

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Sífilis adquirida na perspectiva da medicina social: investigação histórico-epistemológica 2012-2022

Carolina Back Hoffmann, Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.15089>

Submetido em: 2026-02-12

Postado em: 2026-02-23 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

SÍFILIS ADQUIRIDA NA PERSPECTIVA DA MEDICINA SOCIAL: Investigação Histórico-Epistemológica 2012-2022

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima. Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina. Docente e pesquisadora, Universidade do Vale do Itajaí. Brasil. E-mail: rita.lima@univali.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8863-542X>. Campus Professor Edison Villela (Itajaí). Rua Uruguai, 458 - Bloco F6 - Sala 321. CEP 88302-901, Itajaí, SC.

Carolina Back Hoffmann. Graduanda de Medicina, Curso de Graduação em Medicina, Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Brasil. E-mail: carollina.backh@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3133-4491>

RESUMO

Pesquisa qualitativa, de natureza histórico-epistemológica e análise dialética, desenvolvida com o objetivo de produzir uma perspectiva de história social da sífilis adquirida, no recorte 2012-2022, no Brasil, em Santa Catarina e no município de Itajaí, visando ao levantamento de categorias gerais e particulares inscritas em seu processo de aumento no número de casos. Os resultados apontam para categorias que transitam da dinâmica da estrutura societária e de seus sistemas contraditórios a condições de trabalho, de consumo e de bens. Recomenda-se pesquisas de campo sobre as formas de reprodução social e sua distribuição. É visível a necessidade de construção de uma contra hegemonia capaz de desmontar o exercício do poder das classes dominantes, defensoras da formação médica funcionalista-positivista baseada na história natural das doenças.

Palavras-chave: Medicina Social. Processo Saúde-Doença. Sífilis. Saúde Coletiva.

ACQUIRED SYPHILIS FROM A SOCIAL MEDICINE PERSPECTIVE: *A Historical-Epistemological Investigation 2012-2022*

ABSTRACT

Qualitative research, of a historical-epistemological nature and dialectical analysis, developed with the objective of producing a social history perspective of acquired syphilis, in the period 2012-2022, in Brazil, in Santa Catarina and in the municipality of Itajaí, aiming to survey general and specific categories involved in the increase in the number of cases. The results point to categories that range from the dynamics of the social structure and its contradictory systems to working conditions, consumption, and goods. Field research is recommended on the forms of social reproduction and their distribution in the country. There is a clear need to build a counter hegemony capable of dismantling the exercise of power by the ruling classes, defenders of functionalist-positivist medical training based on the natural history of diseases.

Keywords: Social Medicine. Health-Disease Process. Syphilis. Collective Health.

**LA SÍFILIS ADQUIRIDA DESDE LA MEDICINA SOCIAL:
*una investigación histórico-epistemológica 2012-2022***

RESUMEN

Investigación cualitativa, de naturaleza histórico-epistemológica y análisis dialéctico, desarrollada con el objetivo de producir una perspectiva de la historia social de la sífilis adquirida, en el periodo 2012-2022, en Brasil, en Santa Catarina y en el municipio de Itajaí, con el fin de recopilar categorías generales y particulares inscritas en su proceso de aumento del número de casos. Los resultados apuntan a categorías que transitan de la dinámica de la estructura social y sus sistemas contradictorios a las condiciones de trabajo, consumo y bienes. Se recomienda realizar investigaciones de campo sobre las formas de reproducción social y su distribución en el país. Es evidente la necesidad de construir una contrahegemonía capaz de dismantelar el ejercicio del poder de las clases dominantes, defensoras de la formación médica funcionalista-positivista basada en la historia natural de las enfermedades.

Palabras clave: Medicina social. Proceso salud-enfermedad. Sífilis. Salud colectiva.

1 INTRODUÇÃO

A publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina (DCNCGM), em 2014, representou uma abertura ao desenvolvimento epistemológico da formação médica brasileira ao resgatar um elemento teórico da Medicina Social e inseri-lo como componente orientador da prática: a determinação social do processo saúde-doença. De acordo com o art. 3º da DCN, de 2014, o(a) graduado(a) terá “como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença [...]”¹.

Enquanto modelo teórico explicativo do processo saúde-doença da medicina e epidemiologia sociais, a determinação social funda-se no reconhecimento de que o processo saúde-doença de populações humanas é um “processo dialético”² (p. 131), com caráter, portanto, necessariamente histórico, o que significa dizer que ele é afetado pelas transformações e mudanças que atravessam as relações e a produção da vida material de populações³.

Ao resgatá-lo, as DCNCGM/2014 abriram uma certa descontinuidade da evolução linear da formação médica, hegemonizada pela abordagem

funcionalista-positivista, que explica a produção do processo saúde-doença com base no modo como as partes que compõem a sociedade trabalham em conjunto, em constante luta contra a doença enquanto um processo disfuncional, para produzir a estabilidade necessária ao pleno funcionamento societário⁴, marginalizando a história, restringindo as possibilidades de, por exemplo, discentes em medicina se confrontarem com o “mundo doente”⁵ (p. 1) e percorrerem uma trajetória não alienante conectada ao pensamento social em saúde.

Cecília Donnangelo, protagonista do desenvolvimento do pensamento social em saúde no Brasil por abrir as portas para uma sociologia da saúde fundada na relação entre medicina e sociedade⁶, descreve em sua tese de livre docência, defendida em 1976: “A medicina deve abrir-se para o espaço social e assumir, ao final, a tarefa de suprimir a doença. Mas deve fazê-lo no interior de um projeto que implica [...] uma tarefa política”⁷ (p. 19), entendendo a palavra política em seu melhor sentido – “no qual se pode combater por um presente melhor e projetar o futuro”⁸ (p. 149).

Levando em conta que o Brasil contabilizou um total de 494 escolas médicas, em 2025, das quais 80% estão em instituições privadas⁹, considerando, ainda, que estudos recentes sinalizaram que o País conta com 107 Instituições de Ensino Superior públicas (financiadas pelos governos federal ou estadual); mais de 2.000 particulares (privadas com fins lucrativos)¹⁰ e 67 comunitárias (privadas sem fins lucrativos)¹¹, é razoável pensar que o pensamento social em saúde passe à margem da formação médica, pois não é um referencial de mercado.

A percepção sobre essa suposta marginalidade foi o ponto de partida para a produção desta pesquisa. O desenho foi traçado no desenvolvimento da disciplina de Humanidades Médicas, do 5º período de graduação em medicina cursado pela primeira autora e lecionado pela segunda, em uma universidade catarinense. Ao longo do processo, nasceu na estudante a vontade de conhecer com um pouco mais de profundidade o modelo da determinação social, citado na DCN, para aplicá-lo em algum contexto patológico e, desse modo, percorrer um trajeto analítico não no trilho da história natural da doença, hegemônico na graduação, mas no da história social. Nessa problematização abriu-se para a estudante o desafio de confrontar argumentos e construir uma história social de

uma doença que vem alternando momentos de remissão e recrudescimento no Brasil – a sífilis adquirida.

2 METODOLOGIA

Estudo qualitativo, desenvolvido na linha histórico-epistemológica da medicina social e análise dialética. Parte da premissa gramsciana de que a análise de possibilidades de transformação do real requer um método humanista (leia-se: não alienado): seja a nível molecular e/ou universal, essa perspectiva de análise exige necessariamente diálogo entre a historicidade do real (exame da evolução do concreto real para entender a condição presente do objeto) e a identificação de forças antagônicas que atuam no movimento de transformação no presente e devir (movimento de abstração das categorias examinadas). A partir do diálogo entre os dois dispositivos, retorna-se a um pensamento concreto, quando uma nova questão é engendrada no aguardo de uma resposta nova para análise¹².

De caráter dinâmico, o *corpus* da pesquisa reuniu fontes primárias e secundárias, quais sejam: Constituição, Lei Orgânica da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, portaria, boletins epidemiológicos, literatura latino-americana de medicina social e de epidemiologia social, literatura estadunidense de medicina preventiva e literatura crítica do campo Saúde Coletiva, subárea Ciências Humanas e Sociais Aplicadas.

O percurso trilhado foi atravessado pelo modelo de Leavell e Clark, modalidade hegemônica multicausal da medicina preventiva individual, de orientação positivista-funcionalista e base da epidemiologia do risco, hegemônico na formação médica e nos serviços de Estratégia de Saúde da Família da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (ESF/AB/SUS).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Casos de sífilis adquirida, Brasil, 2012-2022

Entre 2012 e 2022, foram notificados no País 1.237.027 casos de sífilis adquirida, maior índice de contaminação desde a instituição da notificação

compulsória¹³, em 2010. Na série histórica, a maior parte dos casos notificados concentrou-se no sexo masculino (60,7%) e nas faixas etárias de 20 a 29 anos (36,0%) e 30 a 39 anos (22,4%). Entre adolescentes (13 a 19 anos), os casos aumentaram 2,6 vezes quando comparados os anos de 2015 e 2022 e o aumento do número de casos se concentraram na população parda e preta¹³. Entre 2015 e 2018 a taxa de sífilis adquirida aumentou de 34,1/100 mil habitantes (2015) para 75,8/100 mil habitantes (2018)¹⁴.

Em um primeiro momento, duas questões são levantadas: (a) que aspectos sociais justificariam o aumento no número de casos na população, no recorte 2012-2022, especialmente a partir de 2018, considerando as históricas campanhas da Organização Mundial de Saúde (OMS) bem como as nacionais? (b) Que dever de casa parece não ter sido cumprido em relação ao compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 2030?

Uma inferência que se apresenta à primeira questão diz respeito ao movimento de oposição às práticas de saúde que, assim como o negacionismo, ganhou força no Brasil a partir de 2018, e refletiu na resistência significativa da população em adotar medidas preventivas e de cuidado com a saúde. Esse fenômeno, que inclui a desconfiança generalizada em relação a orientações científicas e a outras políticas públicas de saúde, tem contribuído para a disseminação de doenças que poderiam ser controladas ou até mesmo erradicadas. Outra possibilidade correlata é a crise econômica instalada no Brasil nas últimas décadas e agravada a partir de 2015, cujos reflexos abateram os anos seguintes, afetando de forma direta a capacidade de a população acessar e aderir aos cuidados de saúde. O desemprego elevado e o consequente empobrecimento das camadas mais vulneráveis da sociedade acabaram gerando uma diminuição do acesso aos serviços de saúde do SUS. A precarização do trabalho e a falta de renda podem ter limitado a busca por assistência médica e o cumprimento de tratamentos recomendados. Em cenário de expressiva vulnerabilidade socioeconômica muitas pessoas acabam priorizando necessidades básicas, em detrimento da saúde preventiva e curativa.

Para inferir sobre a segunda questão, recuperou-se um elemento externo correlacionado de âmbito geral e global, divulgado recentemente: a 74ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 2021, aprovou a necessidade de

novas estratégias de enfrentamento a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) para 2022-2030¹⁵. Essa decisão pode estar indicando preocupação com os deveres de casa atribuídos aos quase duzentos países que, reunidos na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, aprovaram a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, em que chancelam o compromisso com 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sendo o ODS 3 dirigido para Saúde e Bem-Estar¹⁶.

No contexto nacional, pesquisa desenvolvida com 884 especialistas brasileiros sinalizou que é baixa a possibilidade de o Brasil cumprir algum dos 17 ODS. Ao serem questionados sobre quais objetivos deveriam ser priorizados pelo País os participantes responderam o objetivo 4 (Educação de Qualidade) e 1 (Erradicação da Pobreza), sendo que ambos foram também considerados como aqueles que mais contribuiriam para a realização do ODS 3. Destacaram, ainda, que dentre as nove metas do ODS 3, o Brasil deveria investir na 'redução da pobreza', 'universalização da atenção básica' e 'educação' da população¹⁷.

3.2 Casos de sífilis adquirida, Itajaí, 2012-2022

Assim como em todo o território brasileiro, observa-se em Itajaí um aumento no número de casos de sífilis adquirida ao longo dos anos especialmente após a pandemia de Covid-19.

Segundo o boletim epidemiológico do estado de Santa Catarina, o conjunto de cidades catarinenses apresentou índices três vezes maiores que todo o território brasileiro¹⁸. No município de Itajaí esse aumento exponencial no número de casos confirmados ocorreu a partir de 2017, com uma tendência crescente de confirmações diagnósticas para os próximos três anos consecutivos. Segundo o boletim epidemiológico municipal 2012-2020 é possível observar as particularidades da população afetada, condizendo com as mesmas especificidades encontradas no diagnóstico da população brasileira. O aumento crescente no número de casos acontece na população jovem, com faixa etária entre 15 e 24 anos, com primazia masculina (de quase 60%), e com maior prevalência de casos na população branca seguido por pardos e negros.

Itajaí, cidade portuária, expôs a maior arrecadação por importações dentre todas as cidades brasileiras, em 2023, apresentando um Produto Interno

Bruto elevado, assim como o Índice de Desenvolvimento Humano e a taxa de escolarização entre 6 e 14 anos. Esses índices conferem atratividade ao município, em termos migratórios¹⁹. O município é considerado o maior receptor de migração de população nordestina em todo Vale do Itajaí, segundo os censos do ano de 2000 e 2010, sendo o estado de Pernambuco o maior emissor²⁰.

Em virtude de sua diversidade cultural, migrações e movimentos sociais, o território do município é composto por necessidades de povos locais e por aquelas advindas de fluxos migratórios e movimentos. Essa realidade implica um processo singular de territorialização de equipes de Estratégia Saúde da Família (eSF) da AB visando à garantia de estratégias inclusivas, com coordenação do cuidado. Processos migratórios podem gerar barreiras no acesso aos serviços, seja por falta de informação, limitações linguísticas ou por condições socioeconômicas adversas. Diagnósticos situacionais sistemáticos sobre o controle de doenças como a sífilis adquirida e pesquisas mistas são necessários para promover uma territorialização efetiva.

3.3 Em pauta, uma história social da sífilis adquirida, 2012-2022

É possível discutir o panorama nacional e municipal de distribuição percentual de casos de sífilis adquirida, no intervalo 2012-2022, por meio de dois modelos explicativos tributários das ciências sociais do século XIX: o modelo da multicausalidade, que explica a doença por meio de sua história natural e o modelo da medicina social que explica doença por meio de seu processo social.

A história natural da doença é um dos principais instrumentos metodológicos da epidemiologia funcionalista e referência para os boletins. Divulgado por Leavell e Clark²¹, anos de 1960, nos Estados Unidos, é a ferramenta científica hegemônica de relatórios, planos e programas de saúde pública latino-americanos²². Seu esquema preventivo se constitui de três níveis – prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. Trata-se de um modelo neutro centrado na progressão da doença a nível individual, de caráter a-histórico ao incorporar a ideia de determinismo linear mecanicista (causa e efeito)²², baseado na lógica da universalidade do saber em que: (a) os processos de morbidade têm causas (agente etiológico e fatores de risco, sociais, econômicos e culturais etc.); (b) a categoria central não é o real, mas

fatores de risco; (c) a medicina baseada em evidência se sustenta; (d) a formação médica e os serviços de AB do SUS se hegemonizam. Campanhas, protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, redução de danos são exemplos de estratégias preventivistas criadas com base na multicausalidade.

A história social da doença, por sua vez: (a) vincula o processo saúde-doença à estrutura social por levar consigo a premissa de que a produção e distribuição da doença é afetada pela estrutura social²³; (b) fundamenta-se na noção de determinação-mediação e da historicidade dos processos; (c) sua categoria central é modos de vida em grupos populacionais²⁴, sendo referência para a medicina social e epidemiologia social latino-americanas²⁵. É com base nesse modelo teórico que se discorre na sequência uma história social da sífilis adquirida, no Brasil, SC e Itajaí, no período 2012-2022.

Registra-se, desde já, que na perspectiva da medicina social processos de morbidade não têm causas (agente etiológico e fatores de risco, sociais, econômicos e culturais etc.), mas uma rede de determinações expressa por mediações. Um fenômeno social não é analisado de modo isolado e descolado da história, mas como processo social²⁶, em interação com a respectiva estrutura social que é modelada pela formação social³ e em cada formação social o padrão de desgaste do grupo é distinto e sugere um modo concreto de se compreender o fenômeno²⁶. No plano geral, os argumentos que sustentam o comportamento social da sífilis adquirida, num dado grupo populacional, na sociedade agrária, por exemplo, são distintos daqueles que podem explicar o fenômeno na sociedade industrial ou pós-industrial^{27;28;29}. Ademais, em cada estrutura social, participariam diferentes níveis de realidade sobre o fenômeno³⁰.

Ao aproximar o estilo de pensamento da epidemiologia clássica, aquela que ancora os boletins epidemiológicos, do estilo de pensamento da Medicina Social observa-se que o objetivo desta é apreender não variáveis isoladas, conforme aquela, mas a dinâmica estrutural de uma dada população e seus sistemas contraditórios. Variáveis não expõem as diferenças de classe que resultam da organização social da produção, nem perfis epidemiológicos complexos de cada classe e não viabilizam a produção de conhecimento novo²².

À luz de Jaime Breilh³¹ (p. 23-24 - tradução nossa), os problemas que determinam a doença – neste estudo, a sífilis adquirida –, não são criados somente em organismos individuais nem ocorrem somente no corpo humano.

Ao contrário, são processos gerados na dimensão social da vida, cujas raízes se encontram nos modos de organização da sociedade e sobretudo nos respectivos padrões de trabalho e consumo de distintos grupos. Os integrantes de cada classe social, em conformidade com o seu modo de inserção na produção, seus padrões característicos de consumo, suas formas específicas de organização e cultura, se desenvolvem no interior de um sistema contraditório, no qual se opõem, por um lado, os bens ou as forças benéficas que protegem e melhoram a saúde e o avanço de seus processos biológicos e, por outro, os aspectos destrutivos que os constroem e deterioram. É precisamente este sistema de contradições entre bens e valores de uso que desfrutam (leia-se: valores que geram bens úteis) e forças deteriorantes que sofrem, que tem sido chamado “perfil de saúde-doença”. E o conjunto constituído pelo sistema de contradições (reprodução social) que modela a qualidade de vida e os padrões de saúde-doença resultantes é denominado “perfil epidemiológico”³¹ (p. 23-24 - tradução nossa).

Dito isso, pergunta-se: que processos podem ter constituído a rede de determinação que gerou o recrudescimento da sífilis adquirida, no Brasil, no recorte 2012-2022? Que tipo de organização social pavimenta o momento histórico? Que padrões de trabalho de diferentes grupos? Que padrões de consumo?

Pensando no recrudescimento, a rede de determinação pode estar conectada à precarização do trabalho, tendência mundial; ao estreitamento do acesso aos serviços de atenção básica devido à ausência de unificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção, à banalização da vida frente a barreiras estruturais sob as condições materiais de existência, por vezes, intransponíveis impostas pelo neoliberalismo³².

Sobre a precarização do trabalho e da vida, o processo de reestruturação produtiva deflagrado no Brasil de modo incipiente no final dos anos 1970, intensificado nos anos 1980 e estruturado nos anos 1990³³ tem gerado como consequência a deterioração da vida na representação da extração sem limites do trabalho não pago para a força de trabalho³⁴ (p. 413) gerando repercussões no perfil de adoecimento da classe trabalhadora^{35;36}. Uma das mediações dessa deterioração é a dispersão da força de trabalho planeta afora, restringindo a possibilidade de os(as) trabalhadores(as) se reconhecerem como classe.

É fato que a linha de montagem fordista com produção taylorista não foi totalmente eliminada³², mas a sua expressão em território nacional tem arrefecido progressivamente. Sendo o Brasil um país capitalista dependente, a reestruturação tem sido “subordinada [...] aos interesses externos”³⁷ (p. 353) e definida internamente pela precarização das relações de trabalho, intensificação de ritmos do trabalho, eliminação de postos de trabalho, pela exigência de polivalência com múltiplas funções na atividade laboral³⁸.

Na nova organização social, conhecida como pós-industrial²⁸ com primazia de serviços, diferentes coletivos de força de trabalho a nível de “assalariados médios”³² (p. 21) e integrantes do que tem sido chamado “o novo proletariado de serviços”³⁵ (p. 55), têm constituído um setor diferenciado da classe trabalhadora, heterogêneo e fragmentado conhecido por “precariado”³² (p. 21) e participado progressivamente da valorização do capital, de modo direto e indireto. São exemplos os assalariados de *call centers*, *telemarketing*, *fast-food*, hipermercados, setor de hotelaria, o grande comércio, agência de diarista, bancários, professores etc.³² (p. 21).

É possível pensar que, nessa “nova morfologia [da] classe-que-vive-do-trabalho”, as relações produtivas se expressem em altas taxas de morbidade, em recrudescimento de doenças, sofrimento, adoecimentos que constituem problemas prioritários, e, logicamente, não podem ser resolvidos como tais sem atacar sua raiz determinante³² (p. 21). No entanto, os problemas prioritários não estão apenas nesses níveis gerais de realidade, de relações e em efeitos ou resultados específicos de saúde-doença, mas também nas condições particulares de trabalho (jornada de trabalho, intensidade, ritmo) de consumo (moradia, educação, recreação, uso de serviços de saúde, etc.) e de troca de bens materiais e simbólicos (capacidade de tomada de decisão e integração significativa de bens na reprodução da cultura e da vida) em que vive a população³¹ (tradução nossa).

Indaga-se, ainda, se a expropriação de direitos impostos pela Reforma Trabalhista de 2017 não teria incidido indiretamente no recrudescimento da sífilis em jovens adultos, em 2018. Questiona-se, também, se a histórica marginalização quanto ao uso de preservativo por diferentes grupos sociais, em tempos de precarização do viver e de insegurança econômico-financeira e

social, não seria um “jogar a toalha” por parte dos mais proletarizados (pardos e pretos, conforme boletim).

Sobre o estreitamento de acesso ao cuidado, a questão é inequivocamente progressiva: o SUS não é prioridade de Estado e, por consequência, ele tem assumido em seu árduo processo o que pode fazer, o que lhe é possível. O Sistema já começou a engatinhar nos anos 1990 sobre pressão e limites impostos pela Reforma do Aparelho do Estado, que excluiu a saúde do posto de setor exclusivo de Estado, abrindo as portas para a terceirização³⁹. A ESF chegou em 2006 como política regional de governo. O Sistema entra no século XXI com o insulamento da Estratégia que pode ser hipotetizado como barreira estrutural por estar relacionado com a autonomia política concedida a municípios e estados pelo modelo federativo refundado na Constituição Federal de 1988. Se o SUS e a sua principal Estratégia caminham à deriva da universalização, a possibilidade de criação de uma nova Lei Orgânica que garanta a unificação da Estratégia em todo território nacional está em um horizonte distante. E, aqui, remete-se ao prof. Gastão, da Unicamp, que compartilhou uma pérola em um texto recente: “Com o passar dos anos, vem se reforçando minha impressão de que o [...] SUS, aquele previsto na Constituição, é melhor e mais generoso do que o Brasil”⁴⁰ (p. 5).

Com relação ao município de Itajaí, embora tenha alcançado recentemente uma boa cobertura de equipes de Estratégia de Saúde da Família (eSFs) – 74,52% em 2023 –, a estrutura geral da rede de AB não tem se mostrado prioridade dos governos locais. Da mesma maneira, se faz manifesta a ausência de enfrentamento aos conflitos éticos vivenciados nas eSFs em razão da heterogeneidade de vínculos trabalhistas⁴¹. Essas duas questões refletem no cuidado de pacientes portadores de sífilis adquirida. De modo geral, as contradições neoliberais têm se expressado fortemente na ESF da AB: o modelo de gestão de organização social transformando instituições públicas (unidade básica de saúde) em serviços-empresas⁴²; o cuidado em saúde como sinônimo de produtividade eficiente²³, as “necessidades sentidas pela comunidade”, objeto original da atenção primária à saúde⁴³ (p. 35) transmutada em “necessitados”⁴⁴ (p. 376) e o fascínio da história recente por contratos temporários e pejotizados⁴¹.

Se o acesso ao cuidado fosse unificado e balizado não por demandas, mas por necessidades, as comunidades provavelmente seriam instadas a se autovalorizar, o que poderia potencializar o interesse pelo cuidado de si; no caso de portadores de sífilis a apropriação do cuidado poderia gerar um arrefecimento das subnotificações. O problema é que, desde a entrada feroz do neoliberalismo, nos anos 90, os poderes executivos e legislativos, eleitos democraticamente para representar a sociedade brasileira por um período temporário, têm-se mostrado alienados a mudanças estruturais e ao desnivelamento de seus sistemas de contradições. Independentemente do vínculo partidário, o máximo que realizam o fazem na superfície. Um *continuum* deste feito pode-se observar na execução da política pública campanhista.

O documento “Agenda de Ações Estratégicas no Brasil para a Redução da Sífilis 2020-2021”, lançado pelo Ministério da Saúde em 2021, abre-se ao leitor com o incentivo campanhista: “Elaborar e divulgar informações sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de sífilis nas páginas oficiais do MS, por meio de campanhas nacionais”. Segue com ações estratégicas que se concentram no fortalecimento de parcerias e de redes de AB, na elaboração e divulgação de materiais informativos-educativos, ampliação de comitês e qualificação de informações⁴⁵ (p. 8).

Faz quase duzentos e vinte anos que o projeto campanhista adentrou o Brasil. Chegou pelas mãos de D. João VI, fincou raiz e foi transformado em política pública no Brasil República⁴⁶. Desde então, campanhas ditas em prol da saúde pública têm sido edificadas e solidificadas, nos mais variados formatos, e divulgadas pelos infundáveis veículos midiáticos corporativos. Enquanto isso, a Estratégia segue solitariamente no horizonte, distante de sua universalização, a força de trabalho segue escamoteada e subsumida a contrarreformas e a sociedade usuária se movimenta para lugares que supostamente possam lhe conferir algum aceno à materialidade.

Por fim, para explicar os processos sociais que determinam o recrudescimento da sífilis adquirida, no intervalo estudado, são necessários estudos de campo sobre as formas de reprodução social e a sua distribuição com ênfase nas “condições sociais e históricas [...] como determinantes estruturais [que] existem antes do problema analisado [cuja] compreensão nos permite especificar as dimensões do problema”² (p. 131).

CONSIDERAÇÕES

A pesquisa teve como ponto de partida o resgate de um elemento teórico da Medicina Social descrito na DCNCGM, de 2014: o(a) graduado(a) terá “como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença”¹, modelo teórico explicativo do processo saúde-doença da medicina e epidemiologia sociais.

O interesse em se debruçar nessa recomendação adveio do fato de que ela é, à luz da dialética, a antítese da abordagem teórico-hegemônica da formação médica, cuja natureza é funcionalista-positivista. Em que pese a ciência de que as DCN não são de natureza jurídica, mas sociopolítica, é fato que elas influem diretamente nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde.

Essa problematização desaguou em uma análise da história social de uma doença que vem alternando momentos de remissão e recrudescimento no Brasil – sífilis adquirida –, no recorte 2012-2022, no Brasil, Santa Catarina e Itajaí, SC.

Foi possível apreender categorias, algumas gerais, outras advindas de condições sociais particulares, quais sejam: dinâmica da estrutura social, sistemas contraditórios da estrutura social, comportamento coletivo da doença, vontade política, alienação, movimento de oposição de práticas em saúde, interesses das mídias corporativas, precarização do trabalho e da vida, acultramento positivista-funcionalista, lógica de valorização do capital pelo setor de serviços, relações produtivas da sociedade de serviços, condições de trabalho, de consumo, de troca de bens materiais e simbólicos, balizamento do cuidado na ESF e lógica de produtividade eficiente na AB.

Como um produto simbólico, a pesquisa reafirma a importância de uma formação médica com e para o Brasil, como diria , como diria Marco da Ros, militante intransigente da Medicina Social e professor da Universidade Federal de Santa Catarina e da Universidade do Vale do Itajaí por muitos anos. A importância de uma formação atravessada, em sua inteireza, pelo

reconhecimento da doença como um processo dialético que exige intervenções coletivas pautadas nas relações sociais de produção da vida e do trabalho.

Que o debate siga uma constante.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesses de natureza financeira, comercial, institucional ou pessoal que possam ter influenciado a realização deste estudo ou a interpretação de seus resultados.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados que sustentam os resultados deste estudo estão apresentados integralmente no próprio manuscrito.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Carolina Back Hoffmann: conceituação do estudo, análise formal, redação – rascunho original, metodologia.

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima: conceitualização, análise formal, metodologia, supervisão, validação, redação – revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências [Internet]. 2014 [citado 20 Jan 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view
2. Iriarte C, Waitzkin H, Breilh J. Medicina Social Latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panamericana Salud Pública. 2002; 12(12):128-36.
3. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Duarte EN, organizadores. Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983.
4. Giddens A. Sociologia. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

5. Breilh J. Epidemiologia crítica e saúde coletiva: rupturas e reconstruções. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.

6. Mota A, Schraiber IB, Ayres JRCM. “Paulistanidade” e a construção da Saúde Coletiva no estado de São Paulo, Brasil. Interface (Botucatu) [Internet]. 2017 [citado 20 Jan 2025]; 21(60):5-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0863>

7. Donnangelo MCF. Medicina & Sociedade. São Paulo: Hucitec; 2011.

8. Nogueira MA. Em defesa da política. São Paulo: Livre Pensar; 2004.

9. USP. Brasil ultrapassa 50 mil vagas anuais em Medicina após abertura de 77 novos cursos, alertam pesquisadores da FMUSP. [Internet]. 2025 [citado 30 Dez 2025]. Disponível em: <https://fm.usp.br/fmusp/noticias/brasil-ultrapassa-50-mil-vagas-anuais-em-medicina-apos-abertura-de-77-novos-cursos-alertam-pesquisadores-da-fmusp>

10. Knobel M. ¿Qué dificulta la expansión de la educación superior en Brasil y América latina? In: UNESCO. El derecho a la educación superior en América Latina y el Caribe: compendio de notas conceptuales. Caracas: UNESCO IESALC; 2023. p. 22-24.

11. Associação Brasileira das Instituições Comunitárias de Educação Superior. Quem somos. [Internet]. 2024 [citado 17 Dez 2025]. Disponível em: <https://www.abruc.org.br/quem-somos/>

12. Manacorda MA. Antonio Gramsci: l'alternativa pedagogica Roma: Riuniti; 2012.

13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico. Sífilis 2023. Número especial. Brasília: MS; 2023.

14. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Sífilis 2019. Brasília: MS; 2019.

15. World Health Organization. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections [Internet]. 2021 [citado 31 Dez 2025]. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240027077>

16. ONU. Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 2015 [citado 29 Dez 2025]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>

17. Moreira MR, Kastrup E, Ribeiro JM, Carvalho AI de, Braga AP. O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS Brazil heading to 2030. Saúde debate [Internet]. 2019 [citado 29 Dez 2025]; 43(n. spe7):22–35. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S702>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CNwYxqJZ4kVRHmnDhykMWcz/?lang=pt>

18. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Boletim Epidemiológico de Sífilis [Internet]. 2018 [citado 8 maio 2025]. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br>

19. IBGE. Censo Demográfico 2022. Características urbanísticas do entorno dos domicílios [Internet]. 2025 [citado 8 maio 2025]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102168.pdf>

20. Assis GO, Cassaniga T. Um breve estudo demográfico sobre a presença nordestina nas cidades médias do Vale do Itajaí [Internet]. In: Anais do XXII Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2022; Online. Galoá; 2024. [citado 17 Dez 2025]. Disponível em: <https://proceedings.science/encontro-abep/abep-2022/trabalhos/um-breve-estudo-demografico-sobre-a-presenca-nordestina-nas-cidades-medias-do-va?lang=pt-br>

21. Leavell H, Clark EG. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.

22. Breilh J. Epidemiologia: economia, medicina e política. São Paulo: Unesp Hucitec; 1991.

23. Nunes J, Brito C. A vida cotidiana do neoliberalismo: os cuidados de saúde à população em situação de rua no Rio de Janeiro. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2023 [citado 20 Abr 2025]; 33:e33030. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2023.v33/e33030/pt/#>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333030>

24. Castellanos PL. Epidemiologia, Saúde Pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: Barata RB, organizador. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.
25. Barata RB. Epidemiologia e Ciências Sociais. In: Barata RB, Briceño-León R, organizadores. Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000.
26. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud [Internet]. 1982 [citado 13 Abr 2025]; 2:7-23. Disponível em: https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf
27. Pochmann M. O neocolonialismo à espreita. São Paulo: Edições SESC; 2021.
28. Pochmann M. A grande desistência histórica. E o fim da sociedade industrial. São Paulo: Ed. Ideias Letras; 2022.
29. Pochmann M. Declínio da vida em sociedade e o Brasil no início do século XXI. São Paulo: E. Ideias Letras; 2024.
30. Garzón Duque MO, Cardona Arango MD, Segura Cardona AM, Rodríguez Ospina FL. Posturas epistemológicas desde la epidemiología clásica y latinoamericana en el dilema de la causalidad y la determinación en epidemiología. CES Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 31 Dez 2025]; 9(1):22–32. Disponível em: https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/5022
31. Breilh J. La salud enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque. In: Breilh J, Granda E, Campaña A, Yépez J, Páez, R, Costales P, organizadores. **Deterioro de la vida**. Quito: Corporación Editora Nacional; 1990. p. 23-34.
32. Antunes R. Riqueza e Miséria do trabalho no Brasil IV. Trabalho digital, autogestão e expropriação da vida. São Paulo: Boitempo; 2019.
33. Ribeiro HP, organizador. Gritos e Silêncios – degradação do trabalho e estados de saúde da voz. São Paulo: Edição do Autor; 2013.

34. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv. Soc. Soc.* 2015; 123:407-27.

35. Antunes R. O privilégio da servidão. O novo proletariado de serviços da era digital. 2a ed. São Paulo: Boitempo; 2020.

36. Santos KM, Tracera GMP, Nascimento FPB, Moreira JPL, Ruas CAS, Fonseca EC, et al. O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem e os riscos psicossociais no trabalho. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2022 citado 17 Dez 2025]; 35:eAPE03447. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/M4LgPRcHzP3NgbK9FPwdZDn/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03447>

37. Pereira MFV. A inserção subordinada do Brasil na divisão internacional do trabalho: consequências territoriais e perspectivas em tempos de globalização. *Soc. nat.* [Internet]. 2010 [citado 16 Mar 2025]; 22(2):347–55. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sn/a/SHBvQFnZdz4qbnxdZpTFYDw/>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1982-45132010000200009>

38. Abramides MBC, Cabral MSR. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. *São Paulo Perspec* [Internet]. 2003 [citado 16 Mar 2025]; 17(1):3-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/P87NC7ZMqpymgR9t3qBG8yh/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000100002>

39. Brasil. Ministério da Administração Federal. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado [Internet]. 1995 [citado 20 Abr 2025]. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>

40. Campos GWS. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. *Interface* [Internet]. 2018 [citado 15 Abr 2025]; 22(64):5–8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/W3fyY7tRfFmdgMSkQ4YGtxn/?lang=pt#>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0772>

41. Silva GM, Lima RCGS. Contribuições de um mapa interativo da força de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Trab. educ. saúde* [Internet]. 2024 [citado 15 Abr 2025]; 22:e02489253. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2489>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/QL444jtWL3BBjCTsrwH9jhg/?lang=pt>

42. Chauí M. Ideologia: uma introdução. São Paulo: Boitempo; 2025.

43. World Health Organization. Promotion des Services Nationaux de Santé. Vingt-Huitieme Assemelee Mondiale de la Sante. A/28/WP/4 [Internet]. 1975 [citado 20 Abr. 2025]. Disponível em: <https://iris.who.int/items/ff5f5d24-bc51-4717-981c-12dbc1311990>

44. França Junior RP. A crise estrutural do capital, as relações Estado-sociedade e o mito do terceiro setor. Serv. Soc. Soc. [Internet]. 2021 [citado 20 Abr 2025]; 142:366–85. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.255>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/YDJgQPPfN48GMTWhQKptc7C/?format=pdf&lang=pt>

45. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agenda Estratégica para Redução da Sífilis no Brasil 2020-2021 [Internet]. 2021 [citado 30 Dez 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2021/agenda-estrategica-de-sifilis-2020-2021/view>

46. Verdi MIM. Da Haussmannização às Cidades Saudáveis: Rupturas e Continuidades nas Políticas de Saúde e Urbanização na Sociedade Brasileira do Início e do Final do Século XX [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.