma descrição característica da doença encontrado no tratado do médico chinês Hongty (2.637 a.C.). Com base neste suposto, o autor considera também a possibilidade de introdução da doença na Europa através de Átila (450 d.C.) e por Tarmelão I (1.405 d.C.).

Os estudos de AZULAY (1988) também falam sobre uma dificuldade de diagnóstico da sífilis, a qual era confundida com a gonorréia até 1767, quando, segundo ele, Balfour distinguiu-as. Da mesma forma, segundo o autor, os cancro duro e mole eram tratados com o mesmo diagnóstico, até que em 1786, Hunter descreve a dureza característica do cancro sífilítico, onde também, no mesmo enfermo, Ricord demonstra a reinoculação do cancro mole.

Em 1865, segundo AZULAY (1988), Rollet descreve o cancro misto. Entretanto, o autor cita Fourmier, aprendiz de Ricord, como o responsável pela descrição geral da sífilis, muito antes da descoberta do agente etiológico transmissor da doença.

Mesmo assim, as primeiras experiências científicas feitas sobre a doença em chipanzés iniciaram em 1882, com os trabalhos de Roux e Mechnikoff (AZULAY, 1988).

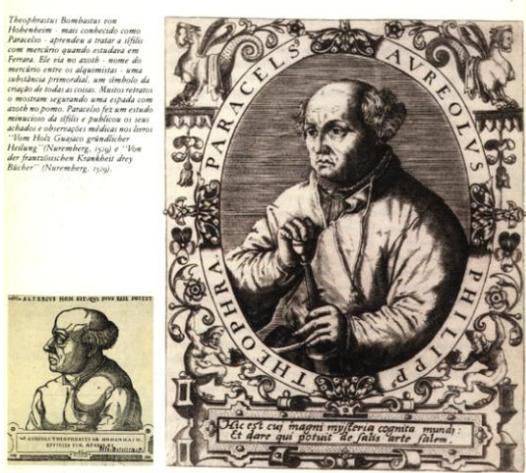


Figura 1 - Theophrastus Bombastus von Hohenheim – mais conhecido como Paracelso. Tratava a sífilis com Mercúrio.

Fonte: NUREMBERG, 1529 apud SCHREIBER et al, 1991



Figura 2 -Girolamo Fracastoro deu o nome à doença  
Fonte: SCHREIBER et al, 1991

Há mais de um século, graças ao ceticismo provocado pela divulgação da descoberta do dermatologista Siegel, sobre um protozoário supostamente causador da sífilis, o zoólogo e diretor do Laboratório de Protozoários do Serviço de Saúde de Berlim (Alemanha), Fritz Schaudinn, foi designado para testar a descoberta, realizando uma pesquisa experimental com uma amostra papilar sífilítica, onde descobriu outro agente. Fritz encontra uma bactéria, a verdadeira agente transmissora da sífilis. Fritz juntamente com o Dermatologista Paul Erich Hoffman, denominou o achado como *Spirochaetta pallida* (SOUZA, 2005).



Figura 3-Paul Erich Hoffmann (1854-1915)  
Fonte: <http://www.dw-world.de/dw/article/0,1496670,00.html>

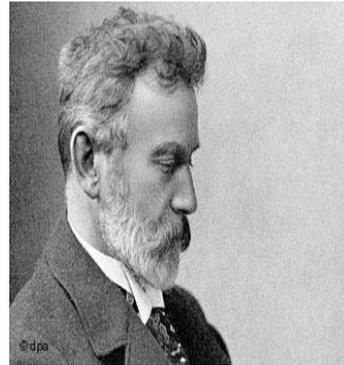


Figura 4-Fritz Schaudinn (1871-1906) 1908-Nobel de Medicina  
Fonte: <http://www.gefor.4t.com/arte/pintura/infectio50.html>

Segundo AZULAY (1988), essa denominação foi dada por significar que a bactéria teria pouca afinidade com corantes.

No dia 14 de outubro de 1905, Fritz Schaudinn escreve uma carta a Paul Erich Hoffman propondo colocar o *Spirochaetta pallida* em outro gênero, modificando a nomenclatura do achado para *Treponema pallidum* (SOUZA, 2005).

### **3.1.2 A CONCEPÇÃO SOCIAL DA SÍFILIS NA EUROPA: INFLUÊNCIAS NA FORMAÇÃO DA CONCEPÇÃO SOCIAL DA SÍFILIS NO BRASIL**

O cenário europeu retratado pelas grandes epidemias de diversas doenças, entre elas a sífilis, aterrorizou a Europa até o final do século XVIII, dizimando uma grande parte da população europeia ao longo de décadas. Em especial, no caso da sífilis, este fato deveu-se principalmente à mobilidade dos europeus ao final do

século XV, no desbravamento de diversas regiões supostamente contaminadas pela bactéria, nas quais o objetivo destas expedições seria a conquista de novos rumos econômicos para seus países. O contato entre nativos e colonizadores teria dado início a uma troca não apenas de comunicação entre as culturas, mas também de doenças, entre as quais a maioria delas teria sido disseminada pelos europeus aos índios americanos. Viria então à América a varíola, a gripe, a tuberculose, a peste negra, o sarampo e outras doenças que fariam parte da herança européia. (UJVARI, 2008)

Entretanto, a sífilis até hoje desafia os pesquisadores quanto à sua verdadeira origem. Este suposto, anteriormente mencionado, teve registros históricos estudados também por UJVARI (2008), que sugerem a América como o continente originário da doença. Os registros revelam que, após o retorno de embarcações colombianas e espanholas ao seu continente de origem, as principais suspeitas sobre a disseminação da doença na Europa haveria se instalado. A partir deste momento, teriam surgido os primeiros surtos da doença em solo europeu. A doença seria então, facilmente associada aos desejos carnis e ao pecado. Inclusive, neste aspecto, a sífilis produziu reflexões também na arte européia dos séculos medievais, revelada em afrescos como um símbolo de amor associado aos males da carne.

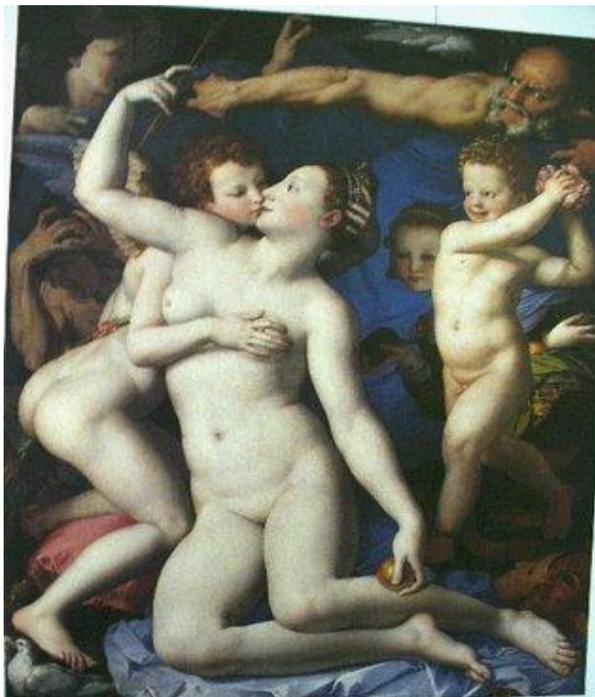


Figura 5 - Alegoria com Vênus e Cupido. Pintado em 1545 por Bronzino (1503-1572)  
Fonte: [http://leiturasdogiba.blogspot.com/2008\\_08\\_01\\_archive.html](http://leiturasdogiba.blogspot.com/2008_08_01_archive.html)

O rápido contágio teria passado por cidades portuárias, entre marinheiros e prostitutas, espalhando-se através de viajantes. Assim, muitas cidades europeias sofreriam deste flagelo através do contato sexual promíscuo de militares revolucionários e prostitutas. Sucessivamente, Nápoles foi invadida em 1495 pelo exército da França, e lá fez deste um potencial fator de alastre da doença. Tempos depois, as batalhas seguiriam-se rumo à Espanha, e vitoriosos, os franceses retornariam às suas aldeias, multiplicando epidemias. (UJVARI, 2008) Constituiu-se então a formação de uma concepção maléfica e apavorante da doença frente ao seu surgimento no continente. Sobre este fato, o autor revela que:

O aspecto monstruoso delatava atitudes pecaminosas. A doença foi associada às relações sexuais e era vista com preconceito. Os prostíbulos eram fontes potencial da doença. A doença recebia denominação diferente em áreas distintas. Os napolitanos a chamavam de “doença francesa”, estes passavam a bola para a Espanha como a “doença espanhola”, que, por sua vez, a devolvia como “doença napolitana”. Uma doença oriunda do pecado estava sempre associada ao vizinho. Os doentes se escondiam, recolhiam-se nas suas casas com vergonha do aspecto repugnante. (UJVARI, 2008, p. 90)

Notavelmente, a narrativa de Foulcault, ilustra este cenário, referindo-se à época quando o Hospital Geral de Paris determinava as condições para o tratamento da sífilis, incluindo: “sangrias, banhos, fricções com mercúrio, purgações, jejuns, além de punições com chicotes” (FOUCAULT apud CARRARA, 1996, p.26) como se fosse uma remissão dos pecados aos doentes que desejassem ser tratados. Nestas condições, a sífilis era vista como um mal terrível e pecaminoso acumulado em epidemias.



Figura 6 - Félicien Rops (1833-1898), retratista da busca pelos prazeres sexuais que terminavam por vezes na sífilis.

Fonte: SCHREIBER et al, 1991

No início do século XIX, mais precisamente em 1909, o médico alemão, Paul Ehrlich descobre propriedades curativas no arsênico, tóxico cuja manipulação inadequada é letal (UJVARI, 2008).



Figura 7 - Hans Bock, O Velho, século XVI, mostra a casa de banhos em Leuk, Valais.  
Fonte: SCHREIBER et al, 1991

Posteriormente, em 1928, o pesquisador europeu Alexander Fleming fazia a descoberta da penicilina, uma substância produzida pela bactéria chamada *penicilium notatum*, observada em sua capacidade para inibir outras bactérias (AZULAY, 1988). Com ela, o combate às epidemias da sífilis passaria a ser curativo de modo mais eficaz.

Mesmo assim, o enfrentamento das epidemias não se contentaria apenas com a mais importante descoberta para o combate da doença. Seria necessário descobrir também os fatores associados à sua origem e manifestação em massa.

Desse modo, uma série de estudos deu origem a uma evolução conceitual que definiria a doença e sua procedência de diferentes formas.



Figura 8 - Tratamento com mercúrio do livro *Die Belägert und Entsetzte Vênus*, 1689.  
Fonte: SCHREIBER et al, 1991

Em sua pesquisa, Carrara (1996) relata os trabalhos antigos de Fleck (1935) e Quetel (1986), estudiosos da história social da doença, que conceberam várias interpretações da sociedade mediante este evento, e classificavam suas constatações em quatro princípios do pensamento social na época. Eram eles: *ético-místico*, *empírico-terapêutico*, *experimental-patológico* e *patogênico*.

O princípio *ético-místico* definia uma concepção moral, apoiada em fundamentos cristãos que apontavam a doença como um pecado da carne, luxuriosamente imoral e condenável. Por outro lado, havia também uma explicação astrológica e, portanto mística, que sugeria um poder cósmico atribuído ao efeito em massa.

De outra maneira, o princípio *empírico-terapêutico* baseava-se em uma idéia que considerava qualquer doença, potencialmente sífilítica, que fosse sensível à ação do mercúrio, metal pesado amplamente utilizado nos primeiros tratamentos para a sífilis na Europa.

O princípio *experimental-patológico* postulou-se de experiências de inoculação da bactéria *Treponema Pallidum*, agente etiológico da sífilis, em seres humanos, com o objetivo de observar sinais clínicos de desenvolvimento da doença.

Mais tarde, tais experiências revelariam dados clínicos que possibilitariam distinguir a sífilis de outras doenças venéreas.

Em última análise, o princípio *patogênico* referia-se à idéia de que a sífilis tornaria o sangue corrompido, criando o estereótipo de que toda doença com múltiplos sintomas, generalizada pelo corpo do indivíduo, sugerisse um indício sifilítico.

Entre os europeus, segundo mostra o estudo de Quétel (apud CARRARA, 1996), apesar de todos esses conceitos serem aceitáveis, não eram totalmente convergentes. Inicialmente, o princípio *ético-místico* teria sido o de maior compreensão pela sociedade. O que explicaria, fundamentalmente, a forte metaforização social da doença naquela época. Historicamente, assim como outras doenças que sempre afligiram o homem, a sífilis revelou-se parte de uma simbologia “maléfica” ao ser humano. A concepção social sobre as doenças sempre teve sua manifestação através de uma linguagem metaforizada, interpretada pelos efeitos que tais doenças provocam no organismo, associando a estes um modo particular de malefício recorrente aos hábitos e comportamentos do indivíduo portador.

Para os gregos, segundo Sontag (1984), a doença é citada na *Ilíada* e na *Odisseia* como castigo sobrenatural, como possessão pelo demônio e como o resultado de causas naturais. Podia ser gratuita, mas podia também ser merecida. Neste modo particular de interpretação, vê-se a relação de pecado e pecador.

Mais tarde, no século XIX, a concepção de uma doença tomaria um sentido voluntário para o indivíduo acometido pela moléstia, definindo este em seu caráter expresso de acordo com o diagnóstico encontrado. Ou seja, seria uma leitura dos hábitos e comportamentos relacionados ao doente que constituiriam a sua condição. Desse modo, as doenças revelariam uma leitura que poderia descrever o comportamento social, e, portanto, também moral dos doentes. Simbolicamente, entre as doenças mais associadas a esta leitura estão: a tuberculose, o câncer e a sífilis. Todas elas estariam de alguma forma associadas aos sentimentos e vontades do indivíduo acometido pela doença.

A metáfora atribuída à sífilis revelaria o comportamento moral do doente, enquanto que no caso da tuberculose e do câncer, este comportamento estaria mais associado às condições econômicas do indivíduo e às experiências pessoais que envolvem a repressão de sentimentos (SONTAG, 1984). Isso porque, no caso da sífilis, a característica de transmissão sexual observada em contato com lesões,

acometeria pessoas com hábitos sexuais imorais diante da sociedade, considerando que este contágio só seria possível com excessos habituais desta ordem. Ainda, porque este preconceito moral era ainda mais forte na presença das manifestações dermatológicas típicas que a doença revelava, simbolizando, assim, um poder extraordinário para a marginalização social.

Já em relação à tuberculose acreditava-se que a incidência de casos estava associada à pobreza e também ao sofrimento, enquanto que o câncer sugeria excessos relacionados aos hábitos alimentares e sedentários, observados em famílias de classe média, além de associações punitivas (SONTAG, 1984).

No entanto, a diferença principal entre os simbolismos, vai dizer que a sífilis não teria relação com a personalidade do doente, como aconteceria com as demais doenças anteriormente relatadas, mas, que condicionava o sífilítico a uma espécie de humilhação moral, repugnada pela idéia de promiscuidade e vulgaridade, tida como atitude pecaminosa que a doença sugeria (SONTAG, 1984).

De maneira lenta e gradativa, entre as últimas décadas do século XIX e início do século XX, foi possível considerar uma nova perspectiva conceitual em relação à doença. Através dos estudos do princípio *experimental-patológico*, que foi anteriormente citado, a sífilis conquistaria um conceito mais coerente para sua derivação, amenizando para si a expressão metafórica e maléfica que horrorizava a sociedade europeia como “mal venéreo” (CARRARA, 1996). Expressão tal que foi batizada desde sua descoberta e, com poder, estigmatizou sua condição em sinal de vergonha e morte. O avanço de pesquisas científicas, iniciadas e exaustivamente observadas ao longo do século XIX, contribuiu para muito além de um conhecimento científico. Proporcionou uma introdução ao repensar a crítica social, mesmo que ainda, sem maiores valores de crença, em um primeiro momento, mas, introduziu uma visão diferenciada sobre a doença, de onde ela se revelaria pelo contágio e não mais como uma forma de fenômeno astrológico ou punição que, em primeiro lugar, foi designado pelo princípio *ético-místico*.

Tal flagelo social que caracterizou uma pandemia mobilizou a Ciência e a Medicina, além de outras várias áreas do conhecimento humano, tamanha a proporção de gravidade da realidade em que se encontrava o surto na Europa. Estudiosos como humanistas, filósofos, professores e até juriconsultos faziam parte dos estudos e ações intelectuais desenvolvidas na época para intervir sobre este evento (CARRARA, 1996).

Em especial, a iniciativa de mobilização da medicina europeia, sobretudo francesa, assumiu uma forma mais organizada para conter o avanço devastador das epidemias, investindo em pesquisas científicas e estudos versados na doença. Emergia a necessidade de uma potencialização do conhecimento utilizado na medicina para promover uma melhor contribuição da profissão neste segmento. Nasce a sifilografia – um viés da medicina focado no estudo da sífilis. Foram criadas cátedras, centros de tratamento e congressos de sifilografia em várias faculdades de medicina de países da Europa, e ao final do século XIX, também no Brasil (CARRARA, 1996).

### **3.2 A SÍFILIS NO BRASIL:**

#### **3.2.1 O CONTEXTO SÓCIO-ECONÔMICO: DO COLONIALISMO AO DESENVOLVIMENTO INDUSTRIAL**

O mercantilismo colonial, marcado pela economia europeia à beira do descobrimento, influenciaria consideravelmente a busca por novos domínios para a Europa. Neste encontro com o Novo Mundo, os colonizadores interviriam no cotidiano dos nativos, desorganizando a vida social e econômica do povo encontrado (FREYRE, 1963).

O contato entre as culturas, que futuramente acrescentaria a africana dos negros escravos trazidos pelos europeus tempos depois, rumaria a um novo processo de transformação social e econômica à Colônia. Gilberto Freyre elucida este fato, afirmando que:

Híbrida desde o início, a sociedade brasileira é de todas da América a que se constituiu mais harmoniosamente quanto às relações de raça: dentro de um ambiente de quase reciprocidade cultural que resultou no máximo dos aproveitamentos dos valores e experiências dos povos atrasados pelo adiantado; no máximo de contemporização da cultura adventícia com a nativa, da do conquistador com a do conquistado. Organizou-se uma sociedade cristã na superestrutura, com a mulher indígena, recém-batizada por esposa e mãe de família; e servindo-se em sua economia e vida doméstica de muitas das tradições, experiências e utensílios da gente autóctone. (FREYRE, 1963, p.151)

A origem de um caráter peculiar na formação social do país, teria suas fundações no interesse político, buscado pelos conquistadores europeus, onde a mestiçagem teria um papel importante para garantir o domínio do território. Sobre este aspecto, Gilberto Freyre afirma que:

A transigência com o elemento nativo se impunha à política colonial portuguesa: as circunstâncias facilitaram-na. A luxúria dos indivíduos, soltos sem família, no meio da indiada nua, vinha servir a poderosas razões de Estado no sentido de rápido povoamento mestiço da nova terra. (FREYRE, 1963, p.152)

Assim, a história do Brasil seguiria baseada na miscigenação das raças envolvidas e na depravação sexual que a cercaria. A forma exacerbada do comportamento sexual que se afluava à mesclagem, retratada pelo autor, não seria apenas puro prazer carnal, mas uma forma de demarcar traços europeus em vista da solidificação dos domínios econômicos sobre as riquezas naturais e minerais da terra, que despertavam a cobiça de seus conquistadores.

Neste contexto de conveniências ao imperialismo colonial, inevitavelmente, a transformação social que instaurava um novo cenário na colônia, trocava não apenas culturas, mas também doenças. A colonização traria a disseminação de inúmeras doenças aos demais povos. Os navios negreiros, abarrotados de escravos trazidos do continente africano, eram ambientes próprios de disseminação entre eles, que, muitas vezes, nem conseguiam chegar à América com vida.

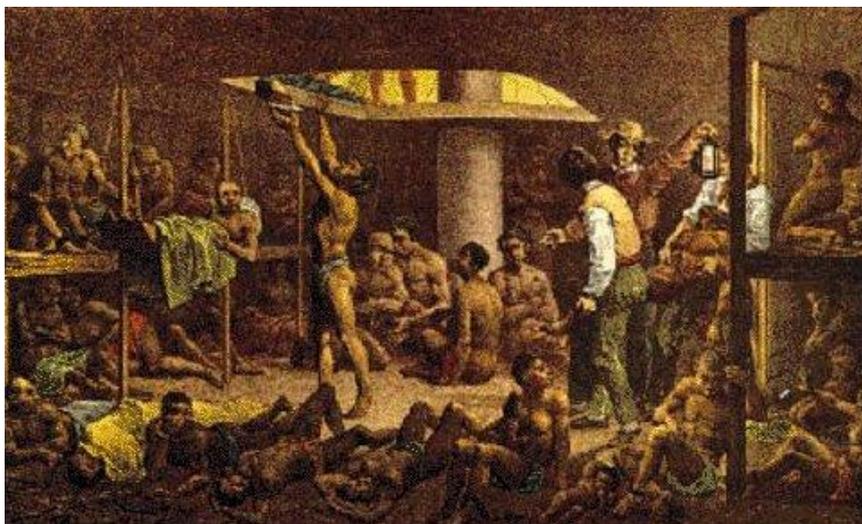


Figura 9 - Imagem dos porões dos navios negreiros  
Fonte: <http://br.geocities.com/vivianacastro2005/escravidao2.html>

A varíola, o sarampo, a gripe e a sífilis, que até hoje sustenta discussões sobre a verdadeira origem, de fato revelariam-se em epidemias sobre a recente mescla. Especialmente a sífilis, favorecia-se da condição sexual de transmissão e gozaria dos modos sociais e culturais que permeavam tais relações, ocasionando o início de um flagelo social que, lentamente, atravessaria séculos no país e na Europa. (UJVARI, 2008)

Assim como o pensamento europeu dominaria a economia do Brasil até o século XVIII, também a influência de sua concepção racial sobre a doença tornaria-se um temeroso tabu social ao longo dos tempos.

Em meados do século XIX, a sífilis ressurgia em epidemias no Brasil, ocasionando novamente o pânico na sociedade da época, associando sua condição de doença a uma espécie de mal terrível. (CARRARA, 1996)

O contexto socioeconômico na história do Brasil em que contemporizaram tais surtos de sífilis no Brasil, revelou-se em um período de crise no país, conturbado pelo crescimento das cidades, a modernização, a industrialização e a consequente precarização da saúde pública, contribuindo, assim, para uma fragilização em massa e uma caótica realidade para a sociedade brasileira daquela época. (CARRARA, 1996)

Segundo HELMAN (2003), muitos problemas na saúde pública têm uma relação direta ou indireta com a pobreza, o que implica condições básicas de higiene e saúde. Por isso, de modo influente, um dos fatores mais recorrentes para explicar a relação social com as epidemias de doenças infecto-contagiosas, assim como a sífilis, é apontado também pela industrialização. (HELMAN, 2003)

### **3.2.2 MEDICINA E SÍFILIS NO BRASIL**

A começar pelo período colonial, devemos considerar que ainda não havia uma preocupação microbiana para as epidemias. O contágio era um estigma do castigo. O papel da medicina no Brasil se colocaria mais avidamente em combate às epidemias, após as descobertas da microbiologia, nos séculos XVIII e XIX, quando o Iluminismo europeu incentivou grandes áreas do conhecimento, ocasionando as

primeiras pesquisas científicas que, em grande parte, foram méritos de Louis Pasteur, famoso microbiologista francês. Este marco na história da ciência revolucionaria as concepções e práticas médicas, desvendando os verdadeiros agentes transmissores a partir de então. (BRAGA, 2008)

Porém, enquanto não se utilizasse conhecimento microbiológico na medicina, o empirismo de seu saber, ainda estaria fortemente adepto a valores morais que culpava as raças já antes ditas como “inferiores”. Segundo COSTA (1999), o conhecimento empírico da medicina era já de valor científico aos leigos, o que seria importante à sua posição política no novo regime. Seu papel na sociedade colonial, contra o imperialismo, agregado aos valores da Igreja, servia apenas como uma função de caráter caritativo. Após a abdicação do império, quando se alia ao Estado, a medicina se coloca como parte dos interesses políticos, com novas idéias, advindas dos estudos científicos recentes, que seriam de valor à saúde da população, fazendo nascer aí a importância da saúde nas políticas públicas.

Em meio a tantos percalços epidêmicos e uma crescente taxa de mortalidade, causada por doenças inúmeras, descritas anteriormente como “males”, a medicina tomaria uma concepção higienista que, a partir do início do século XIX, propunha o saneamento das cidades, antes esquecidas pelos portugueses. (COSTA, 1999)

A concepção de higiene deste período, de certa forma, contribuiu também para a modificação de valores culturais arraigados na sociedade. Nesse aspecto, Costa (1999), coloca que havia uma reeducação da higiene não só nas ruas das cidades, mas também nas famílias. Segundo ele, as amas-de-leite eram escravas que, historicamente, forneceram aleitamento aos filhos das sinhás. Com a estigmatização moral dos escravos e homens da sociedade escravista, embasada no comportamento sexual que oferecia a disseminação, os médicos enfatizavam seu discurso técnico no risco de contágio que a amamentação das escravas sugeria para incentivar o aleitamento próprio das sinhás aos seus filhos. Além disso, o autor ainda diz que o apelo médico se utilizava do valor afetivo trazido pelo ato da amamentação, que, antes ignorado, geraria uma das principais reavaliações sobre o papel da mulher na sociedade dos séculos XVIII e XIX.

Os anos que se seguiram desde o ressurgimento de surtos epidêmicos de sífilis na população brasileira a partir de meados do século XIX, foram lembrados pela medicina como a época da “*luta antivenérea*”. (CARRARA, 1996). Nunca até

hoje a medicina brasileira foi tão requisitada como naquele momento histórico, envolvendo-se de modo incomum no processo de combate à doença.

A concepção médica brasileira deste período, já na passagem do século XIX, tomava a sífilis como um conjunto de sintomas confusos e inespecíficos envolvido de preconceitos e superstições. (CARRARA, 1996)

No país, a sifilografia iniciou seus trabalhos em 1880, junto à Corte, guiada pelos mestres João Pizarro Gabizo e Antônio José Pereira de Silva Araújo, este, junto ao seu discípulo Bruno Chaves, estabeleceu a descoberta da importância de um sal de mercúrio chamado de salicilato, que seria largamente utilizado ao longo das sucessivas décadas, e assim também reconhecido internacionalmente. O legado deste ensino manteria-se em exercício por pelo menos quarenta anos. (CARRARA, 1996)

A partir 1882, as primeiras cátedras sifilográficas de ensino foram criadas no Rio de Janeiro e Salvador, junto às suas respectivas faculdades de medicina, além de um curso de especialização em sifilografia anexado à Policlínica Geral do Rio de Janeiro. (CARRARA, 1996)

Em 1912 é fundada, na antiga capital, a primeira sociedade científica nacional, dedicada aos trabalhos da especialidade médica, chamada Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia (CARRARA, 1996).

Na segunda década do século XX, a reforma do sistema de saúde brasileiro favorece a expansão dos serviços da especialidade de sifilografia, fundada por Carlos Chagas, com a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, contribuindo para amplificação dos trabalhos em saúde pública referentes à época. (CARRARA, 1996)

Os primeiros relatórios anuais das inspetorias competentes faziam observações a uma grande incidência de casos de sífilis entre a população empobrecida. Estes foram iniciados apenas a partir da década de 60 daquele século. No período de 1861 a 1866, a contagem, mesmo que ainda fosse precária, já estaria além de um terço dos atendimentos, relacionados a doenças venéreas, entre elas a sífilis, na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Neste mesmo período, também na Bahia, o professor e sifilógrafo Claudemiro Caldas afirmava que a maioria dos indivíduos hospitalizados na região eram vítimas da sífilis. (CARRARA, 1996)

No início do século XX, São Paulo teria sido a terceira cidade mais afetada pela doença, sendo registrada uma média de trinta mil casos por ano. Não havia estatísticas seguras. Este cálculo teria seu embasamento considerando a população média de prostitutas na cidade e o número de relações sexuais que cada uma delas mantivera durante o ano. (CARRARA, 1996)

Segundo CARRARA (1996) é interessante notar que havia uma tendência, tanto por parte de especialistas quanto de leigos, de generalizar a idéia da doença “sífilis”, quaisquer fossem as dermatoses apresentadas em um indivíduo.

Em análise à realidade caótica daquele momento histórico, tal fato pode ter sido atribuído ao cenário de alarmantes números de casos de sífilis, que atestariam ser mais fácil admitir que uma doença de pele tivesse o seu contágio, do que qualquer outra que não tivesse o mesmo precedente de transmissibilidade. Pois, segundo CARRARA (1996), o médico baiano Juliano Moreira afirmava que, na época, não haveria uma compreensão da sociedade que aceitasse a idéia de que algum brasileiro pudesse ainda não ter contraído a doença.

O fato de uma grande disseminação da sífilis estar ameaçando a saúde pública do país assustava, ao mesmo tempo em que instigava nossos especialistas a desenvolver mais pesquisas. As mesmas contribuíram de maneira singular para o conhecimento clínico e epidemiológico do estudo, aprimorando formas de tratamento e de estatísticas. A partir disso, CARRARA (1996) revela que os médicos teriam concebido a caracterização de uma sífilis especificamente brasileira, constituída de três principais aspectos: o primeiro, estaria em torno da teoria de sua procedência **autóctone** no país, que a partir de descrições históricas, antes referidas, revelariam uma provável origem americana para a doença. O segundo aspecto considerou a causa do **crescimento epidemiológico** acelerado no país, proporcionalmente maior em comparação a outros países, resultante da influência de fatores físicos, sociais e culturais peculiares à própria nação, o que, segundo o autor, explicaria em parte o terceiro e último aspecto, apontado pela **feiçãõ singularmente terrível** que a doença provocava em suas vítimas, observada através de manifestações clínicas superiormente agressivas, comparadas aos relatos do flagelo em países estrangeiros. Para os médicos, esses aspectos traçavam um importante perfil sobre o flagelo no país.

As constatações produzidas dividiam opiniões a respeito da origem até o início da década de 20 do século XX. Discussões entre médicos brasileiros e

européus traziam defesas de ambas as partes sobre as suspeitas da origem. (CARRARA, 1996). Segundo o autor, o médico alemão Hermann Roeschmann, diretor da Sociedade Alemã de Luta contra as Doenças Venéreas, afirmava que a teoria mais aceita sobre a origem da doença, seria de que esta teria sido levada da América do Norte para a Europa na armada de Colombo, e, pelos portugueses, teria ocorrido a disseminação pela América do Sul, contaminando os nativos do Brasil. Desse modo: "(...) a reflexão sifilográfica brasileira da década de 20 fez com que a sífilis pudesse ser, simultaneamente, americana, como queriam os mestres europeus, e européia, como queriam os brasileiros". (CARRARA, 1996, p.107)

O autor ainda ressalta que, em razão deste pressuposto, os médicos brasileiros também contribuíram de forma bastante significativa para o processo de concepção social, que na época prestou-se à valorização nacional, reconhecendo o Brasil como um país de melhores condições sociais e políticas, se comparado à realidade de outras nações da América Central e, portanto, menos sugestivo pela origem da doença na América.

Especificamente no que se referia ao crescimento epidemiológico no caso do Brasil, as suposições que pretendiam explicar este fato estariam fortemente atribuídas às influências climáticas do país, emanadas do calor tropical, que segundo eles, seria favorável à excitação sexual entre os indivíduos. Também a miscigenação racial seria outro fator, de onde a raça africana revelaria uma maior propensão à excessiva prática sexual, por condição natural, originária de países quentes da África. E, por último, o próprio ato sexual que, de modo excessivo, acometia a doença e sustentaria uma forte representação de estigma social, que condenava as vítimas ao pecado da luxúria e da libertinagem, estampadas nas lesões cutâneas e discriminatórias da sífilis. Por isso, sobre tais suposições, CARRARA afirma que:

Se a sífilis era um mal necessário, um merecido castigou um elemento importante na dissuasão sexual, como queriam muitos, por que erradicá-la? Por que o Estado deveria se ocupar, com dinheiro dos cidadãos "honestos", em sanar gratuitamente os males daqueles que bem os haviam procurado? O estigma impedia assim que a sífilis se transformasse em problema de saúde pública como outras endemias e epidemias, contribuindo para que um mal que se revelava de conseqüências tão desastrosas para a nação permanecesse adstrito à esfera privada, como, aliás, todas as questões referentes à sexualidade. (CARRARA, 1996, p.134-135)

Esta interpretação social se perderia em parte até o início da terceira década do século XX. (CARRARA, 1996)

A partir do início do século XX, a evolução científica permitia isolar a bactéria causadora da doença e também fazer diferenciações entre a sífilis e outras doenças de caráter dermatológico semelhante como: a boubá, a leishmaniose e a blastomicose. (CARRARA, 1996)

Com as descobertas, foi possível atenuar o mito criminoso que era atribuído ao ato sexual. Este passaria então a ser visto pelos estudiosos como o natural veículo de proliferação da doença, desmistificando, no meio médico, a questão moral que teria fundado sua antiga concepção sobre a doença.

A classe médica tomava conhecimento de que esta concepção de preconceito e rejeição social dificultava seriamente a identificação e o tratamento dos doentes, impelindo as vítimas a procurar auxílio profissional e, assim, também prejudicando as estatísticas, reproduzidas de modo inferior à realidade. Nas palavras de CARRARA, nota-se uma realidade afim:

A vergonha da doença dificultava também a procura do médico ou, o que parecia ser a mesma coisa, impedia que o doente adotasse uma atitude “racional” ante a doença. Por volta de 1908, por exemplo, o regulamento para o Serviço Interno dos Corpos do Exército previa a realização de preleções sobre as doenças venéreas, através das quais as praças deveriam ser informadas de que, “sendo conhecido o tratamento da sífilis e, portanto, sendo reputada uma doença curável, não devem os seus portadores excusar-se de procurar o médico, sob o pretexto injustificável de vergonha. (MACHADO apud CARRARA, 1996, p.135)

Por esses motivos, um importante movimento de sifilógrafos brasileiros daria origem a uma nova postura da medicina frente à realidade, baseada em um pacto de universalização do modelo de atendimento, e a reconceituação do método de profilaxia. Este movimento seria internacionalmente reconhecido nas primeiras conferências sifilográficas que ocorreram em Bruxelas, a partir de 1899 e 1902. Com o intuito de desfazer o sentido moral de efeito punitivo e vergonhoso que até então era apontado pela sociedade; as primeiras campanhas de combate às epidemias, estiveram sob este foco. (CARRARA, 1996)

Segundo o autor, seriam as primeiras campanhas sobre a doença, porém, com a ênfase contra o preconceito e a discriminação sofrida pelos doentes,

utilizando frases objetivas de conscientização social, enfatizadas pela idéia da “hipócrita moral burguesa” ou dos “falsos e fingidos pudores” que teriam se revelado perniciosamente à inibição e recuperação dos enfermos e, por isso, ao combate das epidemias. A proposta desta intervenção médica contribuiria em muito para o processo de sanitização da doença, porém, o preconceito social ainda perduraria até a década de 40 do século XX. (CARRARA, 1996)

Entretanto, o papel que a medicina assumiria em torno da luta contra o “mal”, neste primeiro momento, se revelaria em uma abordagem moralista contra o crescimento populacional de prostitutas no Rio de Janeiro, influenciando, sem intenção prevista, o sentimento de preconceito em relação à doença e aos doentes. Este enfoque será discutido em um dos próximos itens deste trabalho.

### **3.2.3 RELIGIAO E SÍFILIS NO BRASIL**

O contexto sócio-cultural em que a sífilis fazia nascer epidemias e conceitos morais na história do Brasil remontam ao berço político do domínio religioso na sociedade escravocrata na colônia. A aliança entre a igreja católica e o imperialismo ibérico tornaria-se forte o bastante para conquistar e assim domesticar uma terra selvagem, que aos olhos destes seria uma terra demoníaca, infestada de “pecadores”.

Nesse sentido, VAINFAS (1997, p.48) descreve: “Ameríndios luxuriosos, colonos insaciáveis, negros lascivos, mulatas desinquietas, senhores desregrados, sinhás enciumadas, o pecado estava em todas as gentes e lugares”. Esse era o cenário perfeito para a disseminação da doença.

Os religiosos cristãos recém-chegados, horrorizados pela nudez dos nativos, além de seus costumes e rituais sagrados, de característico culto ao corpo em danças sensuais e festejos, que, também entre os escravos negros, seriam fortemente reprimidos. Os exploradores estavam convictos em fundar uma civilização com valores predominantemente cristãos, com o objetivo de estabelecer uma ordem social e política impressa na cultura tradicional européia. (VAINFAS, 1997).

A definição do autor demonstra que:

Donos de escravos e cruzados da Reforma Católica no ultramar, os jesuítas idealizaram uma colônia escravista, porém cristã, onde as relações entre senhores e cativos se baseariam em direitos e deveres recíprocos, a reproduzir o modelo monárquico e patriarcal de família que se buscava difundir no Velho Mundo. Articulando o propósito missionário com a realidade escravista da colonização, demonizariam a religiosidade negra por ser ofensiva a Deus, mas também por aglutinar os escravos, solidariza-los, empalidecendo o conformismo genuinamente cristão que deveriam cultivar. (VAINFAS, 1997, p. 43-48)

Segundo TORRES (1968), a ligação entre a religião católica e a coroa portuguesa no Brasil era fonte de uma troca de interesses políticos e econômicos vedado entre as partes ainda na Europa, onde a igreja, com dificuldades de administração eclesiástica, teria garantido privilégios, o que mais tarde seria o direito de Padroado sobre as terras do Brasil aos monarcas e seus sucessores no Império, prometido em favor de concessões ao pontifício.

Nesse sentido, o autor revela que:

Era no começo um privilégio, quase sempre uma decorrência de situações específicas: afinal um direito. No nosso caso: começou como um privilégio de uma organização mais ou menos eclesiástica, a Ordem de Cristo. Terminou, à época da Independência, como direito do Estado. (TORRES, 1968, p.29-31)

Muito antes deste pacto, na Europa, desde o século XIII, a Igreja Católica se organizava através de tribunais religiosos, executados pela Contra-Reforma e pela Inquisição, que tinham o “Santo Ofício”, de combater a heresia popular. Para a igreja, os hereges compreendiam toda e qualquer manifestação cultural e religiosa que não seguisse os preceitos cristãos. (VAINFAS, 1997) O “Santo Ofício”, segundo o autor, era o castigo mais temido pelos inimigos da Igreja. Para os inquisidores, era um ato misericordioso, baseado na “purificação do espírito” do indivíduo, cujo julgamento e condenação muitas vezes levariam-no à morte na fogueira. (VAINFAS, 1997)

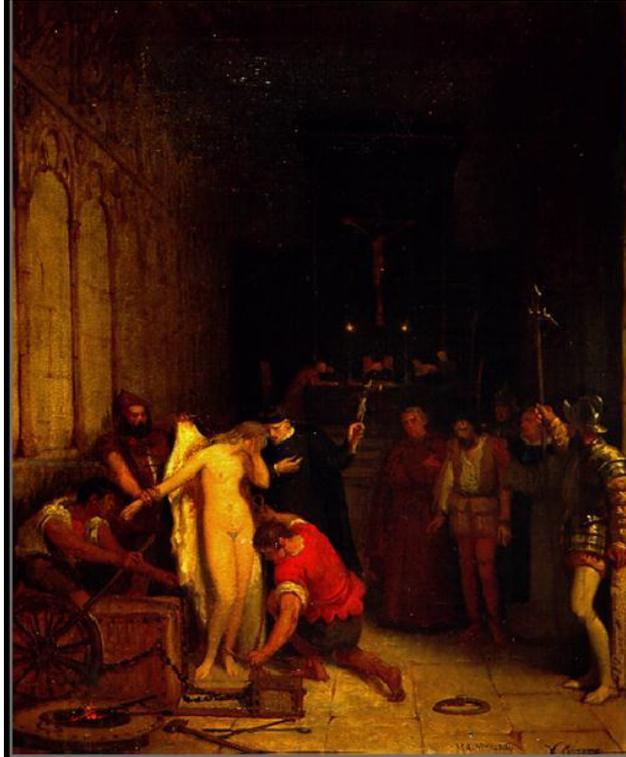


Figura 10 - Cena da Inquisição (Acervo do Museu do Prado – Espanha)  
 Fonte: <http://www.rumoatolerancia.fflch.usp.br/node/147>

Entre os séculos XV e XVIII, o domínio cruel e inquisidor do Catolicismo na Europa foi amplamente apoiado pelas monarquias, relação cujo elo era baseado em motivos políticos e econômicos. Desse modo, feiticeiros, protestantes, judeus, e todo tipo de prática considerada profana e imoral à Igreja eram perseguidos, julgados e severamente castigados. (VAINFAS, 1997)

No Brasil-Colônia não seria diferente. A realidade pecaminosa que estarrecia os jesuítas da colonização faria com que os inquisidores da coroa portuguesa tomassem conhecimento da grave situação e visitassem a colônia. (VAINFAS, 1997) Segundo o mesmo autor, a primeira visita da inquisição ao Brasil data de 1591 a 1595, quando Heitor Furtado, chefe do tribunal religioso de Lisboa percorre as principais cidades da colônia. Na visitação, haveria um número superior a mais de centenas de acusados pelo tribunal religioso, o que de fato seria somente na região da Bahia e de Pernambuco. (VAINFAS, 1997)

Na Colônia, a perseguição inquisitorial condenaria mais severamente as condutas de ordem sexual, como a sodomia e a bigamia, das quais as denúncias eram muito frequentes. Porém, a fogueira não fora recorrida usualmente como na Metrópole; os castigos incluíam açoites, galés e degredos, além de confiscos de

bens aos condenados com maiores bens. (VAINFAS, 1997) Assim, a humilhação e a penitência aos presos do Santo Ofício se fazia: “Burocrática e discretamente, punia-os de modo cruel, extirpando-lhes de vez a heresia pelo flagelo dos corpos e das vidas.” (VAINFAS, 1997, p.318) Em relato, o autor descreve trechos de situações pessoais de condenados, demonstrando os horrores sofridos pelo Santo Ofício, em descrições como:

O trabalhador Antônio Dias Coelho, homem de 57 anos preso por bigamia na Olinda de 1697, começaria sua desgraça antes mesmo de ser sentenciado. Escrevendo da colônia, o capelão da Sé o retratava como “homem tão pobre que nem para se sustentar no mar tinha posses”, e dizia que, sendo os “presos deste porte”, se recusavam os mestres dos navios a levá-los para o Reino. Pagando-lhe a viagem, o Santo Ofício condená-lo-ia aos açoites e a sete anos de galés – pena rigorosa para quem se havia legalmente separado da primeira esposa antes de casar pela segunda vez. Mas Antônio jamais iria para as galés, pois ainda no ano em que fora condenado achava-se “tolhido de todos os membros e galicado na quarta espécie” – sífilis em estágio avançado. (VAINFAS, 1997, p.316)

Em suma, nas atrocidades do Santo Ofício, que se diziam “misericordiosas” e ridicularizava seus presos, muitas vezes até a morte, observa-se o peso do sentido moral que a Igreja Católica impregnou à sociedade através dos séculos. Refletindo sobre tais formas de punição, a condenação que purgava os pecados com a penitência paga através do sofrimento e da flagelação dos próprios corpos, recorre ao mesmo sentido moral que até pouco tempo tornou os sífilíticos, pessoas marcadas pela condenação, na condição de portar uma doença “carnal”, associando o caráter de manifestação dermatológica da doença com a penitência do sofrimento e da humilhação, através do estigma das famosas “marcas da vergonha”.

Como veremos mais tarde, no início do século XX, em uma das instituições de atuação sanitária para o tratamento da sífilis no país, o **Asilo das Madalenas**, criado exclusivamente para prostitutas sífilíticas no estado do Pará, haveria também exemplos fáceis à moralidade. Sobre este local, CARRARA (1996) revela a postura adversa das mulheres religiosas designadas a cuidar dessas pacientes, recusando-se às tarefas. Segundo ele, tal conduta custou-lhes a demissão.

Ainda no século XIX, quando ressurgiu o crescimento de epidemias de doenças como a sífilis, a transição socioeconômica que o país sofreria, entre a decadência da sociedade escravista e o apogeu industrial, estaria a favor do

pensamento social cristão, onde a influência de uma nova política sexual, baseada em estudos europeus e adotada pela medicina brasileira a partir daquele século, contribuiria para a renovação da concepção tradicional de família, restaurando os valores do matrimônio e a sexualidade vinculada à procriação. (VAINFAS, 1986) Esse processo de transformação da cultura social brasileira é esclarecido por VAINFAS (1986):

No caso do Brasil, depois de 1840, a penetração dos novos dispositivos de sexualidade, e o papel destacado que a família mononuclear neles desempenhava, chocaria-se com a secular forma de organização familiar das camadas dominantes, tanto nas grandes fazendas como nas grandes cidades, baseada na família patriarcal. Por conseguinte, as relações e práticas sexuais que não se enquadram dentro desta nova política sexual, e da nova moralidade, ou se desviassem delas, seriam consideradas a priori como “anormalidades” ou elementos de uma “patologia social”. É dentro deste contexto que surge a necessidade de controle e regularização da prostituição, como um “mal”, embora necessário para saciar o instinto sexual masculino, ou a condenação das práticas homossexuais masculinas e femininas como uma “anormalidade”, um “vício”, uma “doença”. (VAINFAS, 1986, p.167)

Portanto, os traumatismos sociais e choques culturais da história do Brasil, são, também, fundamentalmente, baseados na perversidade religiosa que dominou grandes sociedades ao longo de seu tempo, convertendo não só fiéis em seu poderio, mas também adeptos de uma concepção social moralista que estigmatizou a sexualidade, sua diversidade e tudo que está relacionado a este comportamento fora dos padrões tradicionais da Igreja, assim como o flagelo da sífilis na história do país.

### **3.2.4 OS SIFILÍTICOS BRASILEIROS**

Como já havia mencionado, desde os primórdios tempos do Brasil-Colônia, a sífilis estabeleceria-se como a doença da paixão, da luxúria e do pecado. Para o agravamento, o contato entre colonizadores e nativos no século XV, seria o primeiro passo para a disseminação no país.

Segundo o historiador Gilberto Freyre (1963), a mescla dos povos envolvidos seria imprescindível ao poder imperial. Os fatores de interesse político e econômico

européu favoreceram a amplitude da miscigenação racial na história do país. Através da diversidade cultural, a sexualidade tornaria-se crucial à pretensão dos colonizadores. Nesta experiência, a sífilis, condicionalmente ligada à sexualidade, faria parte de um processo historicamente discriminatório de raças, sofrido inicialmente por nativos e negros escravos. Essa discriminação racial, fundada em valores de uma sociedade escravocrata, hierárquica, dotada de padrões sociais baseados no poder e na riqueza, tornava os índios e negros alvos de uma humilhação horrenda que considerava suas origens muito inferiores à cultura e tradição européia. A constatação de Gilberto Freyre (1963) ilustra este fato:

A história do contato das raças chamadas “superiores” com as consideradas “inferiores” é sempre a mesma. Extermínio ou degradação. Principalmente porque o vencedor entende de impor ao povo submetido à sua cultura inteira, maciça, sem transigência que suavize a imposição. (FREYRE, 1963, p.168)

Neste contato a exploração colonial garantiria não apenas o trabalho escravo desses povos, mas também a exploração sexual que reforçaria a questão da superioridade de sua raça. A imposição cultural européia seria necessária para a repressão dos “inferiores”. Por influência marcante desta cultura, modificaria o modo de vida e os costumes de nativos e escravos. Sobre isso, Freyre (1963) observa que:

Da imposição de vestuário europeu a populações habituadas à pura nudez ou a cobrirem-se apenas do bastante para lhes decorar o corpo ou protegê-lo do sol, do frio ou dos insetos conhece-se hoje os imediatos e profundos efeitos disgênicos. Atribui-se ao seu uso forçado influência não pequena no desenvolvimento das doenças de pele e dos pulmões, que tanto concorrem para dizimar populações selvagens logo depois de submetidas ao domínio dos civilizados; doenças que no Brasil dos séculos XVI e XVII foram terríveis. O vestuário imposto aos indígenas pelos missionários europeus vem afetar neles noções tradicionais de moral e de higiene, difíceis de substituírem por novas. “É assim que se observa a tendência, em muitos dos indivíduos de tribos acostumadas à nudez, para só se desfazerem da roupa européia quando esta só falta largar de podre ou de suja.” (FREYRE, 1963, p.170)

Essa herança cultural contribuiria de forma única para o desenvolvimento de endemias e epidemias em geral. No que tange à sifilização desses povos, tanto na colônia como na Europa, a condenação moral da sociedade diante deste evento, apontaria a culpa principalmente para as raças “inferiores” que, culturalmente, por

revelação de seus costumes e rituais, praticavam a poligamia e as danças eróticas. Segundo Freyre (1963), as práticas não tinham um sentido pecaminoso para as tribos, porém, aos olhos dos europeus, elas teriam o signo do libidinoso e do pecado. Por isso, o preconceito racial transformava negativamente a identidade desses povos, colocando-os como adeptos de uma expressão despudorada e de abuso do comportamento sexual.

Por outro lado, o autor chama a atenção para o comportamento dos europeus em torno do sentido, no qual distinguem estes como os verdadeiros adeptos da depravação, deleitando-se às experiências sexuais por eles exploradas na cultura de índios e negros. Portanto, em grande parte, a própria construção cultural destes três povos contribuiria para a efetiva disseminação da doença em meio à demasia e diversidade de relações sexuais como a bigamia, a poligamia, a sodomia e outras práticas que faziam parte do processo social e cultural da colônia portuguesa. Por contradição aos valores do catolicismo europeu, este evento daria início à própria formação do preconceito racial e sexual, além da perseguição moral, que veremos mais tarde, sobre o papel inquisidor da igreja neste ponto.

Não por acaso, a colonização européia estava na terra do pau-brasil, uma espécie de árvore nativa de cor abrasada que daria origem ao nome do país de Brasil. Segundo VAINFAS (1997), este nome faria alusão à idéia de Frei Vicente que, em observância às práticas luxuriosas e demasiadamente imorais que ali ele observava, repugnada pelos católicos europeus, teria comparado este lugar a um inferno, fazendo lembrar a cor da árvore como a cor do fogo e do pecado.

Tanto os nativos da terra do pau-brasil quanto os negros, eram oriundos de regiões quentes, o que também teria feito suspeitar de sua portabilidade para o contágio da sífilis nos primeiros contatos. O que, para alguns especialistas do século XIX, como RABELO (apud CARRARA, 1996), seria uma das causas da disseminação sífilítica no Brasil e na Europa.

Em verdade, as raízes históricas da sociedade brasileira que fundaram a diversidade cultural, fundaram junto a ela, um arcabouço de conceitos morais próprios, nos quais vingaram os preconceitos raciais e pecaminosos, condicionando historicamente a idéia da voluptuosidade perversa associada ao clima tropical e, assim, construindo para o efeito de uma concepção social baseada na estigmatização de doenças graves como a sífilis e suas vítimas até pouco tempo.

Na Europa, a atenção da Medicina e da Ciência se voltaria ao estudo das causas da doença e de suas epidemias ao longo dos séculos XVIII e XIX. (CARRARA, 1996)

Na época, a revelação de um conceito baseado em doutrinas cristãs e idéias filosóficas, chamado de *degeneração*, foi definido por MOREL (apud CARRARA, 1996), associando o biotipo humano a uma patologia. Assim, se definiria como: “conjunto de desvios doentios do tipo normal da humanidade que, transmissíveis hereditariamente, evoluem progressivamente em direção à decadência”. Segundo CARRARA (1996), a teoria seria amplamente estudada nas áreas da psiquiatria, da antropologia-criminal e criminologia.

No Brasil, este conceito chamou a atenção de cientistas, aplicando esta teoria à análise de grupos sociais e indivíduos. Por influência, ajudaria a formar perfis sociais distintos. CARRARA (1996, p.59) descreve-os como: “o criminoso, o louco, o gênio, o homossexual, o judeu, o mulato, a prostituta, o libertino, o venéreo”. Segundo ele, todos esses perfis estariam, de algum modo, ligados à idéia de *degeneração*, atribuindo um valor simbólico, que aos poucos se revelaria perigoso à análise social. Não tão pouco diferente esta relação, dirigida aos estudos sobre a sífilis, iniciaria a partir do início do século XX.

Percebida pelo sífilógrafo Silva Araújo, a sustentabilidade dos argumentos nesta relação considerava o caráter hereditário da doença e dos traços psicofisiológicos degenerativos que possibilitariam gerar ao descendente. A interpretação influenciou muitos especialistas brasileiros, porém, tal recurso contribuiu também negativamente para o processo de formação da simbologia imoral atribuída à doença e principalmente às suas vítimas. Desse modo, todos os sífilíticos estariam condenados à crueldade do preconceito.

O período em que ressurgia o processo de sífilização social no Brasil, meados do século XIX, trazia também a abolição da escravatura, a industrialização e a imigração ao país. Em consequência, viria também a miséria, a prostituição, o desemprego e a urbanização das cidades, provocando a precarização da saúde pública através do crescimento populacional desordenado e as inevitáveis endemias e epidemias de muitas outras doenças graves como a febre amarela e o cólera. (VAINFAS, 1986)

Neste novo cenário, entre os sífilíticos estariam: as prostitutas, os imigrantes, os militares, as mulheres domésticas, os negros alforriados, os negros escravos e os

descendentes desses grupos sociais. (CARRARA, 1996) O principal grupo social vitimado pela sífilis e apontado pela maioria de suas disseminações no país foi o de prostitutas. Precedentes de uma fama milenar e vulgarmente discriminatória, as prostitutas estariam entre os principais agentes degenerativos da sociedade. Estigmatizada pela conduta de depravação, luxúria e pecado, a prostituição tornou-se uma espécie de ameaça à integridade moral e física do indivíduo.

Na sociedade moderna brasileira, a partir de 1840, chamava a atenção o crescimento da prostituição feminina no Rio de Janeiro. Esse fato teria explicação pela transição socioeconômica sofrida pelo país. O flagelo social da miséria e do desemprego, gerados pelo crescimento acelerado da população nos grandes centros urbanos, tornou-se inviável à população de mulheres pauperizadas pela precária oferta de trabalho. Muitas delas imigrantes, ou, ainda, negras alforriadas de sua escravidão, encontraram na prostituição um meio melhor de sobrevivência. Mesmo muitas das negras ainda escravas, eram obrigadas por seus senhores a se prostituírem, para tirar lucro de parte de seus recebimentos. (VAINFAS, 1986) Com relação a essa situação, CARRARA observa que:

Se, em alguns contextos nacionais, as prostitutas foram diretamente culpabilizadas pela difusão das doenças venéreas, teriam sido, em países como os Estados Unidos, perseguidas pelas leis e encarceradas em prisões, de um modo geral, médicos e sifilógrafos brasileiros tratavam de “compreender” o comércio secular entre homens e as prostitutas a partir de suas causas. Como dizia o brasileiro Neves Armond, as prostitutas eram as “vítimas algozes” por excelência da sífilis, pois raramente escolhiam livremente entregar-se a seu “infame comércio”. Para Costa Ferraz, o problema da prostituição e, conseqüentemente das doenças venéreas era fruto de uma crise que se caracterizava principalmente por seus aspectos sociais e econômicos: marginalização da mulher, pobreza urbana crescente, ignorância das mulheres pobres. (CARRARA, 1996, p.159)

À medida que aumentava a população de prostitutas na região, se fazia a necessidade de uma atitude médica diante da situação preocupante de epidemias de sífilis e outras doenças venéreas que afligiam a população. (CARRARA, 1996)

Em razão da relação da prostituição com a disseminação da sífilis, foi gerada uma mobilização de médicos e autoridades policiais. Seria feita uma intervenção com vistas para o controle da população prostituída, a fim de combater a intensiva disseminação de doenças, através de uma estratégia de regulamentação da profissão. Sem poderes para erradicar uma profissão historicamente ativa, os

militantes desenvolveram fortes apelos de argumentos morais com o propósito de pelo menos minimizar a densa massa de prostituição que havia se formado naquele período.

Para os médicos, a prostituição era por si só uma enfermidade, um desequilíbrio sexual. Esta constatação influenciaria a atitude médica, considerando que este “mal” havia tomado grandes proporções e escondia uma ameaça de efeitos devastadores na população. Sobre este conceito, VAINFAS (1986:173) afirma que: “A concepção da prostituição como uma ameaça revestida pela capa enganadora da beleza e do amor é muito recorrente no discurso e se expressa, por exemplo, na imagem da prostituta construída pelo médico.” A intervenção dos médicos qualificava o meretrício como “um grande mal” à sociedade, alertando sobre o perigo moral e desonroso às famílias. Porém, tais argumentos foram ignorados pela imprensa e pela própria autoridade imperial, D. Pedro II. Segundo VAINFAS (1986), o imperador considerou a medida irrelevante, alegando que executar tais procedimentos seria reconhecer a legalidade dos serviços. Mesmo assim, os ferrenhos alarmes por medidas urgentes, deram, aos médicos, ordem para estabelecer a criação de bordéis higienizados e a adoção de medidas de controle legal do meretrício. (VAINFAS, 1986)

Contudo, a luta dos médicos para sanear a cidade dos agravantes que a prostituição ofereceria com o contágio descontrolado da sífilis obteve grandes avanços para o combate do “mal venéreo”. Porém, na afirmação de seus argumentos, teria reafirmado a questão do estigma social sobre a doença. Esse efeito, segundo VAINFAS (1986), mostra que:

Sem romper ou negar o ideário cristão, o discurso médico acaba por recriá-lo, transformando-o em instrumento eficaz na superação dos obstáculos que se interpunham entre o médico e os temas situados no terreno do quase proibido. (VAINFAS, 1986, p.173)

Refletindo sobre este efeito, pode-se observar que o mesmo impacto de intervenção que oferece uma reorganização no controle epidêmico, por outro lado, sem querer, acaba por refazer o discurso do preconceito antes predominante na concepção médica. Não pelo intuito primário que objetivou o empenho, e sim pelo poder de uma estigmatização social historicamente construída, que atribuída à moral, de modo eficiente, consegue controlar de certa maneira o poder de

disseminação da doença, porém, a intervenção, faz regenerar o preconceito que embasa a marginalização social e a inibição dos doentes.

Os militares foram também um dos grupos mais afetados pelas epidemias da doença. Segundo CARRARA(1996), a partir de 1870, não só a sífilis como outras doenças venéreas eram diagnósticos frequentes entre suas enfermidades. O autor supõe que este fato teria se dado em vista da relação destes militares em combate na Guerra do Paraguai. Tais considerações têm fundamento em noticiários escritos por médicos militares, como o cirurgião-mor das forças brasileiras na Guerra, que segundo ele, teria escrito para a Gazeta Médica da Bahia: “(...) as úlceras de caráter sífilítico tem tido considerável desenvolvimento depois do aprisionamento em grande escala de mulheres paraguaias, as quais, cobertas de sífilis, vão contaminar o nosso Exército (...)” (CARRARA, 1996, p.78)

Até o final daquele século, a sífilis entre os soldados brasileiros constituía a maior causa de internações nos hospitais militares, em razão de complicações secundárias e terciárias da doença. Em 1883, o médico-militar José de Oliveira afirmaria o agravamento desta situação dizendo que: “Se a tuberculose representa no Exército Brasileiro a maior cifra mortuária, se os embaraços gástricos não lhe cedem o passo na questão numérica, as moléstias venéreas e sífilíticas avantejam-se às duas.” (CARRARA, 1996, p.79)

Por isso, a disseminação tomaria também como alvo as mulheres domésticas, que supostamente, esposadas de militares ou mesmo de homens cuja conduta sexual se daria de forma extraconjugal, nas casas de prostituição, ainda não regulamentadas pela lei, seriam as próximas vítimas das doenças, além de seus filhos.

Portanto, naquele momento histórico, a realidade epidêmica no país se agravara de modo que se manifestava silenciosa e desordenada entre os diferentes grupos e relações sociais, cujo controle encontrado pelos médicos especialistas foi a regulamentação legal das prostitutas e a higienização dos prostíbulos.

Esta intervenção será discutida com maior ênfase a seguir, no tópico que revela as fases da luta *antivenérea* no país.

### **3.2.5 AS PRIMEIRAS CAMPANHAS: UMA LUTA ANTIVENÉREA NO BRASIL**

Como vimos, ao final do século XIX, as primeiras campanhas de combate ao “mal venéreo” no Brasil foram focadas na regulamentação sanitária que tinha como alvo principal as prostitutas. Este modelo foi inspirado pela regulamentação do meretrício europeu, conhecido como o “*sistema francês*”, que previa o controle médico obrigatório e regular das prostitutas francesas. (CARRARA, 1996)

Este autor aborda o modelo *regulamentarista*, observando que:

A atitude dos *regulamentaristas* era, em certo sentido, pragmática, pois do ponto de vista da profilaxia *antivenérea*, a questão não era fundamentalmente mudar o comportamento masculino, ou tampouco recuperar as prostitutas. Importava apenas submetê-las obrigatoriamente a exames regulares e ao tratamento, se contaminadas. Assim, a feição do comércio secular entre homens e mulheres públicas permanecia intacta. Embora propusessem a moralização do espaço público, os *regulamentaristas* não supunham uma mudança profunda dos comportamentos individuais. As prostitutas continuariam existindo e os homens continuariam a visitá-las. (CARRARA, 1996, p.166-167)

No entanto, a iniciativa médica de efeito moralista deste modelo seria amplamente contestada por membros do próprio meio sifilográfico brasileiro, entre os quais se diziam *abolicionistas* do método empregado nesta intervenção. A manifestação do discurso *abolicionista* da regulamentação sanitária no Brasil foi influenciada pela fundação, no ano de 1877, em Genebra, da Federação Britânica e Continental pela Abolição da Prostituição. CARRARA (1996) afirma que o objetivo desta federação era justamente pressionar os governos europeus envolvidos com o regulamentarismo, a revogarem as normas deste modelo.

Os argumentos que embasavam o discurso *abolicionista* se encontravam em três critérios: o critério da “**eficácia**”, que via a regulamentação como um processo ineficaz, considerando que este método contribuiria para a reversão do controle, através da fuga e resistência das prostitutas, aumentando assim o número de clandestinas em exercício. Em segunda análise, o critério “**jurídico-político**” defendia o direito comum às prostitutas que, expostas ao regulamento, estariam perdendo este direito. E, por último, o critério da “**moralidade**” que correspondia ao caráter imoral que a regulamentação adotava, legitimando a prostituição como profissão legal. (CARRARA, 1996)

A disputa técnica entre as correntes da sifilografia provocaria um embate ideológico entre *regulamentaristas* e *abolicionistas* em meio ao empenho da

medicina no controle das epidemias de doenças venéreas e da sífilis. O período em que se daria este embate de idéias seria travado desde o final do século XIX até a quarta década do século XX. (CARRARA, 1996)

O ilustre sifilógrafo brasileiro Silva Araújo, precursor da regulamentação sanitária no Brasil, morre no ano de 1900. (CARRARA, 1996) Os sucessores de seus ensinamentos não estavam dispostos a enfrentar a iminente pressão *abolicionista*.

Mesmo assim, no Paraná a partir do ano de 1918, junto ao Serviço de Profilaxia Rural de Curitiba, o sanitarista de Manguinhos, Heráclides C. de Souza Araújo, assume a chefia e cria o **Dispensário Anti-sifilítico de Curitiba** que, em seguida, no ano de 1919, é acordada entre o serviço e a polícia local a criação do novo **Serviço Higiênico-Policia das Meretrizes**. Esse serviço foi destinado ao recenseamento e identificação das prostitutas, por meio de notificação compulsória e caderneta de identidade especial, que mantinha o registro do estado de saúde das mesmas, com tratamento gratuito. (CARRARA, 1996) Entretanto, este trabalho seria abalado pela oposição ao longo das próximas décadas.

A mobilização entre as linhas de trabalho, mesmo divergentes, impulsionaria a criação de diversas instituições voltadas ao combate do “mal venéreo” em várias regiões do país. O trabalho destas instituições estaria voltado à prática educativa e à luta por políticas públicas a serem cedidas pelo governo. Entre elas estavam a **Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral** (RJ) e a **Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária** (SP). (CARRARA, 1996)

Contrária aos critérios da política sanitária regulamentar, a ideologia *abolicionista* promovia um modelo de atuação profilática, chamado **pedagógico-disciplinar** que, em gênese, enfatizava a prevenção sexual do indivíduo através da reeducação dos hábitos sexuais, adotando uma conduta de abstinência sexual pré e extraconjugal. Nessa linha, o sifilógrafo Eduardo Rabelo seria o principal defensor do modelo no Brasil. (CARRARA, 1996) Para ele, a educação não necessitaria de métodos coercitivos, mas sim de uma aproximação entre médicos e pacientes, com base em uma estratégia de abordagem que trouxesse as prostitutas à procura dos órgãos sanitários e não mais o controle compulsório. Nessa perspectiva, a explicação de CARRARA considera que:

A educação higiênica a ser empreendida teria uma dupla função. Primeiramente, como vimos, divulgando a gravidade da doença, predisporia os indivíduos à intervenção médica, sem que fosse necessário recorrer à força. Assim também, num primeiro encontro, a adoção da notificação compulsória dos casos de sífilis devia ser evitada. Enquanto a campanha educativa não fizesse desaparecer o caráter vergonhoso da doença, tal medida iria apenas contribuir para aumentar ainda mais o número de indivíduos que, temerosos de verem sua doença divulgada, ou não se tratavam, ou o faziam com charlatões e curandeiros. (CARRARA, 1996, p.196)

A partir de 1914, com o advento da primeira grande guerra, a profilaxia militar garantiria um papel fundamental na conquista de novos horizontes para a política nacional de saúde. As campanhas e estudos na saúde militar conquistaram o interesse do Estado. (CARRARA, 1996)

Já na década de 20 do século XX, a criação do **Departamento Nacional de Saúde Pública**, em interesse às idéias de Rabelo, dariam origem ao **Regulamento Sanitário de 1920**. Este regulamento previa o planejamento e expansão das campanhas da luta antivenérea, o tratamento profilático gratuito e a criação da **Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas**. Dec.nº. 14.354 de 15/09/1920, art. 93 (apud CARRARA, 1996, p.219-220)

No entanto, a efetividade dos objetivos de atuação da nova lei estaria sendo desvirtuada. O modelo *reglamentarista*, que Heráclides C. de Souza Araújo defendia, por nomeação do próprio Eduardo Rabelo, seria vinculado aos programas do governo em seu modo de intervenção. Segundo CARRARA (1996), em junho de 1921, o sanitarista inaugurava, no antigo Instituto Pasteur de Belém, o **Instituto de Profilaxia das Doenças Venéreas**.

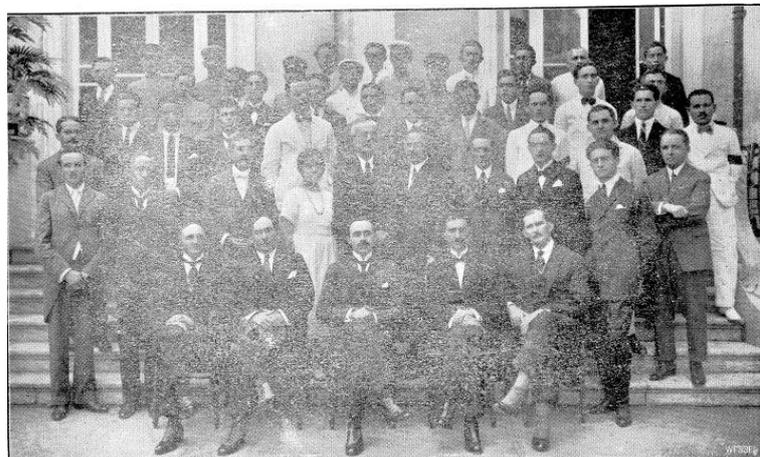


Figura 11 - Fundadores do Instituto de Profilaxia das Doenças Venéreas de Belém-PA  
Fonte: ARAÚJO, 1922

A imagem abaixo mostra o cartão de matrícula do Instituto de Profilaxia, utilizado para registrar dados cadastrais dos doentes submetidos ao tratamento. (ARAÚJO, 1922)

— 194 —
— 195 —

**4. PRIMEIRO ANNO DE FUNCIONAMENTO DO INSTITUTO**

Baseado nos dados numericos que me forneceu o director do Instituto, Dr. Hilario Curjão, posso informar á classe medica e ao publico em geral qual foi o movimento do Instituto de Prophylaxia das Doenças Venereas durante o seu primeiro anno de funcionamento.

**CARTÃO DE MATRICULA**  
**FRENTE**

**Prophylaxia Rural**  
no Estado do Pará

**Serviço contra as Doenças Venereas**

*Procure o Instituto de Prophylaxia á rua João Diego (antigo Pasteur) para se tratar GRATUITAMENTE da syphilis, da gonorrhéa e do cancro venereo.*

MATRICULA N. \_\_\_\_\_

**VERSO**

A Syphilis é doença muito perigosa para a propria pessoa, para a familia e para a raça. Ella pôde produzir doenças do coração, paralyisa, loucura, deformidade ou morte dos filhos.

A Gonorrhéa ou «esquentamento» é, tambem, como a syphilis, muito perigosa; pôde causar, no homem, lesões do coração e das juntas; na mulher, grande numero das affecções graves do utero e nos filhos a cegueira.

O Cancro molle confunde-se muito com o cancro syphilitico e a mesma ferida pôde ter os microbios de ambos. Só o medico, com o microscopio, está em condições de tirar a duvida.

Para livrar-se de todos esses perigos procure logo um dispensario, assim que apresentar a menor ferida ou corrimento suspeito.

A Saúde Pública faz esta SORTE e tratamento nos dispensarios.

Todo e qualquer individuo que vae ao Instituto com o fim de fazer uma consulta medica para doença venerea ou

dermatoses, é matriculado em livro especial, que se acha á entrada do estabelecimento. Essa matricula consta, além do numero, data e nome por extenso da pessoa consultante, de mais os seguintes informes de identidade: idade, côr, sexo, naturalidade, residencia e profissão.

Recebe o interessado o seu cartão de matricula, apenas levando manuscrito o numero do seu registro no livro da secretaria. Cada pessoa é inscripta uma só vez e o seu cartão de matricula serve-lhe para todos os tempos. Adoptamos um cartão do tamanho e com os dizeres do modelo acima impresso.

Não existindo na praça um papel-panno bastante resistente, usamos cartolina. Sempre que o cartão suja o doente pede outro. Feita a matricula do doente, um funcionario do Instituto o encaminhava ao respectivo consultorio de accordo com a sua idade e sexo.

Adoptamos tambem no Instituto os quatro modelos de fichas da Inspectoria Geral do Rio, sendo: uma para syphilis, outra para gonorrhéa, uma terceira para cancro molle e a quarta feita de modo a servir para qualquer dermatose, excepto a lepra, para a qual existe ficha especial.

Não podendo dar aqui um *fac-simile* dessas fichas, mandei transcrever os seus dizeres, para conhecimento dos interessados.

**Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural no Estado do Pará**  
Inspectoria de Prophylaxia da Lepre e das Doenças Venereas

Numero da matricula..... Numero da ficha.....  
 Dispensario..... de..... de 192.....  
 Nome.....  
 Idade..... Sexo..... Côr..... Profissão..... Nacionalidade.....  
 Filiação.....

**Leia o outro lado do cartão**

**SERVIÇO DE SANEAMENTO E PROPHYLAXIA RURAL NO ESTADO DO PARÁ**  
Inspectoria de Prophylaxia da Lepre e das Doenças Venereas  
**SYPHILIS**

Numero da matricula..... Numero da ficha.....  
 Volte ao Dispensario..... de..... de 192.....  
 Nome..... Sexo..... Côr..... Profissão..... Nacionalidade.....  
 Filiação.....  
 Estado civil..... Quando se casou?.....  
 Residencia.....  
 Quando se infectou?..... Fonte da infecção.....  
 Houve desinfeção preventiva, quanto tempo depois?.....  
 Localizayão da lesão inicial.....

Figura 12 - Cartão de matrícula do Instituto de Profilaxia  
Fonte: ARAÚJO, 1922

Além da referente Instituição, em substituição ao antigo hospital estadual de isolamento de variolos, o médico criava também um hospital para prostitutas sifilíticas, o **Asilo das Madalenas**. (CARRARA, 1996)



Figura 13 - Asilo das Madalenas  
Fonte: ARAÚJO, 1922

Neste local, as prostitutas eram atendidas gratuitamente e com um prévio registro compulsório mediante a carteira de identificação legal, demonstrada nas imagens abaixo:



Figura 14 – Carteira de Identificação Legal  
Fonte: ARAÚJO, 1922

2

SERVIÇO MEDICO-LEGAL

GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DO PARÁ

Carteira que a presente Carteira pertence a

Nome *Margarida Rosa Oliveira*

Filho de *Alcides Pereira da*  
*Oliveira*

Nacionalidade *Brasileira*

Naturalidade *Maranhão*

Data do nascimento *6 de Outubro 1893*

Estado civil *Solteira*

Instrução *Baixa*

Estatura *1<sup>m</sup> 53 educada*

Marcas e sinais particulares visíveis na vida ordinária:

Rosto

Mão direita

Mão esquerda

NOTAS CHROMATICAS:

Côr da pele *branca* Particularidades

Cabelos *castanho*

Olhos *castanho*

3

INDIVIDUAL

DACTILOSCOPICA

SYSTEMA VOZNIKOV

Direita *4333*

Esquerda *2324*

Se avaliada Carteira que tiver  
o valor de 1000,00

ASSIGNATURA DA IDENTIFICADA:

*Margarida Rosa Oliveira*

A presente Carteira só terá valor dentro de um anno a contar da data de sua expedição, findo o qual deverá ser apresentada ao Gabinete para substituição.

POLEGAR DIREITO

9

Belém (Pará) em *7*  
de *Outubro* de 1921

*S. Prudente*  
DIRECTOR DO GABINETE.

4 PROPYLAXIA DA LEpra E DAS DOENÇAS VENEREAS NO ESTADO DO PARÁ

4

SERVIÇO HYGIENICO-POLICIAL

DAS MERETRIZES

1 - A presente cadorneta deverá ser exhibida ás autoridades policiaes ou sanitarias em inspecção ás casas de mulheres, sempre que estas assim o exigirem.

2 - Deverá a portadora comunicar á Policia, para ser archivado no Promptuario a cargo do Gabinete de Identificação, a mudança de residência.

3 - Todas as meretrizes são obrigadas a um exame medico semanal no dispensario anti-syphilitico, do Serviço de Prophylaxia Rural, obrigando-se a tratamento, em caso de affecções que offereçam perigo de contagio.

4 - Toda a meretriz inscripta no dispensario que for denunciada como fonte de uma infecção syphilitica ou venerea por qualquer individuo, será punida com a multa comminada na Lei, assim como quando não cumprir as notas ns. 1, 2 e 3.

5

ESTADO HYGIENICO DA EXAMINADA

CONSTATACÕES DO MEDICO

EXAME	RESULTADO
<i>Margarida Rosa Oliveira</i> <i>1921</i>	<i>sem infecção</i> <i>em 10 de Outubro de 1921</i>
<i>Margarida Rosa Oliveira</i> <i>1921</i>	<i>sem infecção</i> <i>em 10 de Outubro de 1921</i>
<i>Margarida Rosa Oliveira</i> <i>1921</i>	<i>sem infecção</i> <i>em 10 de Outubro de 1921</i>
<i>Margarida Rosa Oliveira</i> <i>1921</i>	<i>sem infecção</i> <i>em 10 de Outubro de 1921</i>
<i>Margarida Rosa Oliveira</i> <i>1921</i>	<i>sem infecção</i> <i>em 10 de Outubro de 1921</i>
<i>Margarida Rosa Oliveira</i> <i>1921</i>	<i>sem infecção</i> <i>em 10 de Outubro de 1921</i>

Figuras 15 e 16 - Imagens de uma carteira de identidade do serviço médico-legal e médico-policial das meretrizes  
Fonte: ARAÚJO, 1922

O método compulsório destes atendimentos, que se consolidava pela ação policial, era, porém, uma conduta que não estava de acordo com os ideais de Rabelo. O que provocaria ainda muitas contestações abolicionistas. Sobre esta constatação, CARRARA (1996) comenta:

Sem dúvida, o fato de um Regulamento avesso à vigilância médico-policial das prostitutas ter dado lugar a uma experiência tão claramente *regulamentarista* quanto a do Pará não deixa de ser revelador, de modo pelo qual as conciliações nele presentes podiam gerar interpretações discordantes. (CARRARA, 1996, p.229)

Na foto abaixo, as prostitutas aparecem aguardando a realização de exames no Instituto de Profilaxia das Doenças Venéreas (PA).

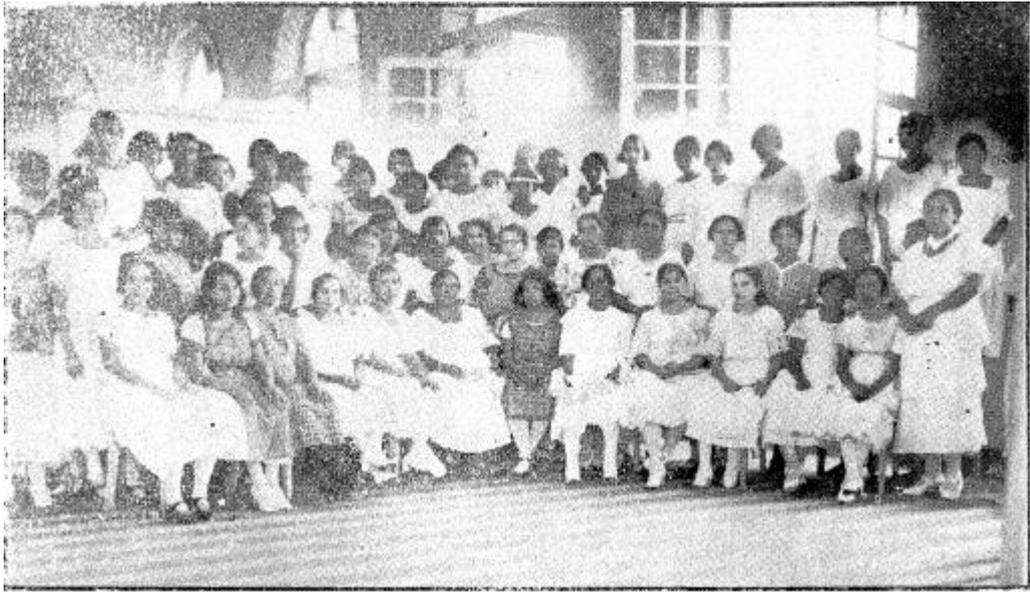


Figura 17 – Prostitutas aguardando exames no Instituto de Profilaxia das Doenças Venéreas-PA  
Fonte: ARAÚJO, 1922

Ainda sobre este fato, o autor afirma que até 1922, Souza Araújo seguiria com a execução dos trabalhos às condições do seu modelo. Porém, neste mesmo ano, se retomaria o confronto de idéias na Capital Federal, posteriormente.

Em 1923, é criada a **Fundação Grafée-Guinle**, que funda seu hospital destinado ao atendimento especializado em doenças venéreas, com atenção primordial aos casos de sífilis. (CARRARA, 1996)

No ano de 1928, o inglês Alexandre Fleming revela a descoberta da penicilina (*penicillium notatum*), como a cura da sífilis e revoluciona o tratamento da doença. (CARRARA, 1996)

A partir da terceira década do século XX, as campanhas estariam em auge, realçadas pelo empenho do **Círculo Brasileiro de Educação Sexual**, criado em 1933, no Rio de Janeiro, divulgando diversas campanhas focadas no preconceito e no cuidado higiênico individual. Também em adoção ao método, as conferências nacionais e internacionais, em prol do controle epidêmico, se estenderiam até a década de 40, atuando em propagandas.

Em observação à imagem abaixo, nota-se que as campanhas eram destinadas ao público masculino. (CARRARA, 1996)

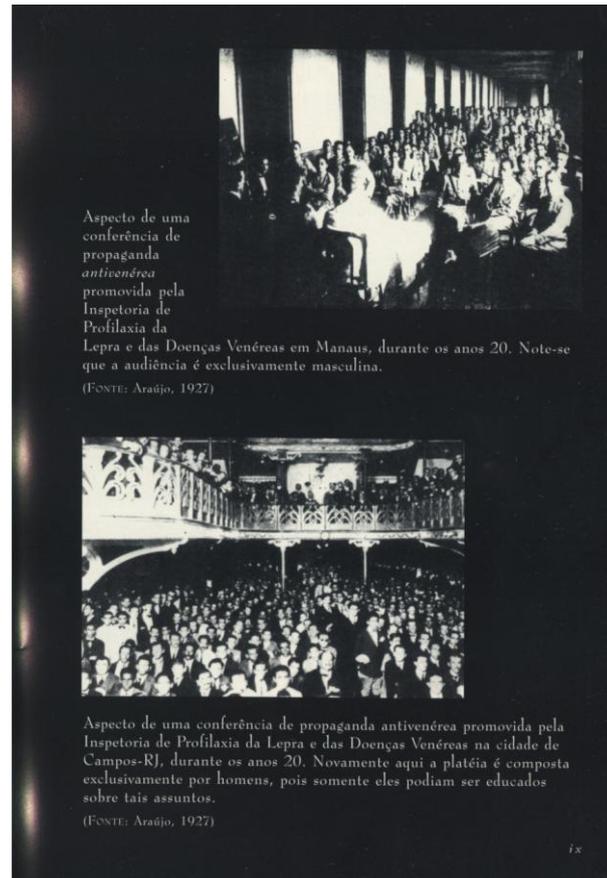


Figura 18 – Propagandas em prol do cuidado e da higiene individual e contra o preconceito  
Fonte: ARAÚJO apud CARRARA, 1996

De certo modo, o fato está vinculado à comercialização da prostituição, que, por ser frequente na época, tornava-se um fator determinante do contágio masculino, simbolizando uma responsabilidade maior ao homem no apelo das campanhas.

Entre os feitos sanitários da época, mesmo após as divergências de modelo da implantação, até 1934, a ação da **Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas** seria intensificada no país, assessorando 15 estados brasileiros ao longo de sua permanência. Com a reforma do **Departamento Nacional de Saúde Pública** no Governo de Getúlio Vargas, a instituição seria extinta. (CARRARA, 1996)

Em 1940, seria realizada no Brasil a **1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis**. O intuito da conferência se baseava em reivindicações sobre as medidas do programa da Reforma. (CARRARA, 1996)

Enfim, a política que revolucionou décadas de história da saúde pública no Brasil, se fez por mérito da sua medicina, que, mesmo em conflitos de base técnica, deixou uma história de luta no país, proporcionando um exemplo de iniciativa e de

dedicação que se estenderia às reivindicações direcionadas à concepção do Estado Novo, desenvolvendo-se com fervor até a quarta década do século XX.

Contudo, nos estudos de CARRARA(1996) percebe-se que a reorganização estatal que promovia a reforma sanitária, a partir dos anos 20, juntamente com a comprovação de eficácia da penicilina divulgada na década de 40, possibilitou amenizar significativamente os agravos epidêmicos da sífilis no país, desmistificando a doença e os seus temores na sociedade brasileira.

### **3.3 ASPECTOS ATUAIS**

#### **3.3.1 O CONTEXTO SOCIOECONÔMICO CONTEMPORÂNEO E AS EPIDEMIAS NO BRASIL**

Atualmente, o contexto socioeconômico contemporâneo traz uma nova realidade, e consigo a superpopulação, a urbanização, a globalização e a tecnologia. Fatores muito semelhantes aos que foram relatados pelo período histórico no Brasil, transformando o cotidiano de milhares de pessoas, através do desemprego, da miséria e marginalização social. Em consequência deste processo, a transformação social impacta potencialmente sobre a formação de endemias e epidemias de inúmeras doenças. (HELMAN, 2003) Nessa perspectiva social, a sífilis chama a atenção pelo comportamento de suas epidemias, que têm revelado atualmente um ressurgimento compatível com as epidemias de sua última estréia em meados do século XIX.

De acordo com HELMAN (2003), os fenômenos epidêmicos estão estreitamente ligados aos fatores culturais que estão inseridos no contexto socioeconômico. Esses fatores englobam aspectos psicossociais, físicos, econômicos, familiares, sexuais, educacionais, religiosos e até ambientais que determinam o desenvolvimento do comportamento humano.

Ao considerar hoje, o Brasil, um país que enfrenta sérios problemas de ordem econômica e social, necessariamente, suas epidemias não teriam um padrão de *status* diferente neste sentido.

A partir dos eventos científicos que foram desenvolvidos e sucessivamente comprobatórios, face à transmissibilidade das doenças venéreas por agentes etiológicos específicos, entre os séculos XIX e XX, a concepção moral da Igreja no Brasil seria aos poucos desarticulada do contexto epidemiológico, por basear o contágio na idéia de um ato punitivo. Mesmo com a influência da concepção cristã sobre os padrões sociais que a medicina incorporava neste período, reafirmando valores da integração familiar, a imposição moralizadora religiosa que fazia da sexualidade um ato de pecado, se desfez por conta dos parâmetros sociais da nova política sobre o conceito de sexualidade, abordados pelas propagandas das campanhas que enfatizavam o combate ao preconceito e a educação sexual. Do mesmo modo, a teoria freudiana sobre a sexualidade teria sua influência na sociedade (BOZON, 2004).

Nessas transformações de concepção social, a realidade contemporânea se configuraria abrindo discussões do uso dos métodos contraceptivos e profiláticos, ainda em meados do século XIX, e que seriam comercializados com maior frequência já nos países desenvolvidos, a partir de 1960. Essa evolução das práticas sociais, aliada à modernidade industrial, exigia um novo padrão comportamental da sociedade, adotando a contracepção como forma de controle de natalidade e epidemias. (BOZON, 2004)

### **3.3.2 MEDICINA E SÍFILIS: DESAFIOS ATUAIS NO PAÍS**

A realidade da saúde pública no país hoje está fortemente condicionada aos aspectos socioeconômicos e também culturais que a sociedade vivencia. Por outro lado, tais aspectos contribuíram de maneira favorável ao desenvolvimento científico e tecnológico, o que permitiu a evolução do conhecimento e da técnica referente às mais variadas áreas em que o cidadão brasileiro atua. Sem dúvida, entre elas, a

medicina hoje pode ser considerada uma das áreas mais privilegiadas neste sentido. Mesmo assim, o controle de endemias e epidemias no país atual, assim como na sua história, continua sendo um desafio em torno dos frequentes índices na população.

No caso da sífilis, os estudos epidemiológicos atuais observam questões muito distintas das questões típicas da realidade epidêmica que assombrava o país no período da industrialização. Hoje, a doença não possui mais o caráter moral que assumiu em tempos atrás, porém, a AIDS toma esse conceito. Para CARRARA (1985), a “ameaça geral” da AIDS, pode estar vinculada ao mesmo critério moralista e mobilizador que a sífilis assumiu em tempos atrás. O próprio conceito médico, assim como de outras categorias, hoje, discute sobre suas concepções a respeito, que, segundo ele, fazem parte de “um jogo ainda aberto”. Neste “jogo ainda aberto”, a AIDS aparece hoje como um estigma sustentado pelo apelo da mídia e da própria medicina, que, esta, ao tentar esclarecer e alarmar os efeitos da doença acaba por agravar a situação discriminatória, salientada aos indivíduos ou grupos de risco. O autor citado ainda indica que logo de início, a doença promoveu uma discussão entre a categoria médica. Eram assim, os *unifatoriais*, defensores de uma causa só, viral e os *multifatoriais*, defensores da concepção que considera os fatores associados à pré-disposição da doença.

Em análise aos dois conceitos, o autor revela que ambos têm fundamentos em comum e, portanto, sugerem um complemento entre si, considerando que os exames clínicos analisados (unifatoriais) pelos médicos avaliam a soropositividade, a exatidão da infecção provocada pelo vírus. Por outro lado, como sugere Carrara (1985), a intervenção médica limita-se ao aconselhamento do comportamento sexual. Neste último caso, os hábitos estão intimamente relacionados às medidas de prevenção das DSTs, e envolvem outros fatores culturais que prevêm uma conduta mais ou menos favorável ao contágio (multifatoriais).

Segundo HELMAN (2003), ao longo dos últimos anos, a mídia tem uma influência relevante quanto à metaforização moral da AIDS no mundo, com uma série de denominações que provocam o medo e a discriminação na população. Tais denominações se referem a um tipo de “desordem”, uma “peste gay” ou ainda, como um flagelo “punitivo”. São elementos que alimentam a estigmatização dos grupos sociais de risco como as prostitutas, os homossexuais e os usuários de drogas.

Na verdade, todas as doenças sexualmente transmissíveis dispõem do estigma da moralidade, em menor ou maior grau. Porém, o agravamento que tem preocupado a saúde pública no país, considera a correlação do advento da AIDS, com as demais DSTs, uma ameaça em potencial. Para explicar a origem desta interação epidemiológica, devemos nos remeter aos anos 40 do século XX. Naquele período, com a descoberta da penicilina, a sífilis estaria praticamente à beira da erradicação.

Assim, segundo Milanez (2008), a incidência da doença no país voltaria a crescer a partir da década de 60 e ainda mais na década de 80, a partir da influência do início ao uso de drogas ilícitas e a liberalização sexual no mundo, que se mostrava em protesto à censura e à repressão política dos regimes governamentais mundiais da época. Isso facilitaria a contaminação por DSTs, agravando-se com a chegada da AIDS a partir desta última década.

Portanto, é, mais uma vez, um reflexo, derivado de fenômenos sociais que, cedo ou tarde, demonstram seus efeitos na realidade da população.

A questão que envolve as DSTs, hoje no país, prioriza três desafios importantes para a epidemiologia: a coinfeção sífilis/AIDS; a sífilis gestacional e a sífilis congênita. Todas essas formas de infecção estão, em geral, interligadas pelo mesmo modo de transmissão. Por essa condição, tais doenças equivalem-se ao mesmo risco epidemiológico, potencializado pelo fator de correlação infecciosa, que como veremos a seguir, implica em altos índices de morbi-mortalidade, além de trazer complicações às políticas de controle e tratamento no país.

Em razão disso, veremos a seguir que o Ministério da Saúde, baseado em suas diretrizes de base, previu a criação de um programa especialmente desenvolvido para as ações de saúde em DSTs. Nesta implantação, a notificação compulsória sobre os casos confirmados de cada doença é exigida, e mais tarde, em 1993, este procedimento é atribuído ao Sistema de Informação e Agravos (SINAN). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

### **3.3.3 O PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS**

O enfrentamento social que as DSTs provocaram no país, agravado pelo advento da AIDS, a partir da década de 80 do século passado, deu início a uma luta similar à que a sífilis fez observar no seu último descontrole epidêmico. A mobilização social de organizações não-governamentais (ONGs), empenhadas no combate da AIDS, estimularam a iniciativa governamental do país.

Em 1986, estudos epidemiológicos indicaram índices crescentes de casos e óbitos de AIDS. O alarme, neste mesmo ano, deu origem à implantação do Programa Nacional de DST e AIDS. Além disso, as propostas da reforma sanitária, estabelecidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, trouxeram a abertura da implantação do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição Federal de 1988. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Há três anos, em reforço ao Plano Operacional do PN-DST/AIDS, faz-se divulgado na Resolução nº399 de 22/02/2006, o Pacto pela Saúde, consolidando o SUS e estabelecendo prioridades de suas Diretrizes Operacionais. Entre suas prioridades está o Pacto pela Vida, determinando objetivos que incluem a redução da mortalidade materna e infantil. Com base neste regulamento, as ações em DST e AIDS são reconhecidas pelo processo legislativo de saúde no Brasil, organizando-se em um conjunto de unidades e serviços, hierarquizados pelo organograma, disposto no anexo 2. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

### **3.3.4 A RELAÇÃO SÍFILIS X AIDS**

Sobre este novo aspecto, Brandão (2002) revela que a infecção por HIV está associada com as DSTs; em ocasião às lesões e ulcerações genitais provocadas por tais doenças facilitam a entrada do retrovírus, causando uma coinfeção. Nesse caso, segundo ele, a presença da sífilis está mais associada à prevalência do HIV do que a qualquer outra doença venérea. O que faz dos indivíduos com sífilis primária e lesão genital ulcerada terem um risco de 60% mais chances de serem

infectados pelo HIV. No Brasil, devido à subnotificação, o autor considera prejudicado o cálculo de incidência da sífilis, mesmo assim, a incidência estimada para o país, no ano de 1990, é de 10,3 casos de sífilis/100.000. De todas soroconversões documentadas, 18% destas foram atribuídas à sífilis. (BRANDÃO, 2002). Em consequência de informações inseguras sobre o número de casos, a contagem para a coinfeção da AIDS também sofre supostas discrepâncias.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a coinfeção sífilis-HIV, que se estabelece em gestantes, implica cuidados redobrados no tratamento. A considerar tal correlação, são relatados exames laboratoriais de gestantes que mostram a interação do HIV na manifestação da sífilis primária e secundária, alterando o aspecto das lesões. Isso implica a detecção do estágio clínico em que se encontra o processo sífilítico, pelo retardo de carga bacteriana causado pelo vírus do HIV, é, segundo ele, um risco por ocasião de exames falsos de negatividade.

Curiosamente, apesar dessa associabilidade coinfecciosa, que produz um fenômeno de prevalência da AIDS, duplicar esforços em prol de uma medida única de prevenção, observa-se um paradoxo de dilemas para ambas as doenças, que Brandão (2002) recorda:

No caso da sífilis, nenhuma outra doença infecciosa foi tão dramaticamente afetada pelo advento do antibiótico; no caso da AIDS, nunca se investiu tanto na procura de uma medicação mais específica e eficaz, ao menos para minimizar seus efeitos devastadores. (BRANDÃO, 2002, p.40)

Na verdade, são dilemas que podem também contribuir, silenciosamente, para a formação de uma banalização social em relação às doenças, aumentando os índices de morbidade. No caso da sífilis, o uso da penicilina em grande escala, a partir da década de 40, como já mencionado, de certa forma, aumentou as incidências da doença nas décadas posteriores.

De modo semelhante, os crescentes índices da AIDS podem também estar vinculados ao desenvolvimento de antiretrovirais. Além disso, em ambas as situações de infecção ou coinfeção, sobretudo, a adesão de medidas preventivas é o principal fator a ser analisado.

Nesse aspecto, a transformação dos hábitos de precaução remete a uma conscientização social considerável em vista do alcance. A realidade em que tais infecções se fazem presentes e, assim, agravadas pelo não-compartilhamento

destes cuidados, requer uso de medidas estratégicas, de modo que não agregam valores depreciativos a diversidade sexual. Nesse caso, o comportamento sexual individual é um ponto crucial para a intervenção, porém não é tão simples.

De acordo com HELMAN (2003), a explicação provém da variabilidade das culturas de gênero. Ele afirma que estudos etnográficos mostram que este caráter sexual é frequente em várias sociedades, sendo permissivo antes, fora e até dentro de uma união conjugal.

Desse modo, as relações extraconjugais e promíscuas sugerem um risco maior de contaminação. São assim, atributos da concepção cultural de algumas sociedades que estão diretamente relacionados ao comportamento sexual dos indivíduos. Nesses moldes, Helman determina que:

A existência de um rígido duplo padrão de comportamento sexual extraconjugal, em especial quando há recurso freqüente a prostitutas, também pode contribuir para a persistência e a disseminação dessas doenças. Nesse caso, as prostitutas atuam como depositárias da infecção dentro da comunidade. (HELMAN, 2003, p.150)

Dessa forma, é interessante notar como a influência do aspecto cultural torna-se poderosa na contraposição à profilaxia sexual. Baseando-se neste conceito, desenvolver medidas específicas de controle que possibilitem viabilizar estratégias de prevenção focalizadas nesta perspectiva, fazem-se necessárias ao desafio. Enquanto isso, a realidade epidemiológica da população pode ser observada em pesquisas.

Conforme a nova pesquisa nacional, do Boletim Epidemiológico de DST/AIDS 2008, se encontram dados informativos relevantes ao comportamento social e sexual da população brasileira, relativos à incidência das infecções por AIDS, sífilis congênita e em gestantes.

Em relação à AIDS, o boletim mostra que, de 1980 a 2008, a subnotificação atingiu um total de 15%, correspondente entre a incidência e notificação da doença. Neste mesmo período, os dados apresentam uma diminuição significativa dos índices da razão de sexo (M:F) no país, dos quais, em 1986 ,a razão representou 15,1:1, sendo que em 2006, a mesma razão representaria 1,5:1.

Outra pesquisa, também neste prazo, revela o número e percentual referente à exposição sexual e sanguínea à doença, em indivíduos com idade de 13 anos ou mais. O demonstrativo desta pesquisa aponta para uma tendência crescente de exposição entre heterossexuais; um nível de estabilidade na categoria homo/bissexuais; e uma redução da exposição sanguínea em usuários de drogas injetáveis. No ano de 2006, chama a atenção o índice de 96% do sexo feminino em exposição heterossexual, que vem a coincidir com os resultados que representam a tendência minimizante da razão de sexo. (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO AIDS/DST, 2008)

Em relação à transmissão vertical do HIV por gestantes, a pesquisa observada teve a mesma fonte do estudo anterior, e considerou o índice de casos e o coeficiente de detecção por 1000 nascidos vivos (Anexo 3). Este estudo revela que, entre os anos 2000 e 2008, o índice totalizou 41.777 casos e o coeficiente de detecção revelou-se evolutivo de 0,6 à 2,1, em escala nacional. (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO AIDS/DST, 2008)

De 1980 a 2007, o número de óbitos por AIDS no Brasil totalizou 205.409 em registro no SIM, dos quais, concentrando 67% deste valor, na Região Nordeste. (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO AIDS/DST, 2008)

### **3.3.5 SÍFILIS GESTACIONAL x SÍFILIS CONGÊNITA**

A sífilis gestacional e a sífilis congênita estabelecem uma relação dependente, que dará origem aos dados epidemiológicos, onde o primeiro caso se mostra um fator de risco para o desenvolvimento clínico do outro. A sífilis gestacional se dá através da contaminação inicial pelo agente *T. pallidum*, que caracteriza a sífilis adquirida, termo referente à forma original da doença. A partir do desenvolvimento deste processo clínico, a mulher, na condição de uma concepção fetal, corre o risco de transmitir a doença ao feto em formação. Não sendo identificada e tratada a doença se constituirá de forma congênita.

Por definição, a sífilis congênita é o resultado da disseminação hematopatogênica do agente *T. pallidum* da gestante infectada não-tratada ou

inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. Além desse risco, a contaminação também pode ocorrer durante ou após o parto, através do canal vaginal que apresente lesões genitais, ou ainda pela amamentação em decorrência de lesões mamárias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

De acordo com as Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita (2005), desenvolvidas pelo Programa Nacional de DST e AIDS, os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical são o estágio da doença na mãe e a duração da exposição ao feto no útero. A taxa de infecção em gestantes não tratadas é de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença, sendo que nas fases tardias esse percentual pode diminuir para até 30%.

A infecção pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença, oferecendo o risco de provocar aborto espontâneo, feto natimorto ou morte perinatal. Por tais motivos, a notificação compulsória da doença foi determinada já em 1986, tornou-se, a partir de 1993, um procedimento do SINAN. (MINISTÉRIO DA SAÚDE apud MILANEZ, 2008)

Além da prevenção à doença, o risco da mortalidade fetal ou perinatal é um dos motivos que preocupa a Vigilância Sanitária, no sentido de adotar medidas de prevenção que controlem também a incidência desses riscos.

Com este intuito, o protocolo desenvolvido pelo Programa Nacional de DST/AIDS, em 2005, visa ao diagnóstico e tratamento imediato de sífilis congênita ou puerperal, através da implantação de medidas de triagem, baseadas em duas situações: a **prevenção da sífilis congênita**, com orientações gerais de prevenção e educação sexual, antes e durante a gravidez e exames clínicos indicados ao diagnóstico como o VDRL para ambos os parceiros; e também, o **Controle da Sífilis Congênita**, a partir da efetividade de consultas em assistência pré-natal e exames clínicos também para ambos os parceiros ao longo do puerpério, além da notificação compulsória dos casos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

A partir de 2005, a pesquisa sobre sífilis em gestantes passou a fazer parte da notificação do SINAN e também foi pactuada na PAVS de 2008. Com isso, no período de 2005 a 2008, a pesquisa nacional de notificação do SINAN (Anexo 4), utilizou os mesmos critérios da pesquisa de transmissão vertical por HIV, em número de casos e coeficiente de detecção, encontrando um índice total de 10.792 casos,

onde 6.143 destes casos foram registrados em 2007 e destacados pelas Regiões Sudeste, Nordeste e Norte. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2008)

Entre os estudos sobre a doença que o Boletim Epidemiológico oferece pode-se observar que entre os anos 1998 e 2008, no país, o número em menores de um ano somam 46.530 casos, que se concentram com maior índice nas Regiões Nordeste (30%) e Sudeste (48%).

Também outra pesquisa referente à doença, realizada no mesmo ano, embasada na notificação de números e porcentagem de casos em menores de 01 ano de vida (Anexo 5).

Segundo as variáveis dos dados, verificou-se um maior número de casos, dos quais, em sua maioria, eram procedentes de mães com idade de 20 a 29 anos de idade (55%), escolaridade de 04 a 07 anos de estudo (37%), e adeptas do pré-natal(79%). Em relação ao pré-natal, do total, 55% dessas mulheres foram diagnosticadas no período gestacional, das quais 66% dos respectivos parceiros sexuais não aderiram ao tratamento conjunto. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2008)

Relativo ao período de 1996 a 2007, o valor de notificação do SIM (Anexo 6) obteve resultado de 1.189 óbitos no país, com maior número nas Regiões Norte de 33% e Nordeste de 46%. Na mesma pesquisa, o ano de 2006 eleva o coeficiente de mortalidade por sífilis para 3,2/100.000 nascidos vivos antes, também observado de 1996 a 1999, com oscilações de coeficiente de mortalidade entre 4,0 e 4,5/100.000 nascidos vivos. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/DST, 2008)

### **3.3.6 GRUPOS ATUAIS DE RISCO E VULNERABILIDADE**

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (2009), os indivíduos inseridos em grupos de risco e vulnerabilidade em DSTs no Brasil estão classificados em uma relação que considera vários fatores socioculturais como base para a classificação graduada em três níveis de associabilidade, demonstrados pela matriz de risco e vulnerabilidade, abaixo:

Ocorrência frequente de comportamento de risco e alta vulnerabilidade:	Ocorrência frequente de comportamento de risco e vulnerabilidade variável:	Ocorrência variável de comportamento de risco, mas alta vulnerabilidade:
Pessoas presas; Usuários de drogas injetáveis; Profissionais do sexo; Caminhoneiros; Garimpeiros	Homo/bissexuais (homens que fazem sexo com homens)	Crianças e adolescentes; Mulheres; Índios; Segmentos populacionais de baixa renda; Efetivos militares e conscritos das Forças Armadas

Quadro 1 - Matriz de Risco e Vulnerabilidade  
 Fonte: PN-DST/AIDS, 2009

De modo geral, vemos que as categorias envolvidas nesta classificação, referem-se à relação de diversos fatores da vida social, e que, constantemente condicionam a realidade epidemiológica da população em geral. Esse contexto social mais amplo determina também a exposição de outros indivíduos fora de risco ou vulnerabilidade.

A partir da identificação destes grupos, hoje, as políticas públicas de saúde do PN-DST/AIDS (PN-DST/AIDS, 2009) atuam com estratégias de prevenção, destinadas a:

- incentivar mudanças de comportamento associadas ao risco e à vulnerabilidade;
- modelos de intervenção baseados no esclarecimento das situações de vulnerabilidade e risco;
- desenvolver trabalhos de intervenção de saúde comunitária;

- fortalecer as redes sociais engajadas neste processo;
- estabelecer vínculos da política com a participação do setor empresarial e de outros agentes sociais, a fim de ampliar os meios de intervenção no combate às DSTs e AIDS.

Tais estratégias estão ao alcance da efetividade de ações em busca da redução dos elementos que contribuem para o agravamento da realidade observada nas estatísticas populacionais do país. Porém, sua efetividade depende da ampliação dos recursos sociais, políticos e econômicos disponíveis ao pleno desenvolvimento de impacto na perspectiva das campanhas.

### **3.3.7 AS NOVAS CAMPANHAS: O ENFOQUE DST/AIDS NO BRASIL**

Com o novo processo de implantação das políticas de saúde do PN-DST/AIDS no ano de 1986, as campanhas deste período foram de ênfase à AIDS, em função do auge de crescimento epidemiológico que havia se manifestado pela doença, no país. Inicialmente, tais campanhas desempenharam uma ação caracterizada pela ameaça global e pela discriminação social que a doença concebia, valendo-se dos conceitos da medicina e da ciência, que se revelaram assustadores, num primeiro período. O procedimento das campanhas não foi eficaz. Ele conseguiu reforçar o preconceito e inibir os portadores da doença a procurar os recursos assistenciais adequados, da mesma forma como aconteceu no caso da sífilis, dois séculos atrás. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Atualmente, as campanhas mudam a estratégia de representatividade do tema DST/AIDS, procurando agora desfazer o sentido discriminatório das questões que os aspectos socioculturais abordam. São campanhas que se desenvolvem com uma abordagem de respeito às diversidades de sexo e idade, a fim de diminuir o preconceito que impacta na plenitude da efetividade das medidas preventivas, que são fundamentais para o processo de educação da população sexualmente ativa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao considerar a historicidade epidêmica que a sífilis introjetou no Brasil, revelada desde o período colonial até a atualidade, descrito aqui, de modo sequencial, no decorrer de sua trajetória, podemos concluir sobre três aspectos que se mostraram relevantes em relação ao comportamento da doença, ao longo dos séculos. São aspectos econômicos, políticos e, sobretudo, culturais que, de forma concomitante à doença, se estabeleceram no contexto social brasileiro, interagindo entre si, transformando, assim, conceitos e realidades. Esses aspectos, naturais a qualquer forma de organização social, são fundamentalmente associados a valores que determinam a direção das experiências de vida. A partir desse pressuposto, pensar a sífilis no Brasil como um fator independente à sua incidência de morbimortalidade, na saúde da população, parece ser inconcebível diante do seu histórico.

A fim de desconstruir a realidade, que torna a sífilis, ainda hoje, um dos problemas sérios na saúde pública no país, vimos que as transformações do processo de manifestação da doença, desenhadas pela sua história epidemiológica, estão intrinsecamente vinculadas ao processo social contextual que dita a sua própria realidade.

Desse modo, em primeiro lugar, a realidade do período colonial frente à doença considerou aspectos políticos e econômicos que, em dado momento, aqui descritos, foram atribuídos à demarcação territorial dos colonizadores em interesse às terras, tendo como estratégia a miscigenação racial. O papel cultural desta época foi remetido ao forte embate de nações que se chocaram em situações hostilizantes de preconceitos e humilhações aos nativos e escravos, fértil à formação de uma concepção racial e discriminatória da doença.

Além disso, a precarização de saúde neste período também esteve por conta da cultura portuguesa, que, desleixada de asseios, já com sinais de crise monopolista, banalizava o cuidado de saneamento das cidades. No entanto, foi possível também observar o papel das epidemias pelo ângulo da ampliação de

serviços e da transformação de hábitos que ela proporciona nas suas diferentes formas de contexto.

Em períodos mais recentes, as epidemias que foram novamente agravadas a partir do século XIX estiveram, da mesma forma, condicionadas aos fatores políticos e econômicos de interesse nacional, desta vez, industrial e modernizador, que implicava nas condições de saúde da população massificada. Neste período, já em aspectos culturais, a doença ainda era fortemente hostilizada, o que, com certeza, tornou os doentes mais oprimidos, omissos e rebeldes ao tratamento, dificultando as primeiras tentativas de combate ao preconceito, realizadas pela categoria médica. Tal realidade epidemiológica, que estereotipou a prostituta como a forma luxuriosa do “mal”, direcionou a atenção das campanhas não só para este foco, mas, também, para o gênero masculino, como clientela. Além disso, a nova política sexual que havia influenciado as campanhas se reportaria também aos valores culturais da família mononuclear, desclassificando qualquer tipo de comportamento social organizado e sexual, fora desses padrões.

Diferente das configurações do contexto societário anterior, atualmente, em relação à sífilis, o discurso sobre o preconceito perde seu poder de estigma, antes fundado na concepção religiosa. Vence o valor científico. Como vimos, também, a mesma discussão hoje persegue a AIDS. No que consta, a sua notoriedade tomou grandes proporções, enfatizada como aterrorizante pela mídia e também pelas próprias campanhas que caracterizaram, em primeiras versões, uma discriminação social importante. Outro elemento importante deste fato decorre da sua própria visibilidade, assistida pela sociedade, dentro das políticas públicas. A nomenclatura atual do *Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS)* remete a uma dissociação entre AIDS e DST. O foco maior colocado na AIDS pode reforçar uma concepção de discriminação da doença e dos doentes, elementos que as demais DST já superaram.

Em reflexão aos grupos de risco e vulnerabilidade, vimos que atualmente a relevância epidemiológica das políticas de saúde do PN-DST/AIDS define o foco da sífilis hoje, no gênero feminino, agrupado em um nível de risco variável e de alta vulnerabilidade nas últimas décadas. Diferente do foco epidêmico dos séculos passados, onde o gênero masculino, que se consagrou cliente da principal ameaça sífilítica dos séculos XIX e XX, a prostituição tornou-se o público-alvo das campanhas da época. Antes visto, a configuração das epidemias de sífilis que se

detém hoje na mulher, é evidenciada pelas crescentes taxas de incidência de sífilis gestacional e congênita no país, tornando-se um processo de disseminação cíclica. Nesse sentido, os índices vistos que hoje tornam similares os valores da razão de sexo e concentram valores endêmicos em certas regiões do país, evidenciam nas pesquisas, mais uma vez, fatores de conjuntura social que incluem aspectos econômicos, políticos e culturais, revelando suas artimanhas.

A realidade da população brasileira absorve, hoje, elementos da economia capitalista, como a globalização e o consumo, que desestabilizam vários setores da vida social como: saúde; renda familiar; condições de trabalho; educação e moradia. Da mesma forma, as políticas públicas, muitas vezes, não estão adequadas para tais condições, o que implica a dificuldade de acesso dos indivíduos aos serviços oferecidos. São condições vitais que se revelam no cotidiano e que colocam os indivíduos numa situação de maior vulnerabilidade às DSTs. Os focos endêmicos e epidêmicos estão fundamentalmente ligados a essas condições. De outra maneira, as medidas preventivas que direcionam a questão do comportamento sexual, notavelmente, também mantêm relações fundamentais com este processo. A vulnerabilidade social das famílias brasileiras, ainda hoje, colide com a efetividade de atendimentos assistenciais de prevenção e tratamento.

Contudo, os aspectos que estão envolvidos na realidade estatística da população sugerem um enfrentamento simultâneo ao combate das epidemias atuais, considerando a necessidade de reforma das políticas de base socioeconômica, fundamentais à aplicação das políticas de saúde. Essas políticas devem centrar-se na educação sexual de profilaxia; detecção das dificuldades ao acesso assistencial de serviços e a avaliação de sua efetividade; e a ampliação da infra-estrutura de recursos disponíveis ao processo dos mesmos. No entanto, mesmo que as diretrizes da política de saúde do PN-DST/AIDS estejam engendradas nessa proposta de abrangência, a redução dos riscos epidemiológicos ainda depende das demais políticas de implantação governamental, que viabilizem a melhoria dos processos sociais de desenvolvimento como fomento de base ao planejamento assistencial.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, César de Heráclides Souza. *A prophylaxia da lepra e das doenças venéreas no Estado do Pará*. Belém: Livraria Clássica, 1922.

\_\_\_\_\_. *A prophylaxia rural no Estado do Pará*. Belém: Livraria Clássica, 1922.

AZULAY, Rubem David. *História da Sífilis*. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. V. 63, n.1, p.3-4, jan/fev. 1988. Disponível em: <<http://www.anaisdedermatologia.org.br/public/artigo.aspx?id=564>> Acesso em: 05 jan. 2009.

BRAGA, Juliana. *Luz Sobre o Mundo Microscópico*. *Scientific American Brasil*. 5 ed. São Paulo: Editorial Duetto, 2008.

BOZON, Michel. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BRANDÃO, José Eduardo et al. *Correlações Histórico-científicas entre sífilis e infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana*. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. V.14, n. 6. p.39-44. 2002. Disponível em: <<http://www.uff.br/dst/revista14-6-2002/10%20revisao%20-%20correlacoes%20historico-cientifica.pdf>> Acesso em: 14 jan. 2009.

CARRARA, Sérgio et al. Um vírus só não faz doença. *Comunicações do ISER*. 5 ed. Rio de Janeiro: 1985.

\_\_\_\_\_. *Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

COSTA, Jurandir F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. 4 ed. Rio de Janeiro: Grall, 1999.

FREYRE, Gilberto M. *Casa Grande & Senzala*. 12 ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1963.

HELMAN, Cecil G. *Cultura, saúde & doença*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MILANEZ, Helaine and AMARAL, Eliana. *Porque ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?* Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid). Acesso em: 27 abr. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST/AIDS. *Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita*. Séries Manuais, n.62. DF: Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. *Programa Nacional de DST/AIDS*. Boletim Epidemiológico AIDS e DST 2008. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments>> Acesso em: 25 maio 2009.

\_\_\_\_\_. *Programa Nacional de DST/AIDS*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBCD47A0DPTBRIE.htm>> Acesso em: 05 jan. 2009.

SCHREIBER, Werner and MATHYS, Friedrich K. *Infectio. Doenças na História da Medicina*. Suíça, Basileia: Roche, 1991.

SONTAG, Susan. *A Doença como Metáfora*. Rio de Janeiro: Grall, 1984.

SOUZA, Elemir Macedo. Há 100 anos a descoberta do *Treponema pallidum*. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. V.80 n.5.p.547-8. 2005.

Disponível em:

<<http://www.anaisdedermatologia.org.br/edicao.aspx?volume80=&jd=5.>>.

Acesso em: 05 jan. 2009.

TORRES, João Camilo de Oliveira. *História das Idéias Religiosas no Brasil*. São Paulo: Gribaldo, 1968.

UJVARI, Stefan Cunha. *A História da Humanidade Contada pelos Vírus*. São Paulo: Contexto, 2008.

VAINFAS, Ronaldo. *História e Sexualidade no Brasil*. Rio de Janeiro: Grall, 1986.

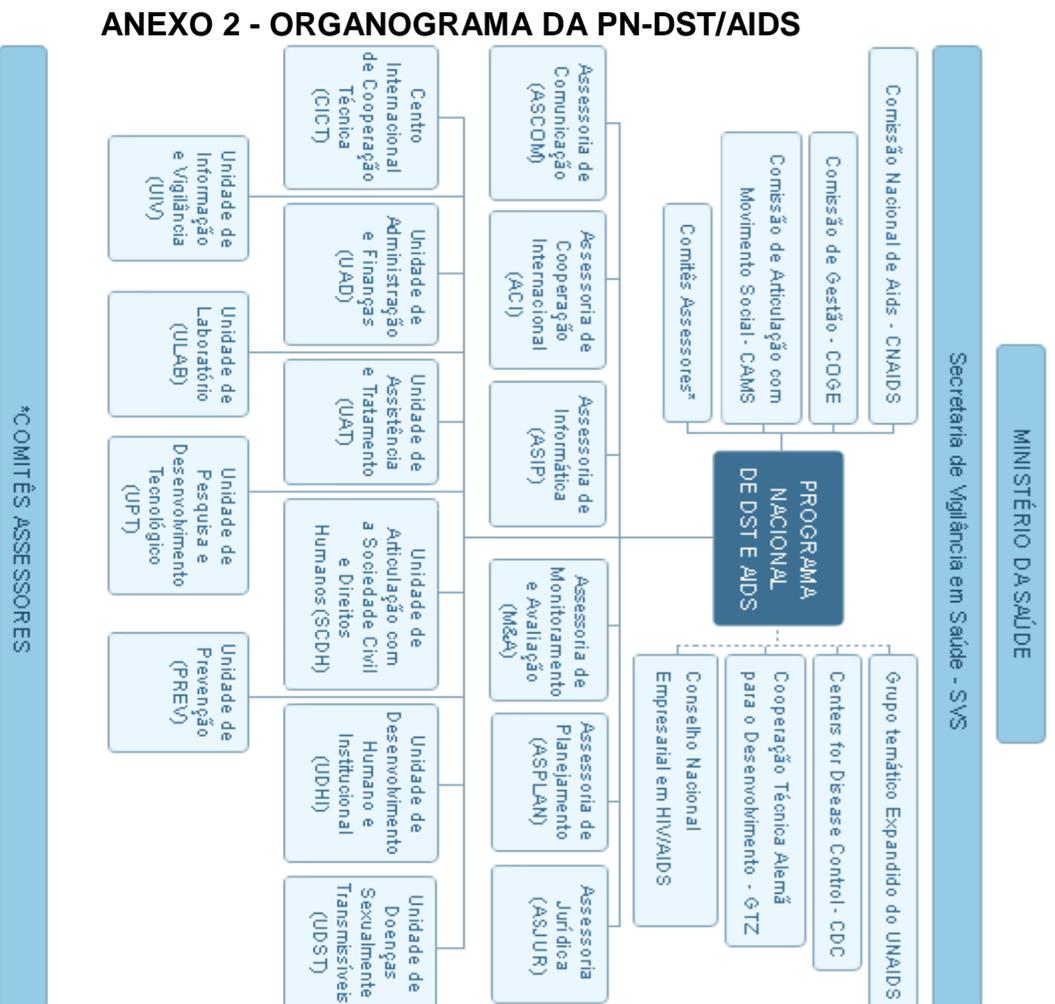
\_\_\_\_\_. *Trópico dos Pecados*. Rio de Janeiro: NovasFronteiras, 1997.

**ANEXOS**

## ANEXO 1 - CRONOLOGIA DA LUTA CONTRA A SÍFILIS NO BRASIL

- 1882** Primeiras Cátedras de sifilografia no país. (RJ e BA)
- 1890** Na Academia Nacional de Medicina (RJ) realiza-se a primeira grande discussão sobre a profilaxia da sífilis no Brasil.
- 1901** Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral. (RJ)
- 1902** Na Academia Nacional de Medicina (RJ), ocorre a segunda discussão sobre a profilaxia da sífilis no Brasil
- 1906** É criada a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária. (SP)
- 1907** É criada a Liga Latino-Americana Contra a Avaria.
- 1912** Fundação da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia.
- 1913** Na Academia Nacional de Medicina (RJ) faz-se a terceira discussão sobre a profilaxia da sífilis e doenças venéreas.
- 1918** 1ª Congresso Sul-Americano de Dermato-Sifilografia (RJ).
- 1919** É criada a Liga de Combate à Sífilis (SP)
- 1921** 2º Congresso Sul-Americano de Dermato-Sifilografia (BUENOS AIRES)
- Criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e do Departamento Nacional de Saúde Pública do Brasil (DNSP-BR).
- 1923** 3ª Congresso Sul-Americano de Dermato-Sifilografia (BUENOS-AIRES)
- É criada a Fundação Gafreé-Guinle (RJ)
- 1933** É formado o Círculo Brasileiro de Educação Sexual (RJ).
- 1934** Extinção da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas no Brasil
- 1940** 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis (RJ).
- Código Penal Brasileiro prevê o contágio venéreo como forma de delito.

(CARRARA, 1996)



FONTE: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

**ANEXO 3 - GESTANTES INFECTADAS PELO HIV (CASOS E COEFICIENTE DE DETECÇÃO POR 1.000 NASCIDOS VIVOS) SEGUNDO UF E REGIÃO DE RESIDÊNCIA POR ANO DO PARTO. BRASIL, 2000-2008**

UF de Residência	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		Total
	nº	coef.																	
<b>Brasil</b>	<b>1839</b>	<b>0,6</b>	<b>3889</b>	<b>1,1</b>	<b>4780</b>	<b>1,6</b>	<b>5877</b>	<b>1,9</b>	<b>6106</b>	<b>2,0</b>	<b>6047</b>	<b>2,0</b>	<b>6014</b>	<b>2,1</b>	<b>6017</b>	<b>2,1</b>	<b>1708</b>	<b>2,1</b>	<b>41777</b>
<b>Norte</b>	<b>21</b>	<b>0,1</b>	<b>41</b>	<b>0,1</b>	<b>65</b>	<b>0,2</b>	<b>159</b>	<b>0,5</b>	<b>230</b>	<b>0,7</b>	<b>283</b>	<b>0,9</b>	<b>372</b>	<b>1,2</b>	<b>427</b>	<b>1,3</b>	<b>100</b>	<b>1,3</b>	<b>1698</b>
Rorônia	4	0,1	8	0,3	11	0,4	17	0,6	15	0,5	20	0,7	23	0,9	11	0,4	3	0,4	112
Acre	6	0,4	7	0,5	10	0,6	4	0,3	11	0,7	6	0,3	12	0,7	0	0,0	0	0,0	56
Amazonas	2	0,0	8	0,1	14	0,2	32	0,5	73	1,0	103	1,4	117	1,5	146	1,9	14	1,9	509
Roraima	3	0,3	5	0,5	2	0,2	7	0,7	6	0,6	2	0,2	7	0,7	16	1,7	0	0,0	48
Pará	4	0,0	5	0,0	19	0,1	71	0,5	99	0,7	118	0,8	171	1,1	201	1,3	69	1,3	757
Amapá	1	0,1	0	0,0	0	0,0	18	1,2	3	0,2	12	0,8	10	0,7	20	1,4	6	1,4	70
Tocantins	1	0,0	8	0,3	9	0,3	10	0,4	23	0,9	22	0,8	32	1,2	33	1,3	8	1,3	146
<b>Nordeste</b>	<b>161</b>	<b>0,2</b>	<b>270</b>	<b>0,3</b>	<b>443</b>	<b>0,5</b>	<b>797</b>	<b>0,9</b>	<b>740</b>	<b>0,8</b>	<b>836</b>	<b>0,9</b>	<b>994</b>	<b>1,1</b>	<b>912</b>	<b>1,0</b>	<b>219</b>	<b>1,0</b>	<b>5372</b>
Maranhão	16	0,2	22	0,2	37	0,3	88	0,7	68	0,5	83	0,6	135	1,1	124	1,0	32	1,0	605
Piauí	3	0,1	3	0,1	5	0,1	26	0,5	37	0,7	32	0,6	45	0,8	66	1,2	10	1,2	227
Ceará	58	0,4	62	0,4	90	0,6	138	1,0	153	1,1	156	1,1	145	1,1	140	1,0	16	1,0	958
Rio Grande do Norte	10	0,2	9	0,2	13	0,2	29	0,6	32	0,6	40	0,8	41	0,9	19	0,4	8	0,4	201
Paraíba	8	0,1	30	0,5	16	0,2	61	1,0	49	0,8	53	0,8	47	0,8	36	0,6	2	0,6	302
Pernambuco	49	0,3	88	0,5	151	1,0	220	1,5	199	1,3	235	1,5	231	1,6	232	1,6	44	1,6	1449
Alagoas	4	0,1	12	0,2	13	0,2	25	0,4	34	0,6	37	0,6	58	1,0	66	1,1	28	1,1	277
Sergipe	6	0,1	6	0,2	13	0,4	23	0,6	17	0,5	33	0,9	52	1,4	50	1,3	12	1,3	212
Bahia	7	0,0	38	0,2	105	0,4	187	0,8	151	0,6	167	0,7	240	1,1	179	0,8	67	0,8	1141
<b>Sudeste</b>	<b>1129</b>	<b>0,9</b>	<b>1720</b>	<b>1,4</b>	<b>2218</b>	<b>1,9</b>	<b>2759</b>	<b>2,3</b>	<b>2898</b>	<b>2,5</b>	<b>2697</b>	<b>2,3</b>	<b>2481</b>	<b>2,2</b>	<b>2465</b>	<b>2,2</b>	<b>664</b>	<b>2,2</b>	<b>19031</b>
Minas Gerais	68	0,2	134	0,4	264	0,9	391	1,4	486	1,8	453	1,6	516	1,9	475	1,8	128	1,8	2915
Espírito Santo	74	1,3	100	1,8	116	2,1	128	2,4	115	2,2	99	1,9	107	2,1	104	2,0	18	2,0	861
Rio de Janeiro	196	0,8	311	1,3	311	1,3	595	2,6	544	2,4	554	2,5	355	1,6	449	2,1	77	2,1	3392
São Paulo	791	1,2	1175	1,9	1527	2,4	1645	2,7	1753	2,8	1591	2,6	1503	2,6	1437	2,5	441	2,5	11863
<b>Sul</b>	<b>405</b>	<b>0,9</b>	<b>1175</b>	<b>2,8</b>	<b>1786</b>	<b>4,4</b>	<b>1830</b>	<b>4,7</b>	<b>1936</b>	<b>4,9</b>	<b>1912</b>	<b>4,9</b>	<b>1835</b>	<b>4,8</b>	<b>1941</b>	<b>5,1</b>	<b>662</b>	<b>5,1</b>	<b>13482</b>
Paraná	123	0,7	213	1,3	268	1,6	289	1,8	335	2,1	345	2,2	340	2,2	345	2,2	122	2,2	2380
Santa Catarina	100	1,1	278	3,2	373	4,4	406	4,9	449	5,3	437	5,2	424	5,0	462	5,5	199	5,5	3128
Rio Grande do Sul	182	1,0	684	4,3	1145	7,4	1135	7,6	1152	7,5	1130	7,7	1071	7,6	1134	8,0	341	8,0	7974
<b>Centro-Oeste</b>	<b>123</b>	<b>0,5</b>	<b>183</b>	<b>0,8</b>	<b>268</b>	<b>1,2</b>	<b>332</b>	<b>1,5</b>	<b>302</b>	<b>1,3</b>	<b>319</b>	<b>1,4</b>	<b>332</b>	<b>1,5</b>	<b>272</b>	<b>1,2</b>	<b>63</b>	<b>1,2</b>	<b>2194</b>
Mato Grosso do Sul	35	0,9	20	0,5	46	1,2	87	2,2	66	1,6	49	1,2	41	1,0	38	1,0	10	1,0	392
Mato Grosso	18	0,4	32	0,7	46	1,0	68	1,4	85	1,7	93	1,8	104	2,1	108	2,2	11	2,2	565
Goiás	57	0,6	92	1,0	108	1,2	114	1,2	94	1,0	121	1,3	135	1,5	69	0,8	13	0,8	803
Distrito Federal	13	0,3	39	0,8	68	1,5	63	1,4	57	1,3	56	1,2	52	1,2	57	1,3	29	1,3	434

FONTE: Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2008

**ANEXO 4 - CASOS E COEFICIENTE DE DETECÇÃO (POR 1.000 NASCIDOS VIVOS) DE GESTANTES COM SÍFILIS, SEGUNDO UF E REGIÃO DE NOTIFICAÇÃO POR ANO DE NOTIFICAÇÃO. BRASIL, 2005-2008**

UF de notificação	2005 <sup>(a)</sup>		2006		2007 <sup>(a)</sup>		2008	Total
	n <sup>o</sup>	coeficiente	n <sup>o</sup>	coeficiente	n <sup>o</sup>	coeficiente	n <sup>o</sup>	n <sup>o</sup>
Brasil	1863	0,6	840	0,3	6143	2,1	1946	10792
Norte	243	0,8	87	0,3	1205	3,8	360	1895
Rorônia	6	0,2	0	0,0	39	1,6	5	50
Acre	0	0,0	2	0,1	59	3,6	29	90
Amazonas	99	1,3	31	0,4	208	2,8	46	384
Roraima	9	0,9	2	0,2	26	2,7	3	40
Pará	101	0,7	34	0,2	607	4,0	192	934
Amapá	0	0,0	0	0,0	144	9,8	49	193
Tocantins	28	1,1	18	0,7	122	4,7	36	204
<b>Nordeste</b>	<b>644</b>	<b>0,7</b>	<b>295</b>	<b>0,3</b>	<b>1957</b>	<b>2,2</b>	<b>558</b>	<b>3454</b>
Maranhão	54	0,4	37	0,3	255	2,0	101	447
Piauí	5	0,1	1	0,0	117	2,1	37	160
Ceará	77	0,5	40	0,3	326	2,4	51	494
Rio Grande do Norte	8	0,2	8	0,2	134	2,8	26	176
Paraíba	34	0,5	34	0,6	104	1,7	24	196
Pernambuco	266	1,7	87	0,6	399	2,7	113	865
Alagoas	93	1,5	51	0,9	194	3,4	54	392
Sergipe	30	0,8	18	0,5	159	4,3	47	254
Bahia	77	0,3	19	0,1	269	1,2	105	470
<b>Sudeste</b>	<b>292</b>	<b>0,2</b>	<b>135</b>	<b>0,1</b>	<b>1782</b>	<b>1,6</b>	<b>580</b>	<b>2789</b>
Minas Gerais	20	0,1	9	0,0	237	0,9	75	341
Espírito Santo	26	0,5	13	0,3	109	2,1	46	194
Rio de Janeiro	95	0,4	25	0,1	490	2,2	85	695
São Paulo	151	0,2	88	0,2	946	1,6	374	1559
<b>Sul</b>	<b>461</b>	<b>1,2</b>	<b>163</b>	<b>0,4</b>	<b>659</b>	<b>1,7</b>	<b>251</b>	<b>1534</b>
Paraná	136	0,8	92	0,6	228	1,5	73	529
Santa Catarina	46	0,5	44	0,5	134	1,6	36	260
Rio Grande do Sul	279	1,9	27	0,2	297	2,1	142	745
<b>Centro-Oeste</b>	<b>223</b>	<b>1,0</b>	<b>160</b>	<b>0,7</b>	<b>540</b>	<b>2,4</b>	<b>197</b>	<b>1120</b>
Mato Grosso do Sul	199	4,8	122	3,1	235	5,9	137	693
Mato Grosso	14	0,3	12	0,2	114	2,3	15	155
Goiás	0	0,0	0	0,0	86	1,0	1	87
Distrito Federal	10	0,2	26	0,6	105	2,3	44	185

FONTE: Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2008

## ANEXO 5 - CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS CONGÊNITA (NÚMERO E PERCENTUAL), SEGUNDO VARIÁVEIS SELECIONADAS POR ANO DO DIAGNÓSTICO. BRASIL, 1998-2008

Estat	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		Total	
	n <sup>a</sup>	%																						
<b>Faixa etária do mãe</b>																								
10 a 14 anos	9	0,3	31	1,0	29	0,7	28	0,7	28	0,7	20	0,4	17	0,3	19	0,3	28	0,5	37	0,7	8	0,8	254	0,5
15 a 19 anos	566	19,9	564	17,6	777	18,6	716	17,9	696	17,5	938	17,7	817	15,6	957	16,3	968	16,3	837	15,7	163	16,1	7994	17,1
20 a 29 anos	1528	53,8	1701	52,2	2136	51,2	2084	52,0	2108	52,9	2900	55,1	2947	56,3	2055	55,5	3230	54,5	2634	49,3	581	52,6	25054	58,5
30 a 39 anos	596	21,0	709	22,2	667	20,8	787	19,7	888	22,3	1159	22,0	1228	23,5	1863	23,2	1424	24,0	1128	21,1	348	24,6	10397	22,2
40 ou mais	47	1,7	66	2,1	92	2,2	89	2,2	96	2,4	147	2,8	176	3,4	210	3,6	209	3,5	170	3,2	22	2,2	1324	2,8
Ignorato	94	3,3	127	4,0	269	6,5	301	7,5	172	4,3	106	2,0	51	1,0	61	1,0	69	1,2	539	10,1	38	3,8	1827	3,9
<b>Escolaridade do mãe</b>																								
Nenhuma	-	-	-	-	329	7,9	293	7,3	283	7,1	248	4,7	207	4,0	300	5,1	297	5,0	136	2,5	27	2,7	2120	5,2
1 a 3 anos	-	-	-	-	2320	55,6	2142	53,5	1386	34,8	939	17,8	773	14,8	819	14,0	825	13,9	622	11,6	139	13,8	9965	24,4
4 a 7 anos	-	-	-	-	32	0,8	136	3,4	767	19,2	1935	36,8	1964	37,5	2165	36,9	2191	37,0	1728	32,3	317	31,4	11235	27,5
8 a 11 anos	-	-	-	-	273	6,5	318	7,9	466	11,7	825	15,7	891	17,0	1053	18,0	1123	18,9	832	15,6	178	17,6	5959	14,6
12 e mais anos	-	-	-	-	13	0,3	24	0,6	76	1,9	122	2,3	131	2,5	174	3,0	149	2,5	368	6,9	96	9,5	1153	2,8
Ignorato	-	-	-	-	1203	28,8	1092	27,3	1010	25,3	1196	22,7	1270	24,3	1354	23,1	1343	22,7	1659	31,0	253	25,0	10380	23,4
<b>Realização de pré-natal</b>																								
Sim	2061	72,6	2316	72,4	2919	70,0	2924	73,0	3047	76,4	4189	79,6	4096	78,2	4577	78,0	4693	79,2	3817	71,4	806	79,8	35445	75,7
Não	563	19,8	574	17,9	826	19,8	670	16,7	614	15,4	821	15,6	883	16,9	995	17,0	945	15,9	832	15,6	144	14,3	7867	16,8
Ignorato	216	7,6	308	9,6	425	10,2	411	10,3	327	8,2	255	4,8	257	4,9	293	5,0	290	4,9	696	13,0	60	5,9	3538	7,6
<b>Sífilis diagnosticada durante a gravidez<sup>(1)</sup></b>																								
Sim	907	44,0	1159	30,0	1367	46,8	1554	53,1	1779	58,4	2390	57,1	2811	56,4	2576	56,3	2587	55,1	2192	57,4	426	52,9	19248	54,3
Não	645	31,3	661	28,5	891	30,5	859	29,4	815	26,7	1353	32,3	1402	34,2	1561	34,1	1666	35,5	1433	37,5	384	41,4	11620	32,8
Ignorato	509	24,7	496	21,4	661	22,6	511	17,5	453	14,9	446	10,6	383	9,4	440	9,6	440	9,4	192	5,0	46	5,7	4577	12,9
<b>Recorreio tratado<sup>(2)</sup></b>																								
Sim	380	18,4	488	21,1	542	18,6	513	17,5	574	18,8	751	17,9	563	13,7	606	13,2	617	13,1	768	20,1	191	23,7	5993	16,9
Não	842	40,9	898	38,8	1391	47,7	1420	48,6	1507	49,5	2132	50,9	2619	63,9	2980	65,1	3081	65,7	2251	59,0	459	56,9	19580	55,2
Ignorato	889	40,7	930	40,2	986	33,8	991	33,9	966	31,7	1306	31,2	914	22,3	991	21,7	995	21,2	798	20,9	156	19,4	9872	27,9
Total	2840	100,0	3198	100,0	4170	100,0	4005	100,0	3988	100,0	5265	100,0	5236	100,0	5865	100,0	5928	100,0	5345	100,0	1010	100,0	46850	100,0

FONTE: Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2008

## ANEXO 6 - ÓBITOS POR SÍFILIS CONGÊNITA (NÚMERO E COEFICIENTE POR 100.000 NASCIDOS VIVOS), SEGUNDO UF E REGIÃO DE RESIDÊNCIA POR ANO DO ÓBITO. BRASIL, 1996 – 2007

UF de residência	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007 <sup>(1)</sup>		Total	n°
	n°	coef.	n°	coef.																						
<b>Brasil</b>	130	4,4	123	4,1	127	4,0	146	4,5	85	2,7	90	2,9	102	3,3	78	2,6	67	2,2	77	2,5	93	3,2	71	2,4	1189	
<b>Norte</b>	10	4,2	9	3,5	16	6,0	11	3,9	5	1,7	15	5,0	8	2,7	10	3,2	1	0,3	5	1,6	6	1,9	7	2,2	103	
Rorônia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	
Acre	0	0,0	0	0,0	1	7,5	0	0,0	0	0,0	1	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	11,4	0	0,0	0	0,0	4	
Amazonas	6	12,2	5	8,9	5	8,7	6	9,7	3	4,4	7	10,0	3	4,2	2	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,6	39	
Roraima	1	13,6	0	0,0	3	36,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	
Pará	2	2,0	1	0,9	2	1,7	1	0,8	0	0,0	5	3,7	3	2,2	5	3,5	1	0,7	0	0,0	3	2,0	3	2,0	26	
Amapá	1	7,1	1	7,0	1	6,9	2	14,7	2	14,0	0	0,0	1	7,0	1	6,8	0	0,0	3	21,1	1	6,8	2	13,6	15	
Tocantins	0	0,0	2	7,8	4	15,6	2	7,5	0	0,0	1	3,7	1	3,8	2	7,7	0	0,0	0	0,0	2	7,7	0	0,0	14	
<b>Nordeste</b>	53	6,7	33	4,0	37	4,2	47	5,1	24	2,6	29	3,1	36	3,9	25	2,7	17	1,9	28	3,0	31	3,5	31	3,5	391	
Maranhão	2	3,3	6	8,0	1	1,3	6	6,2	4	4,0	4	3,7	7	5,9	2	1,6	2	1,6	4	3,1	5	3,9	1	0,8	44	
Piauí	5	12,8	2	6,2	1	2,1	4	8,1	5	8,5	0	0,0	4	7,1	4	7,3	3	5,5	3	5,3	0	0,0	1	1,8	32	
Ceará	5	4,3	1	0,7	3	2,1	3	2,1	1	0,7	1	0,7	1	0,7	0	0,0	1	0,7	0	0,0	5	3,7	3	2,2	24	
Rio Grande do Norte	3	5,2	2	3,5	0	0,0	4	6,9	0	0,0	2	3,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	12	
Paraíba	4	8,0	1	2,5	0	0,0	2	3,7	2	3,5	3	4,6	2	3,1	5	7,8	1	1,6	6	9,3	1	1,7	3	5,0	30	
Pernambuco	20	12,8	11	7,2	17	10,5	13	7,9	8	4,9	7	4,3	11	7,0	9	5,9	4	2,7	6	3,9	12	8,2	15	10,3	133	
Alagoas	4	6,1	3	4,5	5	7,7	0	0,0	2	3,0	4	5,9	9	14,0	3	4,8	0	0,0	1	1,6	4	7,0	6	10,4	41	
Sergipe	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	0	0,0	0	0,0	3	
Bahia	10	5,0	6	2,6	10	4,3	15	6,2	2	0,8	7	3,0	2	0,8	2	0,8	6	2,6	7	3,0	3	1,4	2	0,9	72	
<b>Sudeste</b>	48	4,0	60	4,9	59	4,5	72	5,3	43	3,3	40	3,3	45	3,8	33	2,8	37	3,1	32	2,7	48	4,3	24	2,2	541	
Minas Gerais	0	0,0	4	2,1	1	0,3	7	2,3	4	1,3	8	2,7	2	0,7	5	1,8	2	0,7	1	0,4	10	3,8	4	1,5	48	
Espírito Santo	4	7,2	4	6,6	5	8,5	5	8,2	6	10,3	1	1,8	2	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,9	2	3,9	31	
Rio de Janeiro	32	11,9	46	17,1	51	19,7	51	19,0	29	11,2	24	9,9	37	15,9	25	10,8	30	13,0	28	12,6	34	15,6	14	6,4	401	
São Paulo	12	1,7	6	0,9	2	0,3	9	1,3	4	0,6	7	1,1	4	0,6	3	0,5	5	0,8	3	0,5	2	0,3	4	0,7	61	
<b>Sul</b>	17	3,5	15	3,2	10	2,2	11	2,3	7	1,6	4	1,0	11	2,7	9	2,3	10	2,5	9	2,3	4	1,1	4	1,1	111	
Paraná	3	1,5	6	3,1	2	1,1	4	2,1	3	1,7	2	1,2	3	1,8	2	1,3	5	3,1	4	2,5	3	2,0	3	2,0	40	
Santa Catarina	1	1,0	1	1,0	0	0,0	1	1,0	1	1,1	0	0,0	4	4,7	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	1,2	0	0,0	10	
Rio Grande do Sul	13	7,1	8	4,4	8	4,5	6	3,2	3	1,7	2	1,2	4	2,6	7	4,7	4	2,6	5	3,4	0	0,0	1	0,7	61	
<b>Centro-Oeste</b>	2	0,8	6	2,5	5	2,1	5	2,1	6	2,6	2	0,9	2	0,9	1	0,4	2	0,9	3	1,3	4	1,8	5	2,3	43	
Mato Grosso do Sul	1	2,3	2	4,6	0	0,0	1	2,4	1	2,5	0	0,0	1	2,5	0	0,0	1	2,4	3	7,2	3	7,6	3	7,6	16	
Mato Grosso	1	2,0	0	0,0	3	6,1	3	6,1	2	4,0	1	2,1	1	2,1	1	2,1	1	2,0	0	0,0	1	2,0	1	2,0	15	
Goiás	0	0,0	4	3,9	2	2,0	0	0,0	3	3,2	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	11	
Distrito Federal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	

FONTE: Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2008