

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – UFJF

Faculdade de Serviço Social

**Curso de Pós-Graduação em Política Social, Serviço Social e
Processo de Supervisão de Estágio**

Daniele Aparecida Cerqueira Santos Gouvêa

**Sífilis Gestacional: O perfil das usuárias do Centro Estadual
de Atenção Especializada (CEAE) microrregião de Leopoldina
(MG) e o olhar do Serviço Social**

Juiz de Fora

2019

Daniele Aparecida Cerqueira Santos Gouvêa

Sífilis Gestacional: O perfil das usuárias do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) microrregião de Leopoldina (MG) e o olhar do Serviço Social

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito para a obtenção do título de especialista em Política Social, Serviço Social e Processo de Supervisão de Estágio.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Joseane Barbosa de Lima.

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santos Gouvêa, Daniele Aparecida Cerqueira.

Sífilis Gestacional : O perfil das usuárias do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) microrregião de Leopoldina (MG) e o olhar do Serviço Social / Daniele Aparecida Cerqueira Santos Gouvêa. -- 2019.

104 f.

Orientadora: Lima Joseane Barbosa de

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social. Especialização em Política Social, Serviço Social e Processo de Supervisão de Estágio, 2019.

1. Serviço Social. 2. Saúde Pública. 3. Saúde da Mulher. 4. Sífilis. 5. Gravidez. I. Joseane Barbosa de, Lima, orient. II. Título.

Juiz de Fora

2019



Daniele Aparecida Cerqueira Santos Gouvêa

Sífilis Gestacional: O perfil das usuárias do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) microrregião de Leopoldina (MG) e o olhar do Serviço Social.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Serviço Social/Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de especialização em Política Social, Serviço Social e Processo de Supervisão de Estágio (segunda turma).

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 02/12/19, por banca composta pelas seguintes docentes:



Profª. Drª. Sabrina Pereira Paiva



Profª. Drª Marina Monteiro de Castro e Castro



Profª. Drª. Joseane Barbosa de Lima – Orientadora

Nota obtida: 80

Juiz de Fora
Dezembro de 2019

Dedico este trabalho

às mulheres atendidas no CEAE Leopoldina,
que, apesar das dificuldades que enfrentam,
ainda encontram o significado da vida,
da sexualidade e da maternidade

e também a todos os trabalhadores na área de saúde,
por contribuírem para a construção de um país justo
mesmo diante de limitações políticas e econômicas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às professoras da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), que me acolheram e me conduziram na jornada de conhecimento que se conclui pela apresentação deste trabalho. Agradeço em especial à minha orientadora, Prof.^a Joseane Barbosa de Lima, cujos conhecimentos foram essenciais para o aperfeiçoamento de minhas ideias e projetos.

Agradecimentos são devidos ao Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), por permitir e facilitar a realização desta pesquisa em suas dependências, flexibilizando meu horário de trabalho e franqueando o acesso aos registros mantidos em seus arquivos.

Agradeço também às pessoas que fazem parte de minha vida e que me apoiaram nas etapas desse longo processo de crescimento pessoal e profissional.

Em especial à minha mãe, Maria Antônia, que foi professora primária e cuja mão foi a primeira que guiou a minha no aprendizado da escrita.

Agradeço ao meu marido, José Geraldo, que sempre acreditou em meu potencial e me deu impulso e apoio em minha caminhada acadêmica.

Agradeço às minhas filhas, Gabriele e Maria Eduarda, por compreenderem as longas ausências motivadas pelo estudo e os longos períodos em que não lhes pude dar atenção para focar nessa pesquisa.

A todos os que não posso citar, por ser tão breve o espaço aqui disponível, digo que seu afeto e seu apoio também estão reconhecidos em meu coração.

Esta conquista não é somente minha, é de todos que estiveram ao meu lado a dizer que “sim, você vai conseguir”.

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo analisar o perfil das gestantes portadoras de sífilis acompanhadas pelo Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) de Leopoldina/MG. A cidade de Leopoldina apresenta particularidades históricas e econômicas que se refletem na qualidade de vida de sua população de baixa renda, notavelmente das mulheres. Nesse sentido, a pesquisa realizada para esse trabalho de conclusão de curso desvela um recorte sociológico e educacional sobre as usuárias do Serviço Social do CEAE, contaminadas pelo vírus da sífilis, sugerindo que o enfrentamento da sífilis em geral e sífilis congênita em particular, requer abordagem multidisciplinar para abranger todos os aspectos que influenciam na perpetuação da doença. As políticas públicas de saúde no Brasil se caracterizam por terem adquirido sua forma definitiva há relativamente pouco tempo (o horizonte de uma geração) e ainda enfrentarem os desafios de sua incompletude. A saúde feminina, por sua vez, é uma construção histórica recente, que ainda não atingiu sua plena maturidade institucional e cultural e isto não só no Brasil. A sífilis é uma doença grave, mas de fácil prevenção e tratamento, que ainda não foi erradicada nos países em desenvolvimento. A adoção de práticas profiláticas simples e de acompanhamento pré-natal especializado podem prevenir a sífilis congênita na grande maioria dos casos, então se pode afirmar que toda ocorrência de sífilis congênita é um indício de falha do sistema de saúde. Fatores culturais, educacionais, sociais e econômicos vão influenciar na exposição das mulheres ao risco de contágio, no acesso ao sistema de saúde e até mesmo em sua adesão ao tratamento. Foram analisados para realização desse trabalho 567 prontuários de atendimento realizados pelo Serviço Social no CEAE no período de abril de 2017 a setembro de 2019, dentre os quais a pesquisadora identificou 35 casos de sífilis gestacional.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde pública. Saúde da mulher. Sífilis. Gravidez.

ABSTRACT

This work aims to analyse the profile of pregnant women with syphilis monitored by the State Center for Specialized Care (CEAE) of Leopoldina / MG. The city of Leopoldina has historical and economic particularities that are reflected in the quality of life of its low-income population, notably women. In this sense, the research carried out for this end of course work reveals a sociological and educational focus on users of the CEAE Social Service, contaminated by the syphilis virus, suggesting that coping with syphilis in general and congenital syphilis in particular, requires an approach multidisciplinary approach to cover all aspects that influence the perpetuation of the disease. Public health policies in Brazil are characterized by having acquired their definitive form relatively recently (the horizon of a generation) and still facing the challenges of their incompleteness. Women's health, in turn, is a recent historical construction, which has not yet reached its full institutional and cultural maturity, and this not only in Brazil. Syphilis is a serious disease, but it is easy to prevent and treat, and has not yet been eradicated in developing countries. The adoption of simple prophylactic practices and specialized prenatal care can prevent congenital syphilis in the vast majority of cases, so it can be said that every occurrence of congenital syphilis is an indication of failure of the health system. Cultural, educational, social and economic factors will influence women's exposure to the risk of contagion, access to the health system and even their adherence to treatment. 567 medical records performed by the Social Service at CEAE from April 2017 to September 2019 were analyzed for this work, among which the researcher identified 35 cases of gestational syphilis.

Keywords: Social Work. Public health. Women's health. Syphilis. Pregnancy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Fases da sífilis e risco de transmissão vertical	43
Tabela 2: Infecções/ano de ISTs selecionadas, no Brasil.	46
Tabela 3: Dados demográficos de Leopoldina.	59
Tabela 4: Origem das usuárias	65
Tabela 5: Idade das usuárias	65
Tabela 6: Quantidade de gestações.....	66
Tabela 7: Precocidade das gestações	67
Tabela 8: Estado civil	68
Tabela 9: Tamanho da unidade familiar	68
Tabela 10: Raça (cor de pele).....	69
Tabela 11: Escolaridade.....	70
Tabela 12: Situação laboral.....	71
Tabela 13: Benefícios sociais.....	72
Tabela 14: Fase do acompanhamento (no momento da coleta de dados).....	72
Tabela 15: Desfecho do acompanhamento.....	74
Tabela 16: Início do pré-natal.....	75
Tabela 17: Quantidade de consultas de pré-natal.....	76
Tabela 18: Percepção dos riscos	78
Tabela 19: Avaliação do relacionamento.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AI-5	Ato Institucional Nº 5
AIDS	Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CEAS	Centro de Estudos e Ação Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CISUM	Consórcio Intermunicipal de Saúde União da Mata
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus do Papiloma Humano
IAP	Instituto de Aposentadora e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PT	Partido dos Trabalhadores
PVHIV	Pacientes Vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana
SES/MG	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	15
2.1	HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	16
2.2	A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	22
2.3	A SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	31
2.4	POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO	36
3	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: A SÍFILIS EM DEBATE	41
3.1	SÍFILIS E SAÚDE PÚBLICA	41
3.2	A SÍFILIS GESTACIONAL E RISCOS À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA	43
4	O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO ÀS GESTANTES PORTADORAS DE SÍFILIS DO CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CEAE) MICRORREGIÃO DE LEOPOLDINA (MG)	49
4.1	SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: CONCEITUAÇÃO E ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS	49
4.2	ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CEAE DE LEOPOLDINA (MG)	58
4.2.1	Apresentação do Espaço Geográfico	59
4.2.2	Estrutura do Atendimento	60
4.3	Perfil das Gestantes Portadoras de Sífilis Gestacional Atendidas no CEAE	61
4.3.1	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	61
4.3.2	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	64
	Origem geográfica das usuárias	64

	Faixas etárias	65
	Quantidade de gestações.....	66
	Estado civil	67
	Tamanho da unidade familiar.....	68
	Raça (cor).....	69
	Escolaridade	70
	Situação profissional atual	71
	Benefícios sociais	71
	Situação do acompanhamento	72
	Outras situações de risco	73
	Desfecho do acompanhamento.....	74
	Adesão ao pré-natal.....	75
	Conhecimento dos riscos	76
4.4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	78
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS.....	83
	ANEXO A – ROTEIRO DE ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS	92
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO ORIENTADOR DA ENTREVISTA	95
	ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO	97
	ANEXO D – TERMO DE APROVAÇÃO.....	99

1 INTRODUÇÃO

A questão das políticas públicas de saúde reprodutiva e sua relação com a prevenção e tratamento de ISTs, notadamente da sífilis, tem sido objeto da atenção de diversos trabalhos acadêmicos nos últimos anos, focados no aumento da incidência desta doença nos países em desenvolvimento e as razões de tal evolução. Este trabalho busca traçar o perfil das portadoras de sífilis em acompanhamento no Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), localizado na microrregião de Leopoldina (MG), bem como de outras usuárias do CEAE que haviam sido acompanhadas pelo Serviço Social do CEAE a partir de 2017¹, e que apresentavam um conjunto de características comuns, sendo a principal o diagnóstico de sífilis.

Tem como objetivo geral traçar o perfil das gestantes portadoras de sífilis acompanhadas pelo CEAE Leopoldina e por objetivos específicos: (a) compreender de que formas as políticas nacional e estadual de saúde chegam ao município e abordam a questão da sífilis como um problema de saúde pública, (b) identificar os fatores que influenciaram na contaminação dessas mulheres, (c) compreender o papel do profissional de serviço social na atenção às portadoras de sífilis gestacional e (d) oferecer subsídios para um diagnóstico das políticas públicas de saúde da mulher, especialmente na área de abrangência do CEAE Leopoldina, para embasar o aperfeiçoamento dessas políticas.

A opção pelo estudo do tema surgiu em consequência da atuação da pesquisadora como Assistente Social no CEAE/Leopoldina, a partir de abril de 2017, quando passou a ter contato com o tema e viu os desafios que essas mulheres enfrentam, como os apontados por Lourenço et al. (2019, p. 165): graves problemas de saúde e falta de condições de buscar outras formas de atendimento fora do SUS.

Partindo dessa experiência, a pesquisa identificou o risco de contaminação por sífilis com um determinado perfil. Desta percepção surgiram indagações sobre os fatores relacionados à contaminação por Infecções Sexualmente Transmissíveis

1 Ano em que a pesquisadora assumiu o cargo de Assistente Social na referida instituição.

(IST)² em geral, e sífilis em particular, bem como os desafios de seu enfrentamento dadas as limitações do sistema público saúde e as dificuldades enfrentadas pelas usuárias: enfermidades ou deficiências, drogadição, perda de poder familiar, violência doméstica, conflito com a lei, e outros (LOURENÇO et al., 2019, p. 163).

Importante destacar que o Serviço Social no CEAE é parte de uma equipe multidisciplinar também integrada, atualmente, por duas enfermeiras, uma psicóloga, uma nutricionista, um fisioterapeuta, uma técnica de enfermagem, duas técnicas de radiologia, dois ginecologistas, uma mastologista, um pediatra, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais; todos sob a coordenação de uma gerente (CEAE, 2019).

O atendimento a gestantes de alto risco vai do pré-natal ao puerpério, estendendo-se, em certos casos, ao atendimento infantil especializado, para assegurar a saúde sexual e reprodutiva da mulher (MELO et al., 2017, p. 3458), listados pela Constituição Federal de 1988 e a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

A atuação como Assistente Social no CEAE, desde abril de 2017, despertou o interesse por estudar a realidade das mulheres atendidas; gestantes que enfrentam desafios para levar a termo suas gestações. Entre os fatores de risco, a pesquisadora identificou que a sífilis parecia ser um pouco mais frequente que o esperado. Desta percepção nasceram indagações sobre prevalência e fatores sociais da contaminação daquelas mulheres por ISTs em geral e pela sífilis em particular, doença considerada “evento sentinela” na avaliação da qualidade das políticas públicas de saúde (ARAÚJO et al., 2012, p. 480).

Entre as gestantes, a sífilis parecia ser a IST mais frequente, correspondendo à maioria absoluta dos diagnósticos de ISTs. O fato chama a atenção porque, conforme Milanez, Amaral et al. (2008, p. 326), a incidência de sífilis materna no Brasil fica em torno de 1,6% das gestantes. Desta percepção nasceu a indagação se os índices locais (Leopoldina/MG), estariam em linha com os

2 A terminologia Infecção Sexualmente Transmissível (IST) foi adotada no Brasil a partir de 2016 seguindo a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Como este trabalho emprega referências anteriores e posteriores à mudança, pode ocorrer a utilização da terminologia antiga em certas citações e na Bibliografia.

observados nacionalmente ou se estaria configurada uma emergência de saúde pública.

O CEAE é o espaço privilegiado para a realização da pesquisa, por ser o órgão de referência no acompanhamento da saúde da mulher, especialmente sexual e reprodutiva. A profissional de Serviço Social atua em sete frentes principais no acompanhamento das gestantes: (1) acolhimento das usuárias; (2) informação sobre os serviços ali prestados; (3) orientação para acesso à rede socioassistencial; (4) identificação de casos de abuso sexual; (5) identificação de casos de violência doméstica; (6) acompanhamento da gravidez e da fase inicial da vida do recém-nascido e (7) registro de atendimento de puerpério, ao término do tratamento.

Além disso, o/a Assistente Social é o/a profissional que produz maior quantidade de dados durante o acompanhamento, através das entrevistas com as usuárias e da observação. Portanto, é quem tem à mão os instrumentos necessários para avaliar a percepção das usuárias sobre o tratamento e observar seu engajamento.

Compreende-se que uma política pública de saúde incluindo atenção às gestantes é essencial para reduzir a mortalidade materna, evitar a transmissão congênita de doenças e contribuir para o nascimento de novas gerações saudáveis. Entre os desafios, a prevalência de sífilis é um dos mais significativos, porque a doença põe em risco a vida da gestante, aumenta a frequência de abortos espontâneos e pode causar o nascimento de crianças portadoras, com sequelas relevantes.

Para alcançar os objetivos definidos, fez-se uma revisão de bibliografia e uma pesquisa social de caráter descritivo, quantitativo e documental retrospectivo. Gil (2008, p. 28) define a pesquisa social de caráter descritivo como aquela que procura descrever as características de determinada população ou fenômeno e estabelecer relações entre variáveis, caracterizando-se primordialmente pela utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Segundo Sá-Silva, Almeida e Guindani (2008, p. 3, p. 4–5), a pesquisa documental, é aquela que recorre a documentos originais, que ainda não foram tratados por nenhum pesquisador — como os prontuários do CEAE.

A revisão de bibliografia teve por finalidade aprofundar as temáticas pertinentes à política brasileira de saúde pública e de saúde da mulher e o papel do

Serviço Social nesse contexto. Foram usadas: (a) obras impressas obtidas da Biblioteca do Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora e da biblioteca pessoal da pesquisadora; (b) artigos científicos indexados por plataformas de pesquisa como Google Acadêmico, CrossRef e RedaLyc; (c) documentos disponibilizados digitalmente pelos bancos de teses das universidades federais; (d) dados públicos disponibilizados pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde; (e) manuais e folhetos publicados digitalmente pelo Ministério da Saúde.

Em relação à pesquisa social, foi realizada através da análise dos prontuários dos atendimentos acompanhados pela pesquisadora desde seu ingresso no CEAE, em abril de 2017 até o término da fase de coleta de dados, em 26 de setembro de 2019, totalizando 567 registros, em que foram identificados 35 casos de sífilis. Esses 35 prontuários foram analisados em detalhe e foram feitas 20 entrevistas no período entre 27 de agosto e 26 de setembro de 2019. Este projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Juiz de Fora em 27 de agosto de 2019, sob o Nº 14787719.0.0000.5147.

O trabalho se divide em quatro capítulos. O primeiro está intitulado “Políticas Públicas de Saúde no Brasil” e inclui um “Histórico das Políticas de Saúde Pública no Brasil”, e também sobre “A Reforma Sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde”, concluindo com “A Saúde da Mulher no Contexto do Sistema Único de Saúde” e “Políticas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil: um breve histórico”. O segundo capítulo é sobre “Infecções Sexualmente Transmissíveis: a Sífilis em Debate”, dividindo-se em duas seções: “Sífilis e Saúde Pública”, em que se fala sobre a sífilis propriamente dita, e “A Sífilis Gestacional e os Riscos à Saúde da Mulher e da Criança”. O terceiro capítulo aborda “O Serviço Social no Atendimento às Gestantes Portadoras de Sífilis do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) — Microrregião de Leopoldina (MG)”, com duas seções: “Serviço Social na Saúde: conceituação e aspectos sócio-históricos” e “Atuação do Assistente Social no CEAE de Leopoldina (MG)”.

Finalmente, no quarto capítulo, intitulado “Perfil das Gestantes Portadoras de Sífilis Gestacional Atendidas no CEAE”, são apresentados os dados levantados pela pesquisa e discutadas as suas interpretações. Entender o contexto em que mulheres

socialmente vulneráveis (carentes e de baixa escolaridade) se contaminam com ISTs e ainda assim engravidam é importante para encontrar meios de abordar o problema com eficácia, partindo de um diagnóstico da abordagem atual e da identificação de pontos passíveis de melhoria.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O Brasil só veio a adotar tardiamente uma política pública de saúde. Conforme Bravo et al. (2006, p. 2), foi somente no começo do século XX que esta emergiu como uma expressão da “questão social” no Brasil. Antes predominando as iniciativas pontuais e as práticas filantrópicas.

Para Paim (2008, p. 42) esta situação decorreu do fato de que o Estado não se ocupa originalmente do bem-estar da população, mas da manutenção do poder pelas classes dominantes, apesar de se apresentar como o representante das classes dominadas, o que se processa mediante o que o autor qualifica de “complexo processo ideológico”. Apesar disso, o Estado, de fato, atua “em proveito político das classes dominantes recorrendo a dispositivos e aparelhos ideológicos de diversas ordens.”

Para Mendes (1993, p. 4), o desinteresse do Estado pela saúde pública estava relacionado a um modelo econômico agroexportador (focado na terra e sua produção). Tal modelo exigia do sistema de saúde, sobretudo “uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação.” Assim o autor explica a predominância do que chama de “modelo médico do sanitário ³campanhista” .

Seria somente a partir de 1930 o início da ação mais consistente do Estado. Mesmo assim, a atuação do governo no estabelecimento de políticas de saúde continuou limitada e intermitente até a década de 1970 (PAIM, 2008, p. 27), quando

3 Segundo Ponte, Lima e Kropf (2010, p. 104), o “campanhismo” seria a concentração de recursos materiais e humanos em finalidades específicas, como, por exemplo, erradicar uma determinada doença, conforme fosse descrita pela ciência. Esses movimentos eram “acalentados pela perspectiva de obter uma vitória sem precedentes” e envolviam cientistas, governos e organismos internacionais, muitas vezes associados a grandes grupos empresariais. Os autores citam, por exemplo, a atuação da Fundação Rockefeller na tentativa de erradicação da febre amarela.

surgiu o movimento de Reforma Sanitária no Brasil, preconizando uma mudança de paradigma no atendimento à saúde.

Mendes (1993, p. 4) resume a trajetória das políticas brasileiras de saúde pública em três fases, dizendo que “neste século, o sistema de saúde brasileiro transitou do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista até chegar ao modelo neoliberal.”

2.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Segundo Bravo et al. (2006, p. 2–3), a história da saúde pública no Brasil foi marcada por fases distintas. Até 1930, a ação estatal era incipiente; entre 1930 e 1964, tivemos o início da intervenção estatal; entre 1964 e 1990, vivemos o modelo de saúde implantado pela ditadura militar e, desde 1990, o período de construção do Sistema Único de Saúde segundo a Lei Orgânica da Saúde. Entre a política de saúde da ditadura militar e a criação do SUS ocorreu a Reforma Sanitária.

Da instalação da primeira administração colonial até as reformas implantadas no período Vargas, a partir de 1930, a característica predominante foi a ausência de organização institucional efetiva. Conforme Escorel e Teixeira (2008, p. 282), “o poder central atuava na normatização dos serviços, cabendo aos poderes locais a responsabilidade pela alocação de recursos e execução das ações”.

Bravo et al. (2006, p. 3) ressaltam que “a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal”. Desta maneira, as primeiras ações de saúde pública, de escopo ainda bastante limitado, somente surgiram por influências externas, “em decorrência das transformações econômicas e políticas”. Entre essas a autora cita a vigilância do exercício profissional e as campanhas de prevenção.

Tal organização seguiu sem grande mudança até a última década do império, baseando-se na “Junta Central de Higiene Pública” e na “Inspetoria Geral de Higiene”. Conforme Costa (1985 apud ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 286), a primeira reforma foi em 1886, quando esses órgãos foram extintos e se criou o Conselho Superior de Saúde Pública, que se subdividia em Inspetoria Geral de Higiene e Inspetoria de Saúde dos Portos.

Nesse momento, as primeiras medidas tomadas não foram no contexto de uma política ampla de saúde pública, mas conforme interesses privados; situação que

se manteve depois da proclamação da República, apesar das mudanças ocorridas em função de um contexto internacional de transformações.

Além do mais, as políticas públicas permaneceram muito limitadas à capital e não se difundiram pelo resto do país, exceto nos municípios mais ricos (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 285).

Evidência do descaso é que, conforme relatam Paulus Jr. e Cordoni Jr. (2006, p. 14), no período de 1897 até 1930 os assuntos pertinentes à saúde eram tratados pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em específico, na Diretoria-Geral de Saúde Pública.

Oliveira e Souza (2002, [p. 4]) explicam que a atuação estatal se limitava aos “espaços de circulação de mercadorias”, preocupada em manter abertos os caminhos de imigração e exportação em vez de assegurar qualidade de vida à população. Quanto às transformações tecnológicas e econômicas do cenário internacional, Scorel e Teixeira deixam claro que, conforme o conhecimento histórico estabelecido, permaneceram restritas a poucos, o que se devia, em parte, a uma visão preconceituosa que as classes dominantes tinham do país:

No início do século XX, nossas elites ainda não haviam voltado a atenção para o interior. Na verdade, sua grande maioria desprezava essas regiões, pois via na população mestiça que nelas habitava a ruína da sociedade. Na sua concepção racista, o embranquecimento — a ser alcançado principalmente através da ampliação da imigração europeia — era a única opção para o progresso do país (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 292).

Um diagnóstico impiedoso da situação do país foi dado por Miguel Pereira, médico e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que, em 1916, tendo diante de si os resultados das expedições científicas que haviam recentemente estudado o interior do país, afirmou que “o Brasil é um grande hospital”. Scorel e Teixeira (2008) observam que a frase depois se tornou o lema de setores engajados de nossa intelectualidade, que reivindicaram um maior poder de intervenção do Estado no campo da saúde pública.

Dois anos depois, a grande pandemia de gripe espanhola que devastou vários continentes chegou ao país, causando uma quantidade incalculável de mortes e desorganização social. Grandes cidades, como Rio de Janeiro e São Paulo, tiveram as atividades paralisadas, enquanto a população, carecendo do suporte de serviços públicos, assistia atônita à incontrolável mortandade (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 294)

O impacto desta calamidade e de outros fatores políticos levou ao surgimento, em 1918, da Liga Pró-Saneamento do Brasil, dirigida pelo cientista Belisário Penna, do Instituto Oswaldo Cruz. Nos anos seguintes, a Liga conseguiu respostas governamentais para várias de suas demandas, mas não alcançou seu maior objetivo, a criação do Ministério da Saúde, que traria a institucionalização de uma política nacional de saúde pública. Obteve, porém, uma vitória importante, durante a reforma do setor, entre 1919 e 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em substituição à antiga Diretoria-Geral de Saúde Pública (DGSP) e tendo como primeiro diretor o médico Carlos Chagas, também presidente do Instituto Oswaldo Cruz.

Só a partir de 1923 surgem as primeiras medidas de saúde pública de alcance geral, com a criação do DNSP, que, conforme Oliveira e Souza (2002, [p. 4]), definiu as áreas de atuação estatal na saúde: saneamento urbano e rural; propaganda sanitária; higiene infantil, industrial e profissional; atividades de supervisão e fiscalização; saúde dos portos e combate a endemias rurais. Essas medidas foram implementadas com a Reforma Carlos Chagas e a Lei Eloy Chaves, ambas de 1923 (BRAVO et al., 2006, p. 3).

A Lei Eloy Chaves foi particularmente significativa por estabelecer as primeiras medidas de saúde pública preventiva no país, ao abordar as questões de saúde e higiene do trabalhador, porém é mais lembrada pela criação da primeira Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP), a dos ferroviários, cofinanciada pelos empregadores e pelos trabalhadores, gerida com participação da União (BRASIL, 1923).

Há que se destacar que o modelo não era universal, mas se limitava aos trabalhadores da economia formal, por se basear nos vínculos trabalhistas. Só tinha direito aos benefícios os empregados permanentes que contribuía para a previdência. Os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador foram combativos politicamente e lutaram pela organização de CAPs em suas empresas. Depois dos ferroviários, também os estivadores e marítimos as obtiveram em 1926. Os trabalhadores dos demais ramos, só depois de 1930 (BRAVO et al., 2006, p. 3).

Com a ascensão de Getúlio Vargas, em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e implementada a primeira Política Nacional de Saúde. Assim o modelo das CAPs começou a ser expandido. Para Paulus Jr. e Cordoni Jr. (2006, p. 14), o momento coincidiu com a mudança de orientação da

ação do Estado em saúde, que deixou de se restringir a intervenções coletivas e passou à assistência individual. Escorel e Teixeira (2008, p. 301) observam que:

... as elites que agora dirigiam o governo buscavam o surgimento de um Estado forte e centralizado, com uma burocracia central capaz de coordenar a ação das administrações locais. [...] No entanto, em seus primeiros anos de atividade, o MESP somente deu continuidade às ações do antigo DNSP, chegando a suprimir algumas atividades realizadas por seu predecessor (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 301).

Nesse momento, as CAPs de cada empresa foram organizadas nacionalmente em um Instituto de Aposentadora e Pensão (IAP) por categoria profissional. Para Oliveira e Souza (2002, [p. 4–5]), esta não foi uma mudança meramente cosmética, mas essencialmente de foco: as CAPs, sob controle dos empregadores, priorizavam a preservação da saúde do trabalhador (atuando principalmente na prevenção de doenças e acidentes de trabalho), enquanto os IAPs, sob controle do governo, tinham perspectiva de longo prazo e miravam o aspecto previdenciário.

Na prática, a contrapartida da União no financiamento tripartite das CAPs nunca acontecera. Por isso, a União passou a acumular uma dívida com as instituições previdenciárias, que, com o tempo, se tornaram deficitárias (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 299), o que foi uma das razões alegadas para sua extinção.

Essa constante mudança de foco, refletindo as mudanças econômicas e políticas do país, teve impactos de longo prazo. Para Oliveira e Souza (2002, [p. 5]), que qualificam de “caótico” o quadro que hoje temos na saúde, devemos tal situação à estruturação da previdência social vinculada ao princípio do seguro social, “no mesmo plano de benefícios que as aposentadorias e pensões.”

Para os autores (OLIVEIRA; SOUZA, 2002, [p. 5]), a maior preocupação com a saúde do trabalhador reflete a mudança do eixo econômico: de uma economia agroexportadora para uma economia industrial moderna. Assim, a força de trabalho passou a ser primordial para a produção de riqueza, requerendo a intervenção governamental no intuito de sua preservação, para que os espaços produtivos não fossem prejudicados por externalidades.

Sob Vargas foram também implementadas outras medidas no sentido da organização da assistência pública à saúde, mas as políticas de saúde de Vargas ainda tinham um viés bastante conservador.

Escorel e Teixeira (2008, p. 299) lembram que efetivamente houve nesse período até uma “diminuição dos gastos por segurado, da participação da assistência médica no total das despesas, da concessão de aposentadorias e do valor médio pago aos beneficiários (aposentadorias e pensões)”.

A partir de 1940 surgem os grandes e modernos hospitais públicos no país, ligados aos institutos previdenciários, dando início a um modelo de saúde que os autores qualificam de “hospitalocêntrico” (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 308), isto é, focados no atendimento hospitalar e priorizando o aspecto curativo.

Em 1953, já no segundo mandato de Getúlio Vargas, a saúde finalmente ganhou um ministério próprio e a primeira intervenção planejada de longo prazo a nível nacional, no âmbito do plano Saúde, Alimentação, Transporte e Energia (SALTE), que havia sido concebido por Dutra, em 1948.

Bravo et al. (2006, p. 4) discernem dois principais eixos de atuação de políticas públicas até então: da *saúde pública* e da *medicina previdenciária*. Para as autoras, o subsetor de saúde pública foi o que predominou até meados dos anos 1960, voltado, em primeiro lugar, para a “criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas” e também, mais restritamente, as do campo.

Com a implantação da ditadura militar, em 1964, os IAPs foram unificados e surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sob gestão direta do governo federal, que se encarregou da “medicina previdenciária”. Para Oliveira e Souza (2002, [p. 5]), esta medida consolidou um modelo de seguro social e de prestação de serviços médicos no qual a assistência à saúde não era condição de cidadania, mas prerrogativa dos trabalhadores formais, contribuintes para a previdência.

Para Bravo et al. (2006, p. 6), o modelo adotado refletia a política de um regime autoritário, que alijava os trabalhadores do jogo político e aumentava a intervenção estatal. Nesse contexto, os trabalhadores estavam excluídos da gestão da própria previdência, “ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores.”

Paiva e Teixeira (2014) divisam nessa reforma duas características centrais: o autoritarismo e a privatização. A primeira se devia, obviamente, a ser uma ditadura. A segunda, pela participação crescente do grande capital na administração dos serviços públicos: “Além de determinar a progressiva exclusão

da participação social na gestão da previdência, o INPS passou a priorizar a contratação de serviços privados para o atendimento de seus beneficiários” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 18).

A previdência passou a ter caráter assistencialista e redistributivo, apesar de ainda estar limitada aos trabalhadores formais, principalmente urbanos. Segundo Paiva e Teixeira (2014), esse modelo era híbrido, pois “o país vivia sob a duplicidade de um sistema cindido entre a medicina previdenciária e a saúde pública.”

Exemplo da primeira eram as ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltadas prioritariamente para as áreas urbanas, que estavam a cargo dos institutos de pensão.

A ação de saúde pública propriamente dita, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era focada principalmente nas zonas rurais e setores carentes da população, tendo um aspecto preventivo.

Disso resultou, segundo Mendes (1993, p. 5), “um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas”, produzindo eventualmente a “consolidação do modelo médico-assistencial privatista”.

Esse modelo foi o que perdurou por todo o regime militar, especialmente na primeira década, quando foram sancionadas as leis que estruturaram o novo sistema, que, conforme Escorel (2008, p. 326) se caracteriza pela “preponderância da lógica e do modelo previdenciário” em detrimento das ações de saúde, situação que se construía pela concentração dos recursos na esfera da previdência social.

Conforme Souza (2002, p. 11), ainda nos anos 1970 foram desdobrados do INPS original dois novos órgãos: Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último “tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos” — lógica determinada pelo caráter eminentemente urbano dos trabalhadores formais.

Apesar de uma prática de autoritarismo, o regime militar daria continuidade à tendência histórica de expansão da cobertura de saúde. Paiva e Teixeira (2014, p. 18) citam medidas nesse sentido ainda durante a ditadura,

como a incorporação dos acidentes de trabalho às ações previdenciárias, a extensão da proteção previdenciária aos trabalhadores rurais, com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural), criado em 1971, e ampliação da cobertura previdenciária às domésticas, em 1972, estendida aos autônomos, no ano seguinte. Houve, assim, a expansão dos tipos de cobertura, sem universalização de fato, o que significava que os trabalhadores assistidos passaram a ter cada vez mais assistência, enquanto muitos ainda não tinham acesso ao sistema.

Considerando a observação de Paim (2008, p. 44), segundo a qual a questão da saúde é “objeto de ação política das classes dirigentes que controlam o Estado e seus aparelhos”, podemos dizer que esse modelo, em que o trabalhador figurava meramente como contribuinte, refletia a ideologia autoritária do Estado.

Portanto, conforme Oliveira e Souza (2002, [p. 10]), na promulgação da Constituição, em 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (LOS), em 1990, tivemos a culminação dos debates da Reforma Sanitária, finalmente assegurando a universalização e democratização do acesso à saúde.

2.2 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Oliveira e Souza (2002, p. 6) nos explicam que o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil surgiu da inquietação dos profissionais de saúde que passaram a criticar o modelo de saúde vigente e propuseram medidas para sua reestruturação, com base em estudos feitos por intelectuais ligados à saúde, como Donnangelo e Arouca, mas, também, influenciado por estudos e políticas originários das experiências de outros países e de órgãos internacionais.

Ainda segundo os autores, esse processo avançou conforme a gradual abertura política do regime militar, incorporando lideranças políticas, sindicais e populares. Dessa forma, o movimento de Reforma Sanitária no Brasil teve início ainda durante a ditadura, como parte da “transição a um padrão de civilidade, que começa pela garantia de direitos no capitalismo” (CFESS, 2011, p. 18) e veio a expressar na Constituição de 1988.

Cohn (1989, p. 123), explica que o termo Reforma Sanitária é amplo e designa diversas “experiências de reformulação normativa e institucional no campo da

assistência à saúde dos cidadãos, em países do primeiro e do terceiro mundo; como a Itália, a Espanha e o Brasil; e em sociedades semiperiféricas, como Portugal”.⁴

Paim (2008, p. 26) apresenta como principal bandeira da Reforma Sanitária brasileira a “democratização da saúde” em um momento em que a própria democracia no país estava suspensa. Schezzi (2012, recurso online) ressalta que o ponto de partida da Reforma Sanitária foi um momento em que não tínhamos saúde pública universal nem democracia. Desta maneira, para Souto e Oliveira (2016, p. 205), a luta por um sistema público e universal de saúde se confundia com a busca da redemocratização, enquanto o país vivia sob a vigência do Ato Institucional Nº 5 (AI-5). Para Escorel (2008, p. 331), a consciência da necessidade de mudança do paradigma de saúde pública no Brasil se deveu à influência do “modelo preventivista”, proveniente dos EUA, através do incentivo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que “divulgou a aplicação das ciências sociais na análise dos problemas de saúde”.

Conforme Arouca (1975, p. 12), a medicina preventiva englobava um “movimento ideológico” e uma “crítica da prática médica”, resultando em uma “transformação da atitude médica para com o paciente, sua família e a comunidade”. Contudo, apesar de progressista em muitos aspectos, esse modelo ainda expressava um caráter conservador, porque “pretendia mudar a prática médica incutindo no profissional uma nova atitude (a prevenção) sem alterar a forma liberal de organização da atenção à saúde” (ESCOREL, 2008, p. 330).

Arouca (1975, p. 219) explica que a medicina, no contexto ideológico do sistema capitalista, “participa da organização do processo produtivo, diminuindo o tempo de trabalho necessário e aumentando a mais-valia produzida”. A limitação da cobertura ao trabalhador assalariado era uma forma de controle social, ao mesmo tempo em que permitia que a própria atividade médica fosse considerada como mera transação comercial.

Ainda recorrendo a Arouca (1975, p. 221), vemos que a universalização da medicina, ou seja, “quando o cuidado médico é referido ao exército de reserva e ao lumpem proletariado através dos serviços beneficentes de saúde ou centros de

4 A autora alude à classificação dos países entre centrais e periféricos ao capitalismo, que veio a substituir a antiga divisão entre “Primeiro Mundo”, aliados aos Estados Unidos da América (EUA), “Segundo Mundo”, aliados à União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), e “Terceiro Mundo”, os países não-alinhados. Os países periféricos se caracterizam pela dependência em relação aos centrais.

saúde”, é que esta se desvincula do processo produtivo e lhe empresta caráter político-ideológico, deixando, portanto, de ser uma ferramenta de controle social e passando a ser um imperativo da cidadania.

Para Souto e Oliveira (2016, p. 209), a dimensão política de resistência ao arbítrio explica que o lema da Reforma Sanitária fosse “Saúde é Democracia”:

O arbítrio se difunde em exemplos como a interferência da censura na divulgação de dados sobre a epidemia de meningite e, o emblemático “massacre de Manguinhos”, a cassação dos direitos políticos e aposentadoria compulsória de dez pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, sob a égide do AI-5 (SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p. 209).

Paiva e Teixeira (2014, p. 21) apontam que o pensamento reformista no Brasil ganhou mais corpo a partir da segunda metade da década de 1970, quando foram criados o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). O CEBES é uma “entidade nacional criada em 1976, cuja missão histórica é a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde” (CEBES, s.d., recurso online). Fleury (1997, p. 26) apresenta o CEBES como “articulador do saber com a prática política” com a função de formular “contrapolíticas” e definir novos “modelos de atuação”. Já a Associação Brasileira de Saúde Coletiva configura uma associação científica que pretendia “atuar na interseção entre o campo político em processo de transformação; as reflexões e novas concepções sobre a saúde pública; e a formação e especialização profissional na saúde”. (PAIVA; FONSECA, 2015, p. 49).

Paim (2013, p. 1929) destaca que ainda no período de criação do CEBES e da ABRASCO, o momento em que as propostas da Reforma Sanitária deixaram o ambiente acadêmico e adentraram o território da política. O autor observa que havia dois projetos competindo pela prevalência no Movimento da Reforma Sanitária brasileira, intitulados “Esperança e Mudança”, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), que incluía a maior parte da oposição consentida, e o “Democrático Popular”, do Partido dos Trabalhadores (PT).

Dos dois projetos, o do PMDB era o mais definido, e se estruturava em torno de quatro eixos: (1) redistribuição de renda como objetivo das políticas públicas e de reforma social; (2) políticas sociais básicas; (3) políticas de reordenamento do espaço e do meio ambiente; (4) emprego, como síntese da política social.

O projeto do PT era mais genérico em suas proposições e mais ambicioso em seus objetivos, buscando “a democratização da sociedade em todos os seus níveis” a fim de se criar condições para que o povo pudesse construir livremente uma sociedade sem exploradores e explorados. Essa linguagem parece ter sido estudada para evitar a menção explícita ao socialismo, tanto que a crítica ao capitalismo em si era substituída, no programa de governo do partido, pela ideia de “administrar o capitalismo melhor que os capitalistas”.

A terceira vertente política da Reforma Sanitária se deu através da influência do Partido Comunista Brasileiro (PCB) sobre o CEBES (JACOBINA, 2016, p. 153-4), que incluía a participação nesta de diversas lideranças do partido, como Sérgio Arouca (que foi presidente da Abrasco), Davi Capistrano e Francisco de Assis Machado (que foi presidente do CEBES). Esta influência se manifestava na proposta de uma reforma mais profunda, que fosse além da reorganização administrativa e incluísse uma revisão do modelo de assistência à saúde e do próprio modelo de desenvolvimento.

Outro fator foi a influência dos debates da esquerda sobre como atingir seus objetivos (SILVA, 2016, p. 57). As discussões sobre a nossa Reforma Sanitária foram muito inspiradas pela Reforma Sanitária italiana, notadamente a obra de Giovanni Berlinguer, que veio várias vezes ao Brasil nessa época (PAIM, 2008, p. 272). A obra de Berlinguer, “Medicina e Política”, foi publicada no Brasil em 1978 e o autor participou de diversos eventos na área da saúde no Brasil (FLEURY, 1997, p. 235).

Para Silva (2016, p. 63), tendo concluído que a possibilidade de chegar ao socialismo pela via da revolução era remota, os eurocomunistas, como Berlinguer, passaram a buscar a conquista de direitos, a fim de obter ganhos imediatos para a classe trabalhadora. O autor relata que, no Brasil, isto se traduziu em plataformas políticas bem específicas, que buscaram criticar o modelo médico hegemônico vigente, o modelo assistencial, a arquitetura institucional do INAMPS e a excessiva centralização das decisões no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e no Ministério da Saúde. Mas o fator mais significativo talvez tenha sido a influência da nova direção da Organização Mundial da Saúde (OMS), que, em 1977, sob a direção do dinamarquês Halfdan T. Mahler, organizou o movimento “Saúde Para Todos no Ano 2000” (SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p. 209).

A combinação desses fatores resultou em uma “experiência contra-hegemônica”, oposta a uma tendência a reformas neoliberais, afirmando “a indissociável conexão entre uma reforma democrática da saúde e um projeto de desenvolvimento para o País (SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p. 210).

Porém, esta experiência só era possível em um contexto de contenção social, a partir da concepção de que as políticas de seguridade social se apresentam como uma solução parcial das demandas sociais por que lutam historicamente as classes trabalhadoras. Assim, a incorporação de tais demandas é, ao mesmo tempo, uma vitória da luta dos trabalhadores e uma forma de limitação de seus resultados, porque, apesar das mudanças que resultam em melhoras da qualidade de vida, não se alterou estruturalmente o sistema capitalista (CFESS, 2011b, p. 18).

O marco teórico inicial do pensamento reformista foi a tese de doutorado “Medicina e Sociedade: o médico e seu método de trabalho”, defendida em 1973 por Maria Cecília Donnangelo, e a sua tese de livre-docência, sobre o mesmo tema, defendida em 1976 (SCOREL, 2008, pp. 330–332).

Paim (1981 apud SCOREL, 2008, p. 333) também cita Sérgio Arouca e sua tese “O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva”, que apresentou uma importante abordagem da crise do modelo de medicina então existente.

O principal desafio enfrentado pelo movimento foi a falta de profissionais gabaritados à disposição dos órgãos governamentais de saúde, o que ajudou a acelerar o processo de discussão e implementação de novas ideias. Essa “escassez de competências” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 21) propiciou a oportunidade para profissionais mais jovens e inovadores, muitos de cunho progressista, galgarem postos de liderança na burocracia técnica estatal, impulsionando novas ideias.

Paiva e Teixeira (2014, p. 21) citam o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS), a partir de 1976, como um dos momentos iniciais do processo de renovação. Para enfrentar a escassez de quadros nas novas frentes de trabalho que se abriam, criou-se o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), para apoiar a formação descentralizada de recursos humanos na saúde e apoiar a criação de estruturas de gestão nas secretarias estaduais e municipais, sobretudo no Nordeste.

Cohn (1989, p. 138) vê uma diferença significativa entre a Reforma Sanitária brasileira e a italiana. Para a autora, o Movimento da Reforma Sanitária brasileira se caracterizou por uma iniciativa proveniente “de dentro para fora” do sistema, diferente da Itália, onde houve uma pressão “de fora para dentro”. Assim, a nossa Reforma Sanitária reflete mais as visões de um “partido sanitário” dentro da classe médica do que uma visão da sociedade, o que não deixa de estar de acordo com o espírito da época em que foi concebida.

Esse informal “partido sanitário”, a que os conservadores atribuem um sentido pejorativo, adquire identidade quando confrontado com as forças opositoras, mas não define nem esclarece no seu interior suas diferenças internas enquanto projetos alternativos para a ordem social brasileira, dos quais a saúde é parte (COHN, 1989, p. 138).

O debate das iniciativas de reforma, conduzido pelo CEBES da Universidade de São Paulo (USP) e pela Abrasco, estabeleceu os princípios centrais do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil: direito universal à saúde; caráter intersetorial dos determinantes da saúde; papel regulador do Estado no mercado; descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; participação popular; controle democrático e necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 22).

Após a redemocratização, o movimento institucional de reformas e as reivindicações populares se encontrariam na VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas recomendações influenciaram fortemente a redação dos artigos sobre saúde na Constituição de 1988 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 29).

Foi durante a VIII Conferência Nacional de Saúde que a noção central do movimento de Reforma Sanitária no Brasil se consolidaria nos princípios que norteariam a Assembleia Constituinte a declarar a saúde “direito de todos e dever do Estado” (PAIM, 2008, p. 27). Consequente a esta noção e em sintonia com os objetivos do movimento da Reforma Sanitária brasileira, a Conferência propôs a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, precursor do Sistema Único de Saúde (SUS).

A intervenção do Professor Sérgio Arouca, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, pode ser considerada a síntese do processo político da Reforma Sanitária. Naquela ocasião, Arouca proferiu a fala intitulada “Saúde é Democracia, Democracia é Saúde”, citada por Schezzi (2012) em sua epígrafe,

que se tornou um marco na construção do sistema universal de saúde no Brasil. Comentando os resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde, Arouca diria:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (apud SCHEZZI, 2012, recurso online).

Cohn (1989, p. 130) observa que a VIII Conferência Nacional de Saúde não teve a participação de todos os setores envolvidos. Em vez disso, foi organizada pelos reformistas (Abrasco) e presidida por seu principal líder, Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz); mas não teve participação do setor privado de saúde, pouca participação do Poder Legislativo e quase nenhuma dos partidos políticos, mesmo os envolvidos com as bandeiras reformistas.

Sendo assim, os progressos preconizados pela Reforma Sanitária foram incompletos. Apesar da obtenção de certas vitórias, a passagem do regime autoritário para a democracia foi ainda uma transição negociada, sem ruptura radical das forças hegemônicas, mantendo-se a preponderância dos militares, dos latifundiários e do grande capital, especialmente o capital financeiro (CFESS, 2011b, p. 18).

Um dos grandes avanços da VIII Conferência Nacional de Saúde foi introduzir o conceito de “Seguridade Social” (CFESS, 2011, p. 17), Ou seja, a saúde passou a ser entendida como direito social e dever do Estado, exigindo a criação de políticas públicas de assistência social, a definição de fontes de financiamento e a criação de novas modalidades de gestão. Avanços incorporados à Constituição.

Os princípios expressos na Constituição e inspirados no movimento de Reforma Sanitária no Brasil e em reivindicações populares não tardaram a se defrontar com as limitações impostas por uma realidade de crise econômica persistente e predominância ideológica do neoliberalismo, que preconizava

exatamente o oposto do papel previsto para o Estado segundo os princípios que haviam norteado a criação do Sistema Único de Saúde.

Paim (2013, p. 1930) observa que os projetos do Movimento de Reforma Sanitária foram derrotados nas eleições de 1989, quando PMDB e PT se aliaram no segundo turno e foram vencidos por Fernando Collor de Melo, que representava a liberais, conservadores e remanescentes do autoritarismo.

Em parte isso se deveu à profunda crise econômica e política do governo de José Sarney, mas a situação não mudou expressivamente depois de seu fim, porque as contradições que haviam determinado a crise da ditadura, e inspirado a Reforma Sanitária não se esgotaram com a redemocratização.

Paiva e Teixeira (2014, p. 25–26) observam que o otimismo inicial se esgotou aos poucos diante da crise econômica que afetou o governo Sarney e que persistiu nos mandatos seguintes:

Às dificuldades em colocar em prática ações transformadoras que entravam em choque com os interesses econômicos de grupos altamente organizados somava-se a complexidade do desafio representado pela implementação de um sistema único de saúde em um país com grandes disparidades regionais (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 26).

Pressões externas e dificuldades inerentes à construção do SUS determinaram a situação de permanente “crise” e deram origem aos desafios que enfrenta na atualidade. Mendes (2010, p. 2298) diz que esta situação surgiu, na verdade, de uma “incoerência” entre a realidade nacional e o modelo de saúde almejado.

Após a implantação do SUS, os planos eram de dar continuidade aos projetos da Reforma Sanitária, mas isso não se concretizou e a política de saúde seguiu focalizada e sem financiamento efetivo (CFESS, 2011, p. 21). Em parte isto se deveu ao refluxo dos ideais reformistas na própria Europa.

Silva (2016, p. 57) observa que o “Estado de Bem Estar Social”⁵ fora criado e organizado segundo a lógica capitalista, em um contexto de acelerado crescimento

5 Conforme Oliveira e Souza (2002, p. 2–3), o “Estado de Bem-Estar Social” foi criado na Europa em meados do século XX e se caracteriza por “uma política de seguridade social que garante serviços e benefícios ao cidadão desde o nascimento até sua morte”. Vigorou no período entre 1930 e 1954. Para os autores do campo progressista, no Brasil o Estado de Bem Estar Social não se efetivou.

econômico durante a “fase de ouro” do desenvolvimentismo. Porém, por ter apenas ampliado a esfera de direitos, sem pôr em xeque a dominação burguesa, as conquistas ficaram vulneráveis às mudanças de governos. Parte da contradição pode ser vista na persistência dos serviços privados como principais provedores de assistência médica no país:

A privatização dos serviços de saúde do país encontra a sua tradução mais fiel na absurda predominância da procura dos serviços privados, credenciados ou conveniados. Conclui-se, portanto, da perspectiva não mais do financiamento das políticas públicas, mas da demanda da população pelos serviços de saúde, a consolidação do setor privado de assistência médica (COHN et al., 2015, p. 121).

Esta predominância, apesar da baixa renda da população, advém da urgência característica do atendimento de saúde frente a uma demora do Estado em prover tais serviços, criando uma percepção de ineficiência, que legitima o investimento público em empresas privadas de saúde em vez de construir hospitais e serviços públicos.

Isto conduz a uma situação de confronto entre a proposta de saúde universal, expressa no SUS, e a redução do papel do Estado, preconizada pela doutrina econômica neoliberal entre 1990 e 2002 (PAIM, 2013, p. 1931). Assim se configura o que Gomes e Araújo (2015, p. 337) chamaram de “contrarreforma” sanitária e Paim (2013, p. 1932) chamou de “contrarreforma liberal”,⁶ por oposição às reformas propriamente ditas, historicamente, vinculadas ao avanço de conquistas sociais e ampliação de direitos.

Paim (2013, p. 1932) observa que “A política social no Brasil ficou reduzida ao assistencialismo das políticas focalizadas,” e no período 2003 a 2012, consolidou o processo de americanização da “questão social”.

6 Cavalcante Soares (2010, pp. 40–44) identifica como os principais fatores determinantes da contrarreforma: a) a hegemonia ideológica mundial do neoliberalismo, que reconfigura a economia de mercado e preconiza o Estado Mínimo (p. 40); b) a racionalidade instrumental burguesa, que “incorpora o ideário neoliberal de pragmatismo, consumismo, imediatismo” (p. 41); c) “a estrutura histórica da sociedade brasileira, centrada no espaço privado e na divisão social sob a forma da carência popular e o privilégio dos dominantes” (CHAUÍ, 2000 apud CAVALCANTE SOARES, 2010, p. 41) e d) a financeirização do capitalismo, que transforma os serviços de saúde em “espaços de supercapitalização e relevante fonte de maximização do capital”.

O autor (PAIM, 2013, p. 1933) alude ao sistema de saúde existente nos EUA. Naquele país não há saúde pública, apenas entidades privadas e filantrópicas. Os tratamentos são custeados pelos próprios pacientes, que frequentemente recorrem a seguros de saúde. Para os mais pobres, que não têm condições de contratá-los individualmente, as opções existentes são os seguros em grupo, contratados pelos empregadores e um sistema nacional, o *Medicare*, ligeiramente expandido durante os mandatos de Barack Obama, através do qual o governo federal subsidia o tratamento das pessoas mais pobres que não têm empregos formais. “Americanizar” o sistema público de saúde seria, portanto, reduzir o SUS ao mínimo necessário e restringir seu alcance à base da pirâmide social, obrigando a maior parte da população a comprar planos de saúde, pagar tratamentos particulares ou simplesmente ficar sem assistência.

O autor conclui que, como no restante da América Latina, no Brasil a privatização da saúde também não assegurou aumento de cobertura porque a desigualdade social impede que a maior parte da população tenha acesso aos serviços.

Veremos a seguir como esta situação de “contrarreforma” vai impactar de maneira particular a saúde da mulher.

2.3 A SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Federal, promulgada em 1988, definiu a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. O SUS foi criado a partir dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira; incorporados à Carta Magna e implementado por leis promulgadas em 1991 (RIBEIRO, 2009, p. 771).

Paiva e Teixeira (2014, p. 29) observam que o Sistema Único de Saúde era somente uma parte da agenda da Reforma Sanitária, apesar de lembrada por seu caráter icônico. Souza observa que:

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer (SOUZA, 2002, p. 16).

Conforme Maio e Lima (2009, p. 1611), os princípios da Reforma Sanitária se traduziram nos três princípios norteadores do SUS: (1) universalidade, (2) integralidade e (3) participação e descentralização.

Por “universalidade” podemos entender que o SUS deve abranger toda a população brasileira, conforme preconizado pelos princípios do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil. Souza (2002, p. 14) observa que a estratégia de implementação do Sistema Único de Saúde por fim deu “caráter universal à cobertura de saúde, até então proporcionada pelo INAMPS apenas para os seus beneficiários (SOUZA, 2002, p. 14).⁷

Maio e Lima (2009, p. 1612) explicam a “integralidade” em referência à atenção e fala em “atenção médico sanitária integral” (p. 1611). Paim (2008, p. 26) relaciona este item com o conceito de “medicina integral”, que ele diz permear todo o movimento de Reforma Sanitária no Brasil.

Osis (1994, p. 42) define a atenção integral como “oferecer, de forma global e integrada, todas as opções disponíveis” para tratar a saúde do paciente, partindo de uma triagem antes do encaminhamento ao especialista.

Com base em Paim (2008, p. 275), podemos entender “equidade” como “acesso universal e igualitário e rejeitando qualquer discriminação, seja positiva ou negativa”. Dessa forma, o SUS só cumpre sua diretriz de universalidade se cumprir a de equidade, motivo pelo qual Maio e Lima (2009) preferem elencar como terceiro princípio o binômio “participação e descentralização” em vez de “equidade”.

Esses conceitos remetem à participação popular e à descentralização administrativa. Schezzi (2012) considera esses os aspectos mais importantes do SUS, imprescindíveis para “garantir os direitos conquistados e direcionar as prioridades das políticas públicas”.

7 O antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ligado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), oferecia tratamento médico somente aos trabalhadores formais que contribuía para a previdência social (SOUZA, 2002, p. 12). Esta situação começou a mudar gradualmente, ainda nos anos 1970, pela pressão resultante da desigualdade social. O autor observa que uma das primeiras medidas nesse sentido foi acabar a exigência da apresentação da “carteirinha” de contribuinte para que o trabalhador tivesse atendimento.

Conforme Paim (2009, p. 31), o SUS se caracteriza por ser “uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, com estabelecimentos públicos e privados contratados, sob a égide do direito público”.

Ainda em Paim (2009, p. 39), e também em Zampier (2008, p. 17), vemos que a atuação do SUS compreende três níveis, conforme a complexidade, o tipo de diagnóstico e a intervenção requerida:

Primário. Atenção básica, primária ou de baixa complexidade, é um conjunto de ações individuais ou coletivas, que incluem (1) promoção da saúde, (2) prevenção de doenças, (3) diagnóstico, (4) tratamento e (5) reabilitação; “visando ao cuidado longitudinal do indivíduo para a maioria dos problemas e necessidades em saúde, a atenção integral, a provisão de cuidados no contexto da família e da comunidade, assim como a coordenação dos diferentes níveis de atenção” (LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013, p. 1371). É a porta de entrada do SUS.

Secundário. Atenção de média complexidade, compreende ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde que afetam a população, como, por exemplo: (1) procedimentos especializados, (2) cirurgias ambulatoriais, (3) procedimentos traumato ortopédicos, (4) ações especializadas em odontologia, (5) patologia clínica, (6) anatomopatologia e citologia, (7) radiodiagnóstico, (8) exames ultrassonográficos, (9) diagnose, (10) fisioterapia, (11) terapias especializadas, (12) próteses e órteses e (13) anestesia.

Terciário. Atenção hospitalar ou de alta complexidade é aquela que inclui procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo. Por exemplo: (1) traumato ortopedia, (2) cardiologia, (3) terapia renal substitutiva e (4) oncologia. As principais áreas se organizam em redes, como cirurgia cardíaca e atenção oncológica.

Os três níveis de atenção incorporaram ao longo da história diversos programas e suas respectivas metas, compreendidos no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do Ministério da Saúde, que organiza o sistema de saúde com base nos princípios da universalização, da equidade e da integralidade (BRASIL, 2000, p. 9).

É um “modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações” de caráter preventivo, promocional, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos que é conduzido através de “equipes de saúde da família” e está baseado no conceito de integralidade da assistência à saúde,

focando a unidade familiar e considerando o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em questão (OLIVEIRA, 2008a, p. 18).

A ESF, o programa Rede Cegonha e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são instrumentos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 13). No âmbito da ESF temos os seguintes programas voltados específica ou tangencialmente à saúde da mulher:

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Resultante de um grupo de estudos do Ministério da Saúde criado em 1984, o PAISM foi uma “ruptura com os princípios norteadores da política de saúde” até então (BRASIL, 2004, p. 16); incorporando as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, além da integralidade e da equidade. Compreende “ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação”, incluindo a assistência integral à mulher desde a clínica ginecológica, passando pelos diversos estágios do pré-natal, parto e puerpério. Estende-se também a ações relativas ao climatério, ao planejamento familiar e ao tratamento de Infecções Sexualmente transmissíveis, cânceres de colo de útero e mama, além de quaisquer outras necessidades identificadas a partir do estudo do perfil das mulheres atendidas (NASCIMENTO et al., 2018, p. 697).

Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Instituído pelo Ministério da Saúde pela Portaria/GM Nº 569, de 1 de Junho de 2000, o PHPN tem como objetivo “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p. 5).

Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Criado em 1989, com execução delegada ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o PNCT atua por meio de parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde, buscando “mudar a aceitação social do consumo de produtos de tabaco” a fim de reduzir a longo prazo a prevalência do tabagismo em nossa cultura (BRASIL, 2011, p. 12).

Programa Nacional de Imunização (PNI). Atua tangencialmente às políticas de saúde da mulher por incluir a prevenção de certas doenças relacionadas à saúde reprodutiva, como rubéola e papiloma (HPV), conforme o manual do Programa, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Criado pela Portaria GM/MS Nº 822, de 6 de Junho de 2001, “é um programa de rastreamento populacional que tem como objetivo geral identificar distúrbios e doenças no recém-nascido”. Sua missão é “promover, implantar e implementar a triagem neonatal no âmbito do SUS, visando ao acesso universal, integral e equânime, com foco na prevenção, na intervenção precoce e no acompanhamento permanente” (BRASIL, 2016, p. 9).

Programa Rede Cegonha. Criado pela Portaria Nº 1.459 do Ministério da Saúde, o Programa Rede Cegonha tem por objetivo “ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida” (CAVALCANTI et al., 2013, p. 1299).

Esses programas são implementados através de convênios entre o Ministério da Saúde e as Secretarias estaduais e municipais de saúde, expressos no Pacto Pela Saúde, um “instrumento de política que pretende instituir um processo de negociação permanente entre gestores, no sentido de garantir a implementação de políticas e ações prioritárias (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1822).

Yunes (1999, p. 67) lembra que esta estrutura *descentralizada* está de acordo com as demandas da sociedade, com os princípios constitucionais e de diversas leis ordinárias, como a Lei Orgânica da Saúde (LOS). Essa transferência de poder e de recursos é um processo complexo, que “exigiu e continuará exigindo mudanças de várias ordens”. O autor explica que a descentralização não basta para se garantir uma gestão uniformemente eficaz em todos os municípios:

Nem todos reúnem as condições exigidas, tanto do ponto de vista da infraestrutura disponível, como do gerenciamento e até mesmo da aceitação dos valores que permeiam uma nova prática social. No Brasil, o município é um ente federativo e [...] não depende de transferência de competências do estado e da União para a gestão de seu sistema de saúde, embora dependa dos recursos advindos desses níveis [...] para exercer suas funções (YUNES, 1999, p. 67, grifos nossos) .

Esta situação está de acordo com o modelo de “contrarreforma” citado por Paim (2013) e Gomes e Araújo (2015), pois reflete um recuo da ação reguladora e provedora da União, no sentido da referida “americanização”. Nesse contexto, a saúde da mulher surge como um aspecto do SUS que está sujeito às mesmas limitações e dificuldades que afetam ao sistema como um todo. Em que pese a abrangência das políticas e dos programas citados anteriormente, temos de

entender a atenção à saúde da mulher em seu contexto local e dentro da conjuntura nacional.

Pitanguy (1999, p. 34) relembra que a definição de “direitos reprodutivos” é recente, tendo sido consagrada após a Conferência Internacional de Direitos Humanos (CIDH) realizada em Viena, em 1993, quando, sob o lema “direitos das mulheres são direitos humanos”, se trouxe ao debate a questão da falta de igualdade entre os sexos. Para a autora, esta conferência representou um ponto de ruptura com a abordagem tradicional, que relegava os direitos da mulher à esfera meramente reprodutiva, como um aspecto da política demográfica:

A reunião estabelece um novo paradigma, deslocando as temáticas de população da esfera demográfica para a esfera de direitos, discutindo, de forma central, teses relativas a saúde e direitos reprodutivos e colocando o *empowerment* da mulher como um valor em si mesmo e como variável estratégica (PITANGUY, 1999, p. 34).

O conceito de “saúde reprodutiva” engloba, então, toda forma de atenção à saúde da mulher nos aspectos concernentes não só à gestação e ao parto, mas à prevenção da concepção e o aborto, estando intimamente relacionado aos “direitos reprodutivos” da mulher (CORRÊA, 1999, p. 39).

A autora frisa que a “saúde sexual” e os “direitos sexuais”, embora tradicionalmente interligados à “saúde reprodutiva”, até mesmo pela inevitabilidade de sua associação, não são seus sinônimos.

A seguir analisamos a atenção à saúde da mulher no contexto do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) do Sistema Único de Saúde (SUS), abordando também alguns dos desafios concernentes à situação da mulher na sociedade.

2.4 POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO

Conforme Oliveira (2016, p. 27): “A categoria gênero é de grande importância para o entendimento da realidade social, uma vez que se configura como uma das manifestações da ‘questão social’, dotada de relações de poder e desigualdade.” Ainda segundo Oliveira (2016, p. 32) os direitos sexuais reprodutivos se inserem entre os avanços alcançados nas últimas décadas.

Corrêa (1999, p. 40), nos explica que os direitos reprodutivos são um conceito que nasceu diretamente da luta pelo direito ao aborto e à anticoncepção nos países industrializados. Direitos esses fundamentais para oferecer às mulheres condições menos desiguais de inserção no mercado de trabalho.

As políticas públicas de saúde da mulher são, portanto, orientadas principalmente para minorar os impactos da desigualdade dos papéis de gênero, abordando a vulnerabilidade social das mulheres, especialmente as mais carentes, assim permitindo que expressem a sua cidadania de maneira mais completa. Cabe ressaltar que, conforme Oliveira (2017, p. 39), as mulheres tendem a reivindicar mais os seus direitos (e os daqueles de quem cuidam), inclusive pela via judicial, se necessário.

Esta não foi sempre, porém, a realidade das políticas de saúde para mulher. Historicamente, a perspectiva predominante era a do cuidado “materno-infantil”, estando a saúde da mulher subordinada ao seu papel reprodutivo:

... a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004, p. 15).

A principal característica desses programas era a verticalidade, pois eram elaborados de maneira centralizada, sem consulta às comunidades, de que resultava a assistência fragmentada, por desconsiderar as especificidades e prioridades locais. A extensão das políticas voltadas para a saúde da mulher além da esfera materno-infantil foi uma conquista gradual da luta feminista (BRASIL, 2004, p. 16).

Na década de 1980, concomitantemente ao Movimento da Reforma Sanitária brasileira, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)⁸, que rompeu com o paradigma histórico de

8 O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi concebido em 1983 e sua elaboração contou com a presença do movimento feminista, possibilitando a construção de um programa afinado com seus anseios de liberdade reprodutiva (SILVA, 2015).

subordinação das políticas de saúde da mulher ao papel de mãe e adotou os princípios depois incorporados à Constituição de 1988.

A elaboração de uma política de saúde pública para a mulher, abrangendo a integralidade dos aspectos específicos da realidade feminina, se baseou no conceito de “saúde reprodutiva”, conforme definido pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994 como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade” (BRASIL, 2004, p. 11).

O PAISM definiu um novo programa de saúde da mulher baseado nos seguintes princípios (BRASIL, 2004, p. 60–61):

- Acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
- Definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra-referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
- Captação precoce e busca ativa das usuárias;
- Disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária;
- Capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade;
- Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- Acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários;
- Disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;
- Estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela;
- Estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária;
- Análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias.

O PAISM engloba as dimensões educativa, preventiva e diagnóstica, além de práticas de tratamento e recuperação; abrangendo clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, ISTs, prevenção e tratamento de cânceres ginecológicos, além de outras conforme a realidade da mulher (BRASIL, 2004, p. 16–18). Com o estabelecimento do SUS, a população, em geral, passou a ter não só tratamento médico gratuito, dentro das limitações e imperfeições inerentes ao Estado brasileiro, mas, também, políticas públicas de prevenção de doenças.

Entre estas houve algumas específicas de atenção à saúde da mulher, que consideram as históricas desigualdades entre os homens e as mulheres e o impacto destas (FARAH, 2004, p. 51). Esses princípios, implementados a partir de 1984, se cristalizaram na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), editada pelo Ministério da Saúde em 2001, na qual foram enumeradas as prioridades a serem abordadas pela política pública de saúde (BRASIL, 2002, recurso online) e que correspondem aos programas da ESF:

- Assistência pré-natal, parto e puerpério;
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Cobertura universal do Programa Nacional de Imunização, para todas as faixas etárias;
- Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- Atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- Acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- Tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- Tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
- Controle das doenças bucais mais comuns;
- Suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

Apesar deles, no entanto, dificuldades administrativas e escassez de recursos ⁹ ainda mantiveram a atenção à saúde da mulher sob o recorte materno-infantil: “Trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção)” (BRASIL, 2004, p. 18). Apesar de ter buscado como objetivo maior a “atenção integral à saúde da mulher”, a escolha dessas prioridades se refletiu em uma dificuldade para atuar nas demais áreas, menos estratégicas do ponto de vista da política pública de saúde da mulher.

O atendimento desses aspectos requer proporcionar segurança, satisfação e liberdade para ter filhos, mas, também, para decidir não tê-los. Ou seja, a saúde reprodutiva é definida pela Organização Mundial da Saúde como, na prática, um conjunto de direitos.

Dentre as lacunas presentes na Política de Atenção à Saúde da Mulher, pode-se destacar algumas omissões quando da elaboração da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), destacam-se: (1) falta de atenção adequada ao climatério e à menopausa, (2) queixas ginecológicas, (3) tratamentos para infertilidade e reprodução assistida, (4) saúde das adolescentes, (5) tratamento de doenças crônicas e degenerativas específicas da mulher ou que as afetam mais frequentemente, (6) políticas específicas de saúde mental e ocupacional, (7) atenção a doenças infectocontagiosas (inclusive ISTs) e (8) inclusão dos recortes de gênero e de raça no planejamento das ações a serem desenvolvidas. Em 2003 a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde apontou outras áreas merecedoras de atenção específica — mulheres rurais, indígenas, pretas, presidiárias, lésbicas e portadoras de deficiência — bem como a necessidade de participação nas discussões e atividades da saúde da

9 Ambos os fatores aqui mencionados se referem a consequências, diretas ou indiretas, do predomínio das políticas neoliberais que caracterizaria a década seguinte à promulgação da Constituição de 1988. Viana (2012, apud Silva, 2016, p. 175) observa que houve um “desmonte da ideia — e do orçamento — da Seguridade Social”, enquanto Cavalcante Soares (2010, p. 27) explica o papel exercido nesse desmonte pela “racionalidade instrumental” do Estado, que a autora descreve como a “organização científica do trabalho na empresa capitalista”, que se transfere à esfera pública. A autora, então explica que as políticas públicas foram gradualmente submetidas não somente à ideologia, mas aos interesses das empresas privadas no capitalismo financeiro.

mulher e do meio ambiente (BRASIL, 2004, p. 19), ainda de acordo com o “Pacto Pela Saúde”.

Todos esses desafios que estavam ainda sendo enfrentados na construção das políticas de saúde para a mulher passaram a ser questionados pela reorientação das políticas públicas de saúde a partir da mudança de programa de governo subsequente à destituição da presidenta Rousseff. Gonçalves e Abreu (2019, p. 754) observam no “machistério”¹⁰ do então presidente da república Michel Temer (2016-2018) “a ruptura com um processo em curso que [...] buscava implementar políticas de combate à desigualdade de gênero em estreita relação com os movimentos sociais, em especial o feminista e o de mulheres”.

Assim, a situação atual da política de saúde da mulher, tanto que diz respeito à saúde reprodutiva em geral como no que se refere às ISTs em particular, reflete o processo histórico de construção do SUS e dos direitos reprodutivos da mulher, apresentando os desafios que passamos a analisar no capítulo seguinte, em que abordaremos a saúde da mulher e as Infecções Sexualmente Transmissíveis.

3 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: A SÍFILIS EM DEBATE

A incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis entre as mulheres brasileiras ainda é significativamente alta, apesar dos avanços das políticas públicas de saúde (CHAVES, 2014, p. 17). A mulher, em função da sua condição econômica e social, permanece sujeita a determinadas situações de vulnerabilidade (BRASIL, 2004, p. 12) resultantes do processo histórico de construção da identidade feminina em nossa cultura patriarcal, em que “as mulheres têm menor liberdade em sua vida sexual e têm menos poder de decisão acerca do sexo com proteção” (SILVA; VARGENS, 2009, p. 403).

As especificidades do gênero feminino quanto às Infecções Sexualmente Transmissíveis em geral, e à sífilis em particular, serão analisadas a seguir.

3.1 SÍFILIS E SAÚDE PÚBLICA

10 Trata-se do termo empregado pelas autoras.

A sífilis é uma das ISTs “clássicas”, que tem estado presente desde a época das navegações (SARACENI, 2005, p. 3). Seu contágio é primariamente por meio da relação sexual (95% dos casos), mas, também, pelo contato de mucosas com áreas lesionadas (CUNHA, 2015, p. 21). As demais formas de transmissão não têm grande interesse epidemiológico por serem raras e mais fáceis de controlar.

No passado, o diagnóstico da doença era difícil pelo desconhecimento de suas causas e pela inexistência de testes laboratoriais adequados (SARACENI, 2005, p. 3). A autora lembra que a própria denominação do patógeno *Treponema pallidum* alude à dificuldade de detecção da contaminação pelos procedimentos disponíveis.¹¹ A doença também se caracteriza por alternar períodos de atividade e latência, o que contribui para dificultar o diagnóstico (CUNHA, 2015, p. 21).

A sífilis se encontrava praticamente erradicada dos países desenvolvidos desde o advento de antimicrobianos e de campanhas de prevenção (ZAMPIER, 2008, p. 23). Nos países “subdesenvolvidos”, no entanto, a doença e sua forma congênita — isto é, os casos em que ocorre a transmissão vertical — nunca deixaram de ser um problema de saúde pública. No Brasil, inclusive, tem havido o aumento do número de casos nas últimas décadas. A autora lembra, no entanto, que a família, “que poderia ser responsável pelas noções iniciais” de prevenção, “não tem sido convenientemente orientada” ou ainda se sente incapaz de tratar do assunto devido ao tabu que envolve o sexo.

Chaves (2014, p. 12) enfatiza que “os dados apresentam o crescimento da epidemia, principalmente em mulheres,” o que nos sugere indícios de crescente vulnerabilidade da população, em um cenário de “limitação das atividades de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST),” o que deve levar ao questionamento das estratégias de prevenção e do conhecimento das vulnerabilidades socioeconômicas, para melhor avaliara sua efetividade e direcionar futuras políticas e ações. O fato é que a sífilis é uma IST grave, mas de fácil prevenção e tratamento, cuja evolução traz severas consequências para o portador.

11 A denominação *pallidum* (do latim “pálido”) faz referência ao pouco contraste obtido nas imagens microscópicas das amostras de tecidos analisadas através dos instrumentos de antigamente, o que dificultava a confirmação do diagnóstico (SARACENI, 2005, p. 3).

Considerando a gravidade da evolução da doença sem tratamento, também é vital enfrentar a sífilis congênita, de que pode resultar em má formação fetal, aborto espontâneo, morte perinatal e sequelas no desenvolvimento da criança (MILANEZ; AMARAL et al., 2008, p. 326).

O enfrentamento da sífilis congênita se baseia no acompanhamento e tratamento na fase pré-natal. Apesar disso, como observam Saraceni et al. (2007, p. 109), “a proporção de sífilis entre as parturientes é mais alta do que entre as mulheres do pré-natal [...], quando dever-se-ia esperar o inverso” — dado que sugere o que a autora chama de “oportunidades perdidas” de tratamento durante o pré-natal (que em sua pesquisa a autora apurou abranger 80% das parturientes).

Quanto à transmissão vertical, o “Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis” diz que:

A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou a amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% ocorre no periparto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação entre 7% e 22% por exposição (mamada) (BRASIL, 2007, p. 12).

Conforme Cunha (2015, p. 19–20), a sífilis é “monitorada por meio de estudos transversais, com o objetivo de estabelecer as tendências espaço-temporais da infecção em determinados grupos populacionais”. Com isso, segundo o autor, é possível até “aferir a capacidade do sistema de vigilância epidemiológica na detecção de casos”. Pires et al. (2014, p. 62) observam, porém, que é a mulher que recebe a maior carga de responsabilidade:

“A ausência de homens nas UBS demonstra o quanto a sociedade ainda é cada vez mais machista e preconceituosa, tendo ainda a concepção de que a gravidez e a criação dos filhos são de inteira responsabilidade da mulher.”

Ainda segundo Pires et al (2014, p. 62), o foco somente sobre a mulher não basta para impedir a reinfecção pelo parceiro não tratado. É imensa a importância de se monitorar adequadamente e abordar corretamente a sífilis na gravidez porque, segundo Cunha (2015, p. 20), por meio dos dados da prevalência de sífilis em parturientes é possível estimar os casos de gestantes com sífilis e as taxas de transmissão de sífilis congênita.

3.2 A SÍFILIS GESTACIONAL E RISCOS À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

De maneira geral, conforme Zampier (2008, p. 18), as consequências mais sérias das ISTs em geral ocorrem em gestantes e recém-nascidos. Doenças como a Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS), a sífilis, a hepatite B e a gonorreia têm sido identificadas como “problemas de saúde pública com estreita vinculação com as condições socioeconômicas e culturais da gestante e do seu parceiro”. A desigualdade de gênero, de que resultam a submissão e a inferiorização das mulheres, também as exclui do poder de decisão, inclusive na sua vida privada,

Tabela 1: Fases da sífilis e risco de transmissão vertical

Fase da sífilis	Risco de Transmissão Vertical
Primária	70-100%
Secundária	90-100%
Latente precoce	40-80%
Latente tardia	10-30%
Terciária	10-30%

Fonte: Saraceni (2005, p. 18)

expondo-as à violência doméstica e sexual (SILVA; VARGENS, 2009, p. 403).

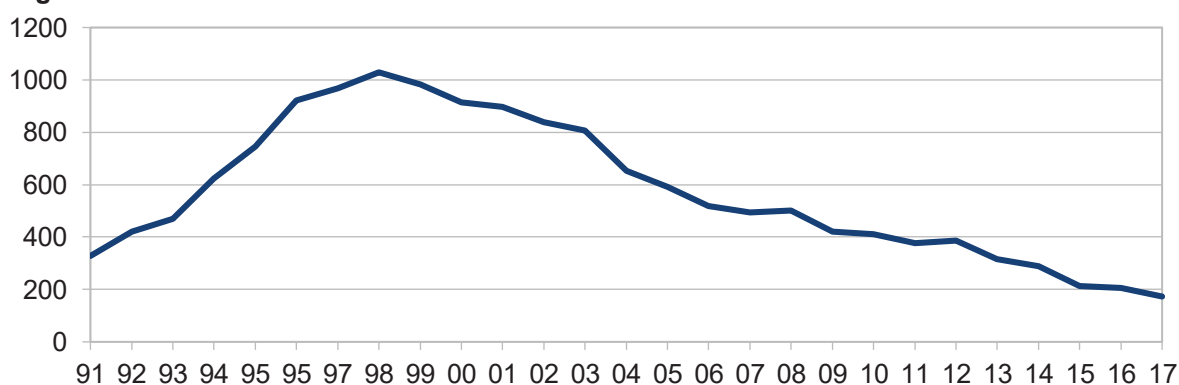
A transmissão vertical é o principal desdobramento que se busca evitar em atenção neonatal. Segundo Fiumara (1982, apud SARACENI, 2005, p. 18), as taxas de transmissão vertical de sífilis são elevadas, podendo chegar a 100%, mas, conforme Domingues e Leal (2016, p. 2), respondem bem a um acompanhamento eficaz, permitindo redução de até 97% na taxa de transmissão. A transmissão sexual, por sua vez, vem tendo redução significativa nas décadas recentes, como consequência da adoção de programas públicos de saúde preventiva, bem como o tratamento e controle da doença.

No entanto, conforme Zampier (2008, p. 23), a tendência de erradicação não se confirmou, por razões culturais e econômicas, de que resultou o relativo aumento das taxas epidêmicas, especialmente, mas não somente, nos países menos desenvolvidos, onde esta situação está relacionada à pobreza, à falta de informação, à desintegração do tecido social, entre outros fatores.

No Brasil, ainda é observada em uma proporção significativa de mulheres, favorecendo ocorrência elevada de sífilis congênita, conforme notam Milanez, Amaral et al. (2008, p. 326). Amaral et al. (2012) observam que a pouca qualificação do pré-natal para a detecção da sífilis é um problema amplamente difundido e que, quando a detecção ocorre, o tratamento costuma ser falho ou não há acompanhamento concomitante do parceiro. Para a autora, isto é surpreendente, diante do sucesso da prevenção da transmissão vertical da AIDS, apesar de mais cara e difícil.

Pires et al. (2018, p. 60) lembram que o governo brasileiro havia proposto, em 1993, a erradicação completa da sífilis congênita até o ano 2000, o que não

Figura 1: Série histórica de novos casos notificados de transmissão vertical de AIDS no Brasil



Fonte: Boletim Epidemiológico de DST e AIDS do MS, de março de 2002 a junho de 2018.

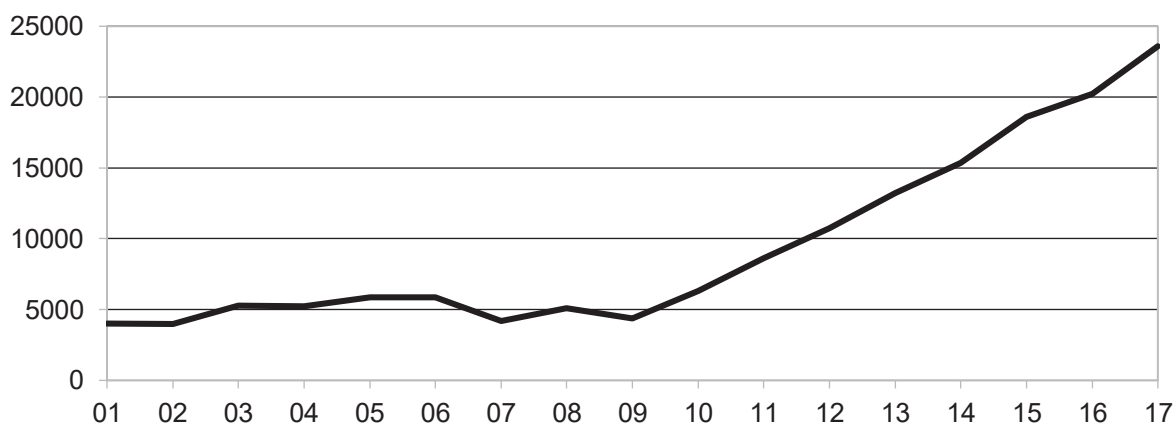
ocorreu devido às limitações de recursos destinados aos programas de prevenção.

Conforme Zampier (2008, p. 16), não há justificativa para descuidar da prevenção de sífilis, ou de qualquer IST, independente da gravidade, pelas repercussões que trazem na qualidade de vida das pessoas contaminadas, o potencial de deixar sequelas e sua contribuição para o aumento da morbidade e da mortalidade materno-infantil. Além disso, as ISTs menos graves ainda têm um papel relevante na vulnerabilidade ao HIV e ao HPV, responsáveis, respectivamente, pela AIDS e pelo câncer genital.

Observamos na Figura 1, construída a partir das tabelas do Boletim Epidemiológico de DST e AIDS do MS de março de 2002 (BRASIL, 2002, p. 18), de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010, p. 29) e de junho de 2018 (BRASIL, 2018a,

p. 47), que a frequência de transmissão vertical do HIV vem apresentando uma

Figura 2: Série histórica de novos casos notificados de sífilis congênita no Brasil desde 2001.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/Ministério da Saúde

queda significativa ao longo do tempo.¹²

A série histórica da AIDS foi apresentada somente a partir de 1991 por se tratar de uma doença relativamente nova, cuja primeira difusão ocorreu de forma mais ampla no Brasil durante os anos 1980. Para a sífilis, doença bastante antiga, não há interesse específico em recuar tanto no tempo, bastando apresentar a correlação recente entre as duas séries históricas.

Vemos na Figura 2 uma apresentação da série histórica dos casos de sífilis congênita desde o início do milênio. O que se pode depreender na comparação dos gráficos é que tem havido uma queda persistente das taxas de transmissão vertical de AIDS, apesar do maior custo do tratamento, e um aumento relevante dos casos de sífilis congênita.

Estima-se que o custo para eliminar a transmissão vertical de sífilis seria bastante baixo (US\$1,40 diagnóstico e US\$29,00 por gestante tratada). Diante disso, é particularmente incômodo que a incidência nacional de sífilis congênita esteja estimada em 3,51 por mil nascidos vivos, variando de 1,35 na região centro-

¹² O aumento de usuárias Vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (PVHIV) entre 1995 e 1997 decorreu do crescimento das notificações e a redução gradual a partir de então, notadamente a partir de 2002, da adoção do Protocolo Nº 76 do Grupo de Experimentação Clínica em AIDS (PACTG-076), o novo protocolo de tratamento das gestantes infectadas, com vistas à redução da transmissão vertical (BRASIL, 2003, p. 18).

oeste e 4,03 no nordeste (DOMINGUES; LEAL, 2016, p. 4), sendo um fator importante entre as causas de gestações de alto risco. Como o Brasil é, desde 1992, signatário de compromissos internacionais para eliminação da sífilis congênita (BRASIL, 2018b, p. 3), esta é uma situação que requer atenção.

Para Araújo et al. (2012, p. 480), a sífilis congênita é fator importante da qualidade geral das políticas públicas de saúde, por se tratar de “evento-sentinela” para o monitoramento da Atenção Primária em Saúde, pois é uma doença de prevenção relativamente fácil, cuja ocorrência, então, sempre sugere a ocorrência de falhas no funcionamento da rede de atenção básica ou da integração entre os órgãos do SUS.

Para Amaral et al. (2012, p. 53), a sífilis, uma doença antiga, parece ser vista com desdém pela população e pelos próprios profissionais de saúde, não atrai a mesma atenção e nem é alvo de programas focados de prevenção, contrariamente à AIDS. A autora crê que a persistência da sífilis, notadamente entre as gestantes, é resultante da “pouca qualificação do pré-natal”, no Brasil, como em qualquer país, embora as causas da qualificação insuficiente possam variar. No caso específico do Brasil, vê a “não realização da sorologia de triagem, tratamento não-realizado ou realizado inadequadamente quando indicado e ausência de tratamento do parceiro.”

Tabela 2: Infecções/ano de ISTs selecionadas, no Brasil.

Diagnóstico	Casos
AIDS	2.716
Herpes genital	640.900
HPV/condiloma incuminado	685.400
Sífilis	937.000
Gonorréia	1.541.800
Clamídia	1.967.200

Fonte: Adaptado de Chaves (2014, p. 17)

Disso resulta a alta incidência de ISTs que nos apresenta Chaves (2014, p. 17–18).

A incidência mais significativa está justamente entre mulheres de 25 a 49 anos, que compreende a maior parte das que ainda estão em idade fértil. Para Chaves (2014, p. 19), pelos dados epidemiológicos atuais e pelo enfoque das políticas públicas de saúde, o fato de o número de casos de IST/AIDS aumentar

entre as mulheres nos exige a discussão dos conceitos de fatores de risco e vulnerabilidade.

Esses fatores adviriam da ação de elementos culturais e econômicos prevalentes na sociedade e que atuam sobre as condições em que essas mulheres se expõem. Cumpre ressaltar, também, que os fatores de risco nem sempre dissuadem as mulheres do seu desejo de engravidar porque podem ver no nascimento bem-sucedido de um filho a confirmação de que ainda estão bem de saúde. Nesse caso, a maternidade é como uma autoafirmação da mulher, conforme as conclusões de Quevedo, Lopes e Lefèvre (2006, p. 13). Para Amaral et al. (2012, p. 53), a falta de atenção à sífilis pode, sim, ter um componente cultural:

Talvez a resposta esteja exatamente na falta de glamour da sífilis congênita, que não tem atraído a mídia, nem exigido preocupação com atualização pelos profissionais, visto que é uma doença estigmatizada e, aparentemente, sem grandes demandas tecnológicas para diagnóstico ou terapia de custo elevado (AMARAL et al., 2012, p. 53).

Disso se depreende que o combate à sífilis congênita requer uma atuação mais profunda e de longo prazo que qualquer campanha e que os fatores envolvidos não são transitórios. A sífilis tem um método de diagnóstico amplamente conhecido e um tratamento relativamente de baixo custo. No caso específico da sífilis neonatal, as oportunidades de tratamento e prevenção se estendem por toda a gestação e chegam ao pós-parto.

Pires et al. (2018, p. 61) elencam uma série de fatores de vulnerabilidade da mulher às ISTs em geral e à sífilis em particular. Para as autoras, a contaminação decorre principalmente de (1) falta de informação, (2) acesso limitado aos cuidados de saúde, (3) baixo nível socioeconômico, (4) coinfeção por HIV, (5) gravidez na adolescência, (6) história de natimortalidade, (7) não tratamento do parceiro infectado, (8) existência de pessoas infectadas assintomáticas, (9) falta do uso de preservativo etc.

A análise desses fatores nos mostra que há muitas possibilidades de intervenção capazes de reduzir a contaminação. Porém, conforme o *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis do Ministério da Saúde*, essas intervenções nem sempre ocorrem de forma satisfatória:

No entanto, as equipes de saúde ainda sentem dificuldades na abordagem de questões relativas à sexualidade, percebendo-se

intervenções que não atendem plenamente as necessidades específicas das pessoas, tendo em vista os contextos de vulnerabilidade onde se encontram inseridas (BRASIL, 2007, p. 24).

Passamos, então, a analisar como essa realidade é abordada no Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) de Leopoldina, Minas Gerais, onde encontramos mulheres que se infectaram com ISTs antes ou durante a gestação.

4 O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO ÀS GESTANTES PORTADORAS DE SÍFILIS DO CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CEAE) — MICRORREGIÃO DE LEOPOLDINA (MG)

Os Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE) são órgãos de atenção à saúde, subordinados às Superintendências Regionais de Saúde no estado de Minas Gerais, que atuam de maneira especializada em áreas priorizadas de saúde.

O CEAE Leopoldina oferece serviços de atenção especial à gestantes de alto risco e mulheres com suspeita de cânceres de mama e colo do útero, além de crianças de risco devido a intercorrências repetidas com repercussão clínica.

A área de Serviço Social do CEAE em Leopoldina conta com uma assistente social, que atua em diversos momentos do acompanhamento das usuárias, do acolhimento à alta, passando pelo atendimento individualizado e/ou familiar, busca ativa das usuárias, encaminhamentos para as redes de serviços, aconselhamento, orientação e informação sobre serviços e direitos. Os atendimentos ocorrem em uma sala reservada, permitindo que transcorram em condições de conforto e sigilo, conforme os padrões éticos da profissão.

4.1 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: CONCEITUAÇÃO E ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS

Conforme Iamamoto (apud Matos, 2013, p. 55), “o Serviço Social é uma profissão que se particulariza na divisão social e técnica do trabalho pelo seu trato com a questão social”, o que significa que atua diretamente nas instâncias em que se manifestam de maneira aguda as desigualdades e contradições do sistema capitalista.

Para Faleiros (2011, p. 751), a função tradicionalmente atribuída ao Serviço Social consistia em “fortalecer o funcionamento psicossocial e

maximizar as potencialidades das pessoas”, uma visão derivada da escola funcionalista, originária dos EUA, baseada no trabalho de Parsons, que tinha como pressuposto o sistema capitalista vigente e dominante.

Faleiros ainda observa que a ruptura com a visão tradicional já tivera início em 1942, quando o Serviço Social passou a ser visto como parte integrante da sociedade, enquanto Parsons o vira meramente como uma entidade externa, capaz de intervir somente no sentido de corrigir ou de minorar os “males” da sociedade.

O Serviço Social tradicional surgiu sob a influência da filantropia e se caracterizava pela implementação de ações pontuais, em resposta a problemas específicos. Para Mito e Nogueira (2013, p. 63), esta forma de atuação, que era a mesma que podia ser encontrada na área de saúde, se caracterizava por uma falta de teorização, o que relegava o Serviço Social “à margem do debate sobre o enfrentamento das demandas sociais” enquanto se preocupava apenas com “a integração dos indivíduos e a normalização de suas condutas”, mantendo-se, dessa forma, sempre bastante próximo da visão tradicional.

As funções desempenhadas pelos assistentes sociais, até meados da década de 1960, evidenciavam a preocupação com a integração dos indivíduos e a normalização das suas condutas. Não se discutia a relação com as políticas sociais, as quais não eram igualmente tratadas no plano analítico, tanto pelo Serviço Social como por outras áreas do conhecimento. Questões mais graves com explicações teóricas mais densas não faziam parte do cotidiano profissional. A intervenção convergia aos objetivos institucionais de integração social e redução dos “desvios de conduta” (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p. 63).

Foi na década de 1930 que o Serviço Social começou a ganhar forma institucional no país (GOMES; ARAÚJO, 2015, p. 340). Para Iamamoto e Carvalho (2011, p. 186), o Serviço Social no Brasil surgiu como desdobramento do apostolado social da Igreja Católica Apostólica Romana, mas os movimentos políticos e sociais da primeira metade do século XX trouxeram a preocupação com as “questões sociais” ao centro do debate, ensejando a criação de cursos dedicados a formar assistentes sociais, como o estabelecido pelo Centro de Estudos e Ação Social (CEAS) em 1936, marco da subordinação do programa de ação social do governo às iniciativas particulares. Porém, ainda conforme Iamamoto e Carvalho (2011, p. 197), “a existência de Assistentes Sociais

diplomados se limitará por um longo período quase apenas ao Rio de Janeiro e São Paulo, sendo que mesmo aí seu número é pouco significativo.”

A institucionalização do Serviço Social no Brasil se inicia em 1935, com a criação do Departamento de Assistência Social (DAS) do estado de São Paulo, pioneiro no Brasil. No ano seguinte, o CEAS criou a primeira Escola de Serviço Social, já não mais sob a égide do apostolado social da Igreja Católica.¹³ Cursos semelhantes foram criados no Rio de Janeiro, em 1937, 1938 e 1940. A partir de então surgem diversas escolas de serviço social nas capitais dos estados e em 1947 ocorre o I Congresso Brasileiro de Serviço Social (CBSS), com representantes de quatorze estados (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 197).

Segundo Lessa (2017, p. 102) e também Gomes e Araújo (2015, p. 340), o processo de inclusão de profissionais de Serviço Social na saúde se iniciou em 1943, no Hospital das Clínicas, de São Paulo. Bravo e Matos (2006, p. 3) creditam essa medida a uma “solução racionalizadora” para “suprir a falta de profissionais [médicos] com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis”. Observam, porém, que a entrada desse “pessoal auxiliar” ampliou a abordagem em Saúde, “introduzindo conteúdos preventivistas e educativos.”

No entanto, como lembra Lessa (2017, p. 102), esta participação continuou incipiente até os anos 1960, quando houve um salto na oferta de vagas para a área, conseqüente à unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Durante esta fase de incipiência, notadamente na área de saúde, a relação dos profissionais com os pacientes teve um sentido de intervenção, como observam Iamamoto e Carvalho:

... a assistência não deverá mais ser apenas curativa; deverá atuar, e principalmente, na prevenção dos “problemas sociais”. Portanto, deverá ir ao encontro destes, [...], ir ao proletariado e não esperar que este venha procurar auxílio (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 223).

Além desse viés intervencionista, o Serviço Social sofreu, no Brasil, desde o início até os anos 1970, o que Matos (2013, p. 56) chamou de “influência do

13 Porém, Bulla (2003, p. 6) cita que a cooperação entre o governo de Vargas e a Igreja Católica, que tivera início com a mudança de regime, em 1930, se manteve de diversas maneiras, entre estas, a mais visível, a incorporação das escolas de Serviço Social às Universidades Católicas (PUCs), justamente por serem vistas como seu ambiente natural.

conservadorismo moral”, que, segundo o mesmo autor, se refletiu na “desarticulação da profissão com os movimentos de esquerda ou progressistas no Brasil”.

O Serviço Social, no entanto, obteve nesse período uma série de avanços no sentido do que Matos chamou de “institucionalização sem um questionamento ao modelo burguês de desenvolvimento”, o que se fez sob o marco de teorias positivistas ou psicologizantes, que reforçavam a ordem social vigente. A capacidade política dos pioneiros do Serviço Social obteve, porém, conquistas como: (a) regulamentação profissional e autonomia no seu exercício, (b) constituição de entidades representativas, (c) organização de congressos nacionais da profissão. Foi também nesse período, segundo Matos (2013, p. 56), que o Serviço Social construiu “um discurso e uma prática de metodologias e teorias próprias para cada processo interventivo”, como, por exemplo, a intervenção do Serviço Social na área de saúde.

Então surgiu, nesse mesmo contexto, o chamado “Serviço Social Médico”, cuja prática tinha por objetivo “contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico”, ficando o assistente social subordinado ao médico em uma função de complementaridade, inserido no contexto geral dos profissionais designados como “paramédicos”, categoria que Matos (2013, p. 57) descreve como desprovida de objetivos próprios e limitada a desempenhar aquelas tarefas que o médico delegava, ou seja, “o que este julgava não ter capacidade para fazer ou não queria fazer”.

Bravo e Matos (2006, p. 3–4) ressaltam que as “propostas racionalizadoras” surgidas a partir dos anos 1950 e originárias dos EUA (conceitos como medicina “comunitária”, “integral” e “preventiva”), “não obtiveram repercussão no trabalho dos assistentes sociais na saúde no Brasil”. Os autores chegam a dizer que até os anos 1960 o Serviço Social “não teve polêmica de relevo que ameaçasse o bloco hegemônico conservador que dominou tanto a produção do conhecimento como as entidades organizativas e o trabalho profissional” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 5).

Posições individuais progressistas não mudavam os rumos do Serviço Social no Brasil. Netto (2005, p. 6) descreve esse Serviço Social que se preservava até então sem grandes contestações como uma atividade caracterizada por uma “prática empirista, reiterativa, paliativa e burocratizada”, por uma ideologia baseada na ética liberal burguesa e por um ponto de vista funcionalista; tendo por estratégia o enfrentamento das “incidências psicossociais da ‘questão social’ sobre indivíduos e

grupos, e por objetivo a ordenação capitalista da vida social como um dado factual inalienável”. O mesmo autor (NETTO, 2005, p. 6) observa que a segunda metade da década de 1960 foi marcada por uma “erosão internacional do Serviço Social tradicional” e que, a partir desse momento, finalmente surgiram as bases teóricas e as circunstâncias favoráveis a uma ressignificação da atividade.¹⁴

Referindo-se especificamente ao contexto latino-americano, Netto (2005) ainda observa a constituição do movimento de Reconceituação. Este se expressou basicamente como uma crítica ao Serviço Social tradicional, tendo como grande elemento gerador e impulsor o seguinte questionamento: “qual a contribuição do Serviço Social na superação do subdesenvolvimento?”

Para além dos condicionalismos que, em todo o mundo, eram próprios dos anos 1960, entre nós, latino-americanos, esta questão era formulada sob condições muito determinadas: a inserção de nossos países na nova divisão internacional do trabalho que então emergia; o colapso, em nossos países, dos pactos políticos que vinham do pós-guerra; o surgimento de novos sujeitos políticos; o impacto da Revolução Cubana; o anêmico reformismo do tipo Aliança Para o Progresso (NETTO, 2005, p. 9).

No Brasil, a renovação do Serviço Social ocorreu como uma herança do movimento de Reconceituação que tinha lugar na América Latina como um todo. Netto (2005, p. 10–11) relata que essa renovação ocorreu sob a égide de um projeto de “modernização conservadora” imposto pela ditadura, que limitou e condicionou o alcance das ideias da Reconceituação.

Somente a partir do final da década de 1970, quando a ditadura já começa a declinar, é que passam a ressoar com mais força em nosso país os ecos do movimento de Reconceituação.

Nesse contexto, de um lado, o CBCISS capitaneia a afirmação da teorização do Serviço Social nos encontros de Araxá, Teresópolis, Alto da Boa Vista e Bom Clima. De outro lado, em 1965, no encontro da categoria profissional em Porto Alegre, institui-se o Movimento de Reconceitualização do Serviço Social brasileiro, articulando os debates com profissionais da Argentina, Uruguai, Peru, Chile e demais países latino-americanos, na direção da construção da ruptura com o conservadorismo na profissão (BATTINI, 2016, p. 161).

14 As circunstâncias referidas são os movimentos de contestação que ocorriam em todo o mundo; como a “contracultura”, a ação estudantil europeia, a revolução cubana, o movimento de direitos civis nos EUA etc.; cujo conhecimento circulava no meio acadêmico e trazia questionamento da ordem vigente.

Porém, Bravo e Matos (2006) chegam a observar que esse movimento de Reconceituação do Serviço Social teve suas limitações. Para esses autores, o processo de renovação, apesar de “articulado às questões colocadas pela realidade da época, por ter sido um movimento de revisão interna” (grifo nosso), não realizou um “nexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas”, como o movimento da Reforma Sanitária no Brasil.

Diante disso, os autores veem o “descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde” (BRAVO; MATOS, 2006, p. 8). Finalmente, a partir dos anos 1980, o Serviço Social, inspirado pelo movimento de Reconceituação, se aproxima do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil, como parte da nova perspectiva marxista que passou a ser adotada desde o assim chamado “Congresso da Virada”:¹⁵

É impossível falar do Serviço Social sem se referenciar aos anos 80. Esta década é fundamental para o entendimento da profissão hoje, pois significa o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica na academia e nas entidades representativas da categoria — intenção de ruptura — e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista (BRAVO; MATOS, 2006, p. 8).

Mas os autores ainda criticam a “insuficiência” dos avanços, chegando a afirmar (BRAVO; MATOS, 2006, p. 9) que “o Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional” e que permanece “desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária”, situação que o mantém “sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão”.

Esta é uma situação que tende a se modificar, e que vem se modificando, porque a atuação do assistente social na área da saúde apresenta uma estreita relação com o Projeto Ético Profissional, construído no período de Renovação crítica do Serviço Social no Brasil no contexto da década de 1980, e com as discussões ético-políticas dos demais movimentos sociais, como por exemplo, o movimento de Reforma Sanitária no Brasil.

15 O III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, em São Paulo, em 1979, recebeu essa denominação devido à destituição da mesa diretora nomeada pela ditadura, substituída por uma eleita pelos congressistas (TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p. 12), assim a classe optou por “romper coletivamente com o conservadorismo ao assumir o compromisso com os interesses imediatos e históricos da classe trabalhadora” (ABRAMIDES, 2006, p. 28).

O projeto ético-político da profissão se origina na busca de ruptura com o Serviço Social anteriormente estabelecido no país e a construção de uma perspectiva de profissão pautada no reconhecimento da liberdade como valor ético central, entendida como a possibilidade de se escolher entre as alternativas concretas (MATOS, 2013, p. 60).

A consolidação institucional do Serviço Social no Brasil veio a se completar, portanto, durante os anos 1990 (ABRAMIDES, 2006, p. 3), “período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país”. O projeto privatista (“contrarreforma”) relegou ao assistente social na saúde papéis como (a) seleção socioeconômica de usuários, (b) atuação psicossocial através de aconselhamento, (c) ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, (d) assistencialismo através da ideologia do favor e outras práticas predominantemente individuais (BRAVO; MATOS, 2006, p. 10).

Papéis que se chocam com a atuação esperada do assistente social, conforme preconizado pela Reforma Sanitária (CFESS, 2011, p. 24, com adaptações): (1) busca da democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, (2) atendimento humanizado, (3) estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, (4) interdisciplinaridade, (5) ênfase nas abordagens grupais, (6) acesso democrático às informações e (7) estímulo à participação cidadã.

Vasconcelos (2002, apud MATOS, 2013, p. 59–60) ressalta que esta situação reflete uma contradição entre a prática profissional dos assistentes sociais e o compromisso com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e com o projeto ético-político do Serviço Social expresso pelo movimento de renovação e pelos congressos ocorridos desde os anos 1960.

Matos (2013, p. 60), recorrendo a Vasconcelos, qualifica essa como uma ação “pouco crítica”, afinal, qualquer que seja o tipo de unidade de saúde em que trabalhem, “os assistentes sociais, no fundo, estabelecem a mesma rotina” baseada em ações pontuais como “contato com usuário para levantamento das necessidades após o atendimento médico, para providenciar encaminhamentos e orientações necessárias à implementação da consulta (MATOS, 2013, p. 60).

Finalmente, em função da situação de precariedade da relação entre a população desassistida e o sistema político-econômico, a atuação do profissional de Serviço Social como um intermediário, em vez de agente, se torna uma decorrência

natural quando o assistente social é um funcionário do Estado, situação que fica bem explicitada através da descrição de Cohn et al. (2015):

A formulação de carências por parte da população [...] assume [...] uma dupla dimensão política: ela é selecionada dentre aquelas que o próprio poder público se propõe a atender e, por outro lado, revela como contrapartida a valorização do Estado como provedor de equipamentos e serviços de uso coletivo. Isto significa que as carências assim entendidas supõem uma concepção acerca do poder público como uma instância cuja finalidade, ou ao menos parte dela, constitui-se na prestação desses serviços (COHN et al., 2015, p. 162).

Historicamente, o quadro do Serviço Social é integrado por uma maioria de mulheres (LOURENÇO et al., 2019, p. 163). Esta “feminização” é ainda mais marcante na área de saúde, onde mais de 91% do quadro é feminino, refletindo a “divisão sexual do trabalho”, que, por sua vez, decorre dos “papéis atribuídos pela sociedade aos homens e às mulheres”.

O Serviço Social estaria, então, incluído no que Bruschini (2007, p. 550) chama de “guetos femininos” do mercado de trabalho.

Wermelinger et al. (2010, p. 5) observam que isto decorre de uma forma de “inércia” cultural em nossa sociedade: a mulher, ao entrar no mercado de trabalho, acaba por assumir postos e cargos que apresentam menores resistências, ou seja, consideradas funções tipicamente femininas. A autora observa, também, que isto se traduz na predominância entre as mulheres daquelas profissões “com menos perspectivas de crescimento profissional” ou ligadas a atividades de cuidado, “tais como serviços pessoais, administração pública, saúde e ensino privado”.

Desta forma, podemos dizer, como Wermelinger et al. (2010, p. 10), que a luta do Serviço Social é também a luta pelo reconhecimento do feminino, pois o crescimento da participação feminina no mercado de trabalho, notadamente na área de saúde, que é linear e independente das oscilações da economia, se baseia na valorização de “certo tipo de atributo pessoal credenciado pela dimensão de gênero que hoje é fortemente demandado pela ‘nova economia’”.

Recapitulando, temos, então, que a consolidação da profissão de assistente social se deu em um cenário complexo, em que concorreram os fatores socioeconômicos e culturais citados anteriormente:

- I. *Movimento de Reconceituação*, que se aproxima conceitualmente dos movimentos políticos populares (NETTO, 2005);

- II. *Ideologia do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil*, que traz para o marco constitucional a ideia de universalização do acesso à saúde (PAIM, 2008; PAIVA; TEIXEIRA, 2014; SCHEZZI, 2012);
- III. “*Contrarreforma sanitária*” preconizada pela ideologia neoliberal e privatista, com seu viés de limitação de direitos (BRAVO; MATOS, 2006);
- IV. *Mudança de paradigma cultural e econômico* (“nova economia”), quando a participação feminina no mercado de trabalho deixa de ser vista como consequência da precarização do trabalho masculino e se torna desejável em si mesma (WERMELINGER et al., 2010; BRUSCHINI, 2007).

No aspecto formal, foi somente a partir da resolução Nº 218 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 6 de Março de 1997, que os assistentes sociais foram, finalmente, reconhecidos como profissionais de saúde (CFESS, 2011, p. 12-13).

Chamamos a atenção, porém, para a contradição citada por Matos (2013, p. 60). O autor observa que o assistente social não pode ser relegado a um papel somente subsidiário, onde suas intervenções teriam de ser individuais (para preservar o sigilo do diagnóstico devido ao estigma social da doença). Isto porque “o projeto ético-político da profissão [...] pauta-se na perspectiva da totalidade social e tem na questão social a base de sua fundamentação”. Então, para além da ação individual, o assistente social pode, e deve, buscar uma atuação coletiva, oferecendo-se como parte da abordagem da sífilis enquanto problema de saúde pública.

Buscando subsidiar e ampliar a reflexão dos profissionais para o trabalho na saúde, o CFESS publicou no ano de 2010 os “Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Política de Saúde”. Nesse documento (CFESS, 2011, p. 39) são identificados quatro eixos de atuação para o assistente social na área de saúde.

- I. **Atendimento direto aos usuários.** Dá-se nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até aos serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade. Predominam as ações: (a) socioassistenciais, (b) de articulação interdisciplinar, (c) socioeducativas. Cada uma depende das outras. Para todas elas é fundamental: 1. investigação, 2. planejamento, 3. mobilização e participação

social dos usuários, 4. assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e 5. supervisão direta aos estudantes de serviço social.

- II. **Mobilização, participação e controle social.** Envolve o conjunto dessas ações em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. Essas ações são muito importantes na Estratégia Saúde da Família.
- III. **Investigação, planejamento e gestão.** Objetiva fortalecer a gestão democrática e participativa para produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários, na garantia de direitos. A contribuição do profissional de Serviço Social deve buscar a intersetorialidade, na perspectiva de visão da saúde no âmbito da Seguridade Social. A investigação é uma ação transversal ao trabalho do assistente social, devendo permear todas as formas e etapas de seu trabalho.
- IV. **Assessoria, qualificação e formação profissional.** Visam a um processo de contínuo aprimoramento profissional, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados. Aqui se inclui a “educação permanente” dos trabalhadores de saúde (como um todo, não somente os assistentes sociais) e a formação de estudantes, bem como a assessoria propriamente dita.

A seguir se verá como a profissional de Serviço Social no Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) da Microrregião de Leopoldina, Minas Gerais, tem atuado, tendo em vista esses quatro eixos.

4.2 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CEAE DE LEOPOLDINA (MG)

Aqui é apresentado o trabalho do Serviço Social no CEAE de Leopoldina. Parte-se de uma apresentação da Política de Saúde no referido município e posteriormente se dá destaque ao trabalho da Assistente Social, relatando os desafios e as possibilidades para o exercício profissional nesse espaço sócio-ocupacional.

4.2.1 Apresentação do espaço geográfico

O estado de Minas Gerais se divide em doze mesorregiões: (1) Noroeste, (2) Norte, (3) Jequitinhonha, (4) Vale do Mucuri, (5) Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, (6) Central Mineira, (7) Metropolitana de Belo Horizonte, (8) Vale do Rio Doce, (9) Oeste de Minas, (10) Sul e Sudoeste de Minas, (11) Campo das Vertentes, (12) Mata Mineira (PORTELLA; BULHÕES, 1990, p. 70–85).

A Zona da Mata Mineira se divide nas microrregiões de Ponte Nova, Manhuaçu, Viçosa, Muriaé, Ubá, Juiz de Fora e Cataguases. A microrregião de Cataguases compreende os municípios de Cataguases (núcleo microrregional), Além Paraíba, Argirita, Dona Eusébia, Estrela Dalva, Itamarati de Minas, Laranjal, Leopoldina, Palma, Pirapetinga, Recreio, Santana de Cataguases, Santo Antônio do Aventureiro e Volta Grande (PORTELLA; BULHÕES, 1990, p. 82–85).

A Zona da Mata de Minas Gerais é uma microrregião que vem enfrentando há algum tempo um processo persistente de estagnação social e econômica, que se reflete na qualidade de vida de seus habitantes. Segundo Netto e Diniz (2006, p. 33), a região apresenta baixa renda per capita e desempenho econômico aquém de suas potencialidades regionais, caracterizando um processo de estagnação econômica, decréscimo populacional e rebaixamento do índice de qualidade de vida, o que exacerba os desequilíbrios microrregionais. Um dos fatores que explicam esta situação é a fragmentação administrativa, de que resultam dificuldades de gestão:

... a heterogeneidade da Zona da Mata reflete-se também no elevado desmembramento de municípios, a maioria com população abaixo de 10 mil habitantes, contribuindo inequivocamente para a redução da capacidade de investimento dos mesmos. Fato é que boa parte desses municípios subsistem exclusivamente da redistribuição de recursos por parte das esferas estadual e federal. Esse processo de pulverização política do território acaba por intensificar os desequilíbrios regionais da Zona da Mata Mineira (NETTO; DINIZ, 2006, p. 33).

Leopoldina está na região sudeste do estado, na microrregião da Mata de Cataguases e na microrregião sanitária de Leopoldina–Cataguases, que se caracteriza pela polaridade dos dois municípios na atração de ações e serviços de saúde. Afora as duas cidades principais, a microrregião tem mais dez municípios, com uma população total de 175.355 (OLIVEIRA, 2017, p. 36).

A cidade é classificada por Amorim Filho, Rigotti e Campos (2007, p. 13) como uma “cidade média propriamente dita”, categoria urbana que possui um papel

Tabela 3: Dados demográficos de Leopoldina.

Categoria	Absoluto	Relativo
População masculina	24.618	48,01%
População feminina	26.668	51,99%
Crianças (1 a 9 anos)	5.936	11,57%
Jovens (10 a 19 anos)	8.332	16,24%
Adultos (20 a 59 anos)	28.623	55,81%
Idosos (60 ou mais)	7.784	15,18%
Mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)	15.586	59,57%

relevante na organização hierárquica dos núcleos de povoamento do estado. Sua população em 2012 se distribuía conforme a tabela acima.

Em Bastos et al. (2014, p. 962), vemos que a regional de saúde Leopoldina-Cataguases apresenta índices de internação por condições sensíveis à atenção primária que são superiores à média do estado, tendo inclusive ocorrido, entre 2000 e 2010, aumento dos óbitos decorrentes de internações evitáveis e também aumento da duração média da permanência hospitalar — período em que houve, nacionalmente, redução desses índices. Como não foi observada uma clara correlação entre a evolução dos índices e a implementação da Estratégia Saúde da Família, os autores concluíram que há “grandes desafios para analisar os efeitos das ações propostas para a melhoria da atenção primária.” Decerto porque “o impacto das ações é influenciado por múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença”, ou seja, seria difícil averiguar a associação entre as ações implementadas e resultados obtidos (BASTOS et al., 2014, p. 965).

Devido a este fato, e também à sua posição geográfica privilegiada, às margens da BR-116, a cidade de Leopoldina foi escolhida pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais para sediar um núcleo do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), focado especificamente na atenção à gestação de risco, cujas atribuições incluem, no âmbito do acompanhamento dessas gestantes, o diagnóstico e tratamento da sífilis.

4.2.2 Estrutura do Atendimento

Os CEAE são órgãos da administração estadual, criados para atuar na atenção secundária, “de forma articulada com o território de abrangência, observando as diretrizes assistenciais e protocolos definidos pela SES/MG” (MINAS GERAIS, 2015b, Art. 1º, §2º).

Apesar de criados pelo governo do estado, os CEAE podem contar com financiamento adicional de origem federal ou municipal (MINAS GERAIS, 2015a, Art. 2º) e podem ser co-geridos através de convênio com o município ou consórcios intermunicipais (MINAS GERAIS, 2015a, Art. 8 e 9). No caso de Leopoldina, a gestão é feita através de convênio com o Consórcio Intermunicipal de Saúde União da Mata (CISUM).

Os CEAE atuam como “pontos de atenção microrregional com público-alvo específico voltado para oferta de serviços de atenção especializada ambulatorial,” no acompanhamento de casos como: (a) gestantes de risco; (b) crianças de risco; (c) mulheres com suspeita de câncer de mama e colo do útero; (d) pacientes de Hipertensão Arterial Sistêmica; (e) pacientes de *diabetes mellitus* e (f) gestantes com doença renal crônica de alto e muito alto grau de risco (SES/MG, 2019).

Em Leopoldina, microrregião da Zona da Mata de Minas Gerais, está instalada uma unidade do CEAE, cujo atendimento abrange o próprio município e também aos demais da região: Além Paraíba, Argirita, Astolfo Dutra, Cataguases, Dona Eusébia, Estrela Dalva, Itamarati de Minas, Laranjal, Palma, Pirapetinga, Recreio, Santana de Cataguases, Santo Antônio do Aventureiro e Volta Grande.

O CEAE Leopoldina está instalado em um imóvel próprio, à rua Presidente Carlos Luz, número 446, no centro e está dedicado ao atendimento de gestantes em situação de alto risco, crianças de risco e mulheres com diagnóstico ou suspeita de câncer de mama e colo de útero (CEAE, 2019). Para que um/a usuário/a seja atendido pelo CEAE é necessário que venha encaminhado de alguma unidade de proteção básica de saúde dos municípios da área de abrangência (SES/MG, 2019).

4.3 PERFIL DAS GESTANTES PORTADORAS DE SÍFILIS GESTACIONAL ATENDIDAS NO CEAE

A questão das políticas públicas de saúde reprodutiva e sua relação com a prevenção e tratamento de ISTs, notadamente da sífilis, tem sido objeto da atenção

de diversos trabalhos acadêmicos nos últimos anos, focados no aumento da incidência desta doença nos países em desenvolvimento e as razões de tal evolução. Nesse item será apresentado o perfil das gestantes contaminadas por sífilis em acompanhamento no CEAE, bem como de outras que haviam sido acompanhadas pelo Serviço Social da referida instituição.

4.3.1 Procedimentos Metodológicos

Com o intuito de compreender melhor a realidade das gestantes do CEAE contaminadas por sífilis, a pesquisadora realizou uma pesquisa social de caráter descritivo, quantitativo e documental retrospectivo, empregando o método estatístico para estudar, sob enfoque monográfico, uma população restrita de sujeitos, com a finalidade de encontrar elementos que pudessem vir a ser utilizados na comparação com os identificados em outros estudos.

O objeto da pesquisa são gestantes de alto risco sob acompanhamento no CEAE que foram atendidas pela Pesquisadora entre 2017 e 2019. Foram revistos 567 prontuários de atendimento e identificados 35 casos correspondentes a gestantes com diagnóstico ou suspeita de sífilis gestacional, com idades variando de 17 a 45 anos, todas residentes na microrregião de saúde Leopoldina.

A pesquisa teve como objetivo geral identificar o perfil das gestantes com sífilis da microrregião de Leopoldina e por objetivos específicos: (a) analisar como as políticas nacional e estadual de saúde chegam ao município e atuam na prevenção e tratamento das gestantes, (b) identificar os fatores que influenciaram a contaminação das usuárias, especialmente aqueles citados em pesquisas semelhantes realizadas em outras regiões do país, (c) compreender o papel do profissional de Serviço Social na atenção às portadoras de sífilis e (d) oferecer subsídios para um diagnóstico das políticas públicas de saúde voltadas para a atenção à gestante na área de abrangência do CEAE Leopoldina. Estava inicialmente previsto “estudar a prevalência de sífilis entre as gestantes atendidas no CEAE, a fim de avaliar a incidência observada em relação à média regional e/ou da nacional”; porém esse objetivo específico foi descartado em razão de sua abrangência e grande complexidade, ficando como sugestão para pesquisas posteriores.

O objeto de pesquisa foi escolhido para “desocultar” aspectos da vivência profissional que não estavam sistematizados através da mera coleta de dados e das intervenções junto às usuárias. Conforme Fraga (2010, p. 42), “a atitude investigativa é o fomento básico do exercício profissional do assistente social que se refere ao movimento de desocultamento do real”.

A pesquisa documental foi realizada a partir dos prontuários selecionados. Na análise de prontuários foram excluídas do público-alvo preselecionado as gestantes que não apresentassem diagnóstico de sífilis gestacional, ainda que portadoras de outras ISTs. Foram consultadas, também, bases de dados de saúde pública online, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde, e registros da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Aqui se obedeceu a um roteiro de coleta de dados que delimitava um conjunto de informações que a se identificar e que, em tese, estariam presentes nos prontuários analisados.

A pesquisa de campo foi realizada por meio de entrevista estruturada, a partir da aplicação de questionário às entrevistadas. O objetivo da pesquisa de campo foi complementar as informações dos prontuários. O objetivo era entrevistar todas as 35 usuárias identificadas, mas só foi possível realizar 20 entre agosto e setembro de 2019, um total de 20 usuárias acompanhadas no CEAE, com suspeita de sífilis, descartando-se aquelas com diagnóstico não confirmado.

Conforme Duarte, a entrevista estruturada era o instrumento de pesquisa mais adequado ao tipo de análise que se pretendeu fazer:

Entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados (DUARTE, 2004, p. 215).

O instrumento de coleta de dados foi um questionário elaborado pela pesquisadora (anexo). Não se fez gravações ou filmagens, para preservar o anonimato das entrevistadas e também porque não se mostrou necessário. O questionário foi usado para guiar a entrevista estruturada, conforme sugerido por Quaresma (2005, p. 73), pensando na “possibilidade de comparação com o mesmo conjunto de perguntas” e evitando que a pesquisadora inadvertidamente fizesse perguntas diferentes a cada entrevista, comprometendo a validade dos dados.

A entrevista guiada por questionário permite ao pesquisador dirigir sua atenção a informações específicas, ao mesmo tempo que, pela informalidade aos olhos da usuária, permite coletar informações espontâneas de possível interesse.

O momento de aplicação, para os acompanhamentos concluídos na fase de coleta de dados, foi o atendimento de puerpério, ou seja, a última intervenção da assistente social com a usuária após a alta. Para os concluídos antes, o momento de aplicação foi uma entrevista agendada por telefone, conforme a disponibilidade da usuária e da pesquisadora. As usuárias ainda em acompanhamento foram entrevistadas quando compareceram ao CEAE para alguma consulta.

O local de aplicação do questionário sempre foi nas dependências do CEAE. A opção da pesquisadora por realizar a pesquisa no próprio local de trabalho, inclusive as entrevistas, se justifica por ser o espaço de atuação profissional da Pesquisadora e por contar ali com infraestrutura adequada, permitindo que as usuárias gozassem de privacidade e pudessem conversar livremente.

Os dados coletados dos prontuários e obtidos das entrevistas foram tabulados em planilha eletrônica e analisados para derivar interpretações estatísticas, a partir das quais se tenta a descrição e a compreensão dos fatos observados.

O tratamento automatizado dos dados por *software* é recomendável para evitar erros decorrentes da subjetividade. Como ensina Duarte (2004, p. 217), só os pesquisadores mais experientes analisam artesanalmente entrevistas semiestruturadas, e só o fazem “porque já o fizeram inúmeras vezes” na vida e aprenderam métodos próprios para isso. Pesquisadores em formação correm o risco de ler equivocadamente o material ao fazerem análise manual, por isso, “o uso de softwares para análise de dados qualitativos se justifica e, em alguns casos, se impõe.”

Por fim, com o intuito de obter anuência para a pesquisa, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Juiz de Fora em 27 de Agosto de 2019, sob o Nº 14787719.0.0000.5147.

A construção da pesquisa se fez a partir de uma revisão bibliográfica, empregando fontes obtidas da biblioteca da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, da biblioteca pessoal da pesquisadora e de

publicações científicas disponibilizadas online por sites de busca como SciELO, CrossRef, Redalyc e Google Acadêmico. Foram também consultadas a base de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde, a biblioteca on-line do Ministério da Saúde e a legislação nacional e estadual, pertinente ao CEAE.

4.3.2 Apresentação dos Resultados

A partir dos dados resultantes foram, então, construídas tabelas temáticas, que foram usadas como base para a interpretação dos resultados. Para todas as tabelas das páginas seguintes a fonte é a tabulação dos dados coletados na pesquisa e mantidos em planilha eletrônica.

4.3.2.1 *Origem geográfica das usuárias*

Conforme esperado, a maior parte das usuárias atendidas no CEAE de Leopoldina são originárias do próprio município de Leopoldina, em que pese se tratar de um órgão estadual com uma área de cobertura que abrange vários municípios.

Tabela 4: Origem das usuárias

Cidade de Origem	Prontuários Analisados	Entrevistas Realizadas
Leopoldina	27 77,14%	16 80,00%
Argirita	1 2,86%	1 5,00%
Cataguases	4 11,43%	2 10,00%
Estrela Dalva	3 8,57%	1 5,00%

Fonte: dados coletados pela autora.

Este dado foi considerado significativo, porque Cataguases e Leopoldina são muito próximas, têm porte equivalente e que apresentam semelhanças demográficas e culturais. Teria sido interessante saber o motivo de uma percentagem tão alta de usuárias acompanhadas ser do próprio município sede do CEAE, mas não foi possível explorar as causas disso dentro dos limites da pesquisa.

4.3.2.2 *Faixas etárias*

Desde o início do trabalho houve uma intenção de se classificar as usuárias por faixas etárias e cruzar esta informação com outros aspectos que fossem detectados, buscando encontrar correlações úteis. Para isso se buscou nos prontuários a data de nascimento das usuárias, dado a partir do qual a planilha calculou sua idade.

Apurou-se a predominância de usuárias jovens, compreendendo as faixas etárias de 17 a 21 e de 22 a 30 anos, com média de idade da ordem de 24 anos e 5 meses (à data da tabulação de dados). Uma usuária tinha 41 anos e não foi encontrada nenhuma abaixo de dezoito anos à época da coleta de dados.¹⁶

Tabela 5: Idade das usuárias

Faixa Etária	Usuárias	Percentual
17-21	15	42,86%
22-30	15	42,86%
31-40	4	11,43%
41 ou mais	1	0,03

Fonte: dados coletados pela autora.

Não obstante, a pesquisadora detectou que algumas das usuárias tinham iniciado a gestação ou tinham engravidado pela primeira vez quando ainda eram adolescentes. Esses dados confirmam os estudos de Cunha (2015, p. 27), que observa a maior prevalência da doença na faixa de 20 a 29 anos.

A média ficou próxima da observada por Toldo, Menegazzo e Souto (2018, p. 5), 25 anos e oito meses e por Pires et al. (2018, p. 62), que foi “na faixa etária de vinte anos”. Também concorda com os dados de Santos et al. (2018) para Juiz de Fora e Barbacena: 24 anos e sete meses.

Entre as usuárias da faixa etária mais jovem (17 a 21 anos), a pesquisadora verificou nos prontuários que só 12 (34,3%) estavam na primeira gestação.

4.3.2.3 Quantidade de gestações

16 A “idade atual” das usuárias, constante da tabela foi calculada e arredondada com base no dia 26 de setembro de 2019, data de encerramento da fase de coleta de dados. As idades desta tabela devem ser entendidas como “anos completos” até esta data.

Durante a fase de coleta de dados a pesquisadora se interessou em averiguar uma informação que não estava incluída no roteiro de análise, mas que se ressaltava como significativa na análise dos prontuários: *em que gestação estavam as usuárias.*

Tabela 6: Quantidade de gestações

Primeira	12	34,29%
Segunda	6	17,14%
Terceira	10	28,57%
Quarta ou mais	7	20,00%

Fonte: dados coletados pela autora.

Conforme apurado, pouco mais de um terço das usuárias ainda estava na primeira gestação, mas quase a metade (48,6%) já tivera, pelo menos, duas anteriores. Este dado se revelou instigante, devido à baixa média de idade das usuárias, em que 42,9% teria menos de 21 anos quando engravidaram da primeira vez. A pesquisadora, então, cruzou as faixas etárias e a contagem de gestações, buscando avaliar a precocidade das usuárias, obtendo os dados da Tabela 7.

Conforme se verificou, quatro das 14 usuárias da faixa etária mais jovem já não estavam na primeira gestação, sendo que duas estavam na terceira. Essas usuárias que já não estavam na primeira gestação, teriam engravidado na adolescência. Na faixa etária de 22 a 30 anos, chama a atenção a presença de seis usuárias na terceira gestação e quatro já além da terceira.

Tabela 7: Precocidade das gestações

Faixa Etária	Gestação							
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a
17-21	10	2	2	0	0	0	0	0
22-30	1	4	6	2	1	0	1	0
31-40	0	0	1	1	1	0	0	1
>41	0	0	1	0	0	0	0	0

Fonte: dados coletados pela autora.

Revedo em detalhe os prontuários, a pesquisadora verificou que a usuária na oitava gestação tem 36 anos, a usuária na sétima gestação tem vinte e seis anos, as usuárias na quinta gestação tem, respectivamente, 26 e 32

anos. Duas usuárias que estavam na quarta gestação tinham, respectivamente, 24 e 26 anos. Das seis usuárias de 22 a 30 anos que estavam na terceira gestação, havia uma de 20 anos, uma de 21 e uma de 23.

Resumidamente, foi verificada a esperada concentração das grávidas de primeira gestação entre as usuárias da faixa etária mais jovem (de 17 a 21 anos).

Essa situação é preocupante, e chama atenção para a importância de se trabalhar educação em saúde com adolescentes, voltada para a vivência de uma sexualidade segura, visto que a gestação na adolescência é um dos fatores responsáveis pela evasão escolar das meninas, comprometendo uma futura inserção no mercado de trabalho, e o bem-estar social dessas jovens e seus filhos.

4.3.2.4 Estado civil

Os aspectos referentes à vida familiar e afetiva das usuárias foram abordados sob diversos ângulos, no roteiro de análise dos prontuários (anexo A) e no questionário que orientou a aplicação das entrevistas (anexo B).

O segundo item do formulário de análise de prontuários, por exemplo, explorava o estado civil e a existência de união estável, o sexto explorava quem seria(m) o(s) chefe(s) da unidade familiar ao buscar com quem a usuária convivia, e a sétima questão analisava o tamanho da unidade familiar.

Tabela 8: Estado civil

Estado Civil	Usuária	Percentual
Solteira	15	42,86%
Casada	8	22,86%
Separada	1	2,86%
União Estável	11	31,43%

Fonte: dados coletados pela autora.

A intenção destas questões era determinar indiretamente o tipo de arranjo familiar da usuária.

Observou-se o predomínio de usuárias solteiras sem união estável, correspondendo a 42,9% do total. Entre as que vivem com um companheiro, as casadas formalmente são minoria (8 contra 11 em uniões estáveis). Somente uma usuária era separada e não foi encontrada nenhuma viúva.

4.3.2.5 *Tamanho da unidade familiar*

Ainda buscando avaliar o suporte familiar de que as usuárias desfrutariam, foi-lhes indagado quantas pessoas *adultas* conviviam sob o mesmo teto que elas — ou seja, pessoas que estariam em condições de dividir tarefas domésticas, contribuir com a renda familiar e/ou ajudar a cuidar das crianças.

Tabela 9: Tamanho da unidade familiar

Categoria	Usuárias	Percentual
Até 2	25	71,43%
3	7	20,00%
4	2	5,71%
5 ou mais	1	2,86%

Fonte: dados coletados pela autora.

Apurou-se (conforme Tabela 9) que, em sua maioria (71,4%) as residências das usuárias incluem, no máximo, mais dois adultos. Se somarmos as residências em que havia dois ou três, abrangemos 91,4% do total. Somente uma residência tinha mais de cinco adultos.

Este dado reflete a queda generalizada das taxas de fecundidade e de natalidade da população brasileira desde 1950 (VASCONCELOS; GOMES, 2012, p. 542), de que resulta lares com menos crianças (daí não haver maior quantidade de pessoas adultas nos lares em que a gestante está vivendo com seus pais).

No entanto, podemos também observar, como se vê na Tabela 5, que as usuárias ainda são muito jovens, em média, e ainda poderão ter mais filhos durante sua idade fértil, igualando ou superando a taxa de fecundidade total do Brasil.

4.3.2.6 *Raça (cor)*

O componente racial foi considerado uma correlação possível com a incidência de sífilis, tendo em vista a situação social em que a maioria das mulheres pretas está economicamente vulnerável e a maioria das pessoas de baixa renda, em geral, têm a pele preta ou parda (SOUZA et al., 2019, p. 5). Na aplicação do questionário, a

classificação das usuárias foi baseada na autodeclaração, a partir das cinco categorias oferecidas pela pesquisadora.

Apurou-se efetivamente que a maioria é de cor preta ou parda. Juntas, as duas classificações abrangem 95% das usuárias, com predomínio das pretas (50%). Os dados concordam com Cunha (2015, p. 27), que observa uma maior prevalência de ISTs em geral em usuárias pretas ou pardas e também com Cazarin e Maciel (2018, p. 166).

O “Relatório de Monitoramento Clínico do HIV, do Ministério da Saúde” afirma ser “possível inferir que PVHIV brancas ou amarelas apresentam resultados melhores do que pretas e indígenas” (BRASIL, 2017, p. 27). Albuquerque, Moço e Batista (2010, p. 72) também encontraram um padrão de resultados semelhante em sua pesquisa com mulheres da região serrana do Rio de Janeiro.¹⁷

Tabela 10: Raça (cor de pele)

Categoria	Usuárias	Percentual
Branca	1	5,00%
Preta	10	50,00%
Parda	9	45,00%

Fonte: dados coletados pela autora.

Conforme os dados acima, as mulheres pretas ou pardas estão, em geral, mais expostas à contaminação por IST, apresentam adesão mais baixa ao tratamento e têm sua qualidade de vida mais comprometida pelo progresso da doença.

Observou-se, na data de tabulação de resultados, que a idade média das usuárias pardas era 24 anos, 2 meses e 25 dias contra 22 anos, 10 meses e 19 dias das pretas. Como só foi encontrada uma usuária branca, não foi possível observar uma tendência nesse caso.

Pondo o fato em perspectiva com as descobertas de Heilborni et al. (2006), verificamos que os dados desses autores se harmonizam com a situação das jovens pretas de Leopoldina.

4.3.2.7 Escolaridade

¹⁷ Como contraponto, Santos et al. (2018, p. 84) não detectaram uma associação necessária entre sífilis e cor de pele, ressaltando que seu estudo se baseou em autodeclaração e que observaram que quase todas as usuárias eram pretas ou pardas.

A entrevistadora apurou nos prontuários qual tinha sido o último grau de estudo efetivamente cursado e concluído. A opção “fundamental incompleto” corresponde ao que a maior parte das usuárias conhece como “primário”, que são as séries iniciais do ensino fundamental (antigamente 1ª à 4ª, atualmente 1ª à 5ª).

Tabela 11: Escolaridade

Fundamental incompleto	9	25,71%
Fundamental completo	19	54,29%
Médio	7	20,00%

Fonte: dados coletados pela autora.

Verificou-se a predominância esperada de usuárias com no máximo o ensino fundamental, embora nenhuma fosse analfabeta. Santos et al. (2018, p. 84) observam que há uma correlação entre menos anos de estudo e maior gradiente de infecção, convergindo para um perfil padrão de fundamental incompleto para a usuária que tipicamente evolui para sífilis congênita. Retornando a Cazarin e Maciel (2018, p. 165), aqui vemos a influência do fator abandono escolar, uma vez que, embora todas as usuárias já tivessem idade suficiente para terem concluído o ensino médio, somente 20%¹⁸ o haviam feito.

4.3.2.8 Situação profissional atual

Esta pergunta buscou explorar se a usuária faz parte da População Economicamente Ativa e qual a sua situação laboral no momento, bem como sua perspectiva de reinserção no mercado de trabalho — no caso das que se encontravam desempregadas ou afastadas por licença-saúde, licença-maternidade, doença ocupacional ou acidente de trabalho.

Aqui cabe uma análise como a de Oliveira (2008b, p. 100), para quem a construção da sexualidade e da identidade adulta apresentarão significados diferentes conforme a classe social. A autora apurou que, embora o mundo moderno mostre a

¹⁸ Este padrão evidencia que a política de desmonte das políticas públicas. As usuárias não só abandonaram precocemente sua vida escolar, mas que podem ter frequentado a escola de modo intermitente ou com baixo aproveitamento, de que resulta uma falta de perspectivas de vida e uma dificuldade para se afastarem do que Heilborn et al. (2006, p. 19) chama de fatores “preditores da ocorrência de gravidez na adolescência” e que estão quase sempre relacionados à qualidade da educação e à inserção produtiva no mercado de trabalho.

tendência ao prolongamento da vida escolar com vistas a uma futura carreira, a gravidez na adolescência pode ser um rito de passagem das jovens de classe baixa, que dessa maneira “forçam” seu ingresso no mundo adulto, na falta de outros caminhos.

Tabela 12: Situação laboral

Situação laboral	Usuárias	Percentual
Nunca trabalhou	28	80,00%
Trabalho formal	4	11,43%
Trabalho informal	3	8,57%

Fonte: dados coletados pela autora.

Verificou-se que 80% das usuárias não tiveram empregos e 8,57% não tiveram empregos formais. Somente 11,43% têm ou tiveram empregos formais.

4.3.2.9 Benefícios sociais

A partir da análise dos prontuários das usuárias, foram identificados os casos em que estas recebam algum tipo de benefício social, que poderia complementar a renda familiar e ajudar a manter o padrão de vida nesses lares.

As alternativas mencionadas pela pesquisadora na aplicação do questionário foram o Benefício de Prestação Continuada (BPC), conforme a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), o Bolsa-Família e algum tipo de pensão (alimentícia ou por morte).

É importante aqui ressaltar que, considerando a alta percentagem de usuárias que não trabalham formalmente, esperava-se que estivessem todas, ou quase todas, amparadas por algum tipo de benefício social, com a finalidade de oferecer algum tipo de proteção à criança. O que se observou, no entanto, foi que a correspondência entre a informalidade e a recepção de benefícios sociais não é exata.

Tabela 13: Benefícios sociais

Benefício	Usuárias	Percentual
Bolsa Família	14	40,00%
BPC/LOAS	6	17,14%
Nenhum	15	42,86%

Fonte: dados coletados pela autora.

Apurou-se que 14 usuárias de fato recebem o Bolsa-Família, mas 15 (42,9%) não recebem nenhum benefício. No geral, porém, uma pequena maioria das usuárias está amparada de alguma forma (57,1%, incluindo as que recebem BPC). A pesquisadora verificou que a renda familiar das que não recebem nenhum benefício ultrapassa o teto legal e que há uma correspondência entre as que vivem sozinhas e as que recebem benefícios sociais: as 14 mulheres solteiras mais a mulher divorciada e 15 receptoras de Bolsa Família, conforme se apurou.

4.3.2.10 Situação do acompanhamento

Foi através da análise dos prontuários arquivados que a pesquisadora selecionou as usuárias portadoras de sífilis com que trabalhara. Ao fazer o levantamento das informações, a pesquisadora apurou que a maior parte das usuárias já tivera alta (ou veio a tê-la durante a fase de coleta de dados) Apurou-se que 71,4% das usuárias já haviam obtido alta antes da fase de pesquisa, concluindo com sucesso o seu tratamento, conforme avaliação médica.

Tabela 14: Fase do acompanhamento (no momento da coleta de dados)

Fase	Usuárias	Percentual
Acompanhada no pré-natal	6	17,14%
Acompanhada no puerpério	4	11,43%
Alta	25	71,43%

Fonte: dados coletados pela autora.

Observou-se que os dados estão incompletos, porque houve pelo menos um aborto e alguns casos em que os parceiros não fizeram tratamento, impossibilitando a conclusão do protocolo de atenção pré-natal. De qualquer forma, as 35 usuárias foram selecionadas pela análise de prontuários de atendimentos de três anos, havendo apenas dez casos atualmente em acompanhamento no CEAE, seis na fase de pré-natal e quatro de puerpério. Quanto às que tiveram alta, os dados não contemplam o acompanhamento do filho, tema que se sugere para pesquisa futura.

4.3.2.11 Outras situações de risco

As questões oitava a décima exploravam a ocorrência de outros fatores de risco, além da sífilis gestacional. Aqui a pesquisadora atuou de forma aberta, buscando captar toda informação relevante que pudesse ser encontrada nos prontuários.

Nenhuma usuária acompanhada com sífilis apresentava também algum dos quadros mais frequentes de risco (*diabetes mellitus*, hipertensão arterial, doença renal crônica ou cânceres ginecológicos). No entanto, 16 das 35 usuárias tinham a presença de algum fator de risco e mais 2 tinham diagnóstico de alguma outra IST. Desta maneira, nada menos que 18 das usuárias (51,42%) ainda estariam em acompanhamento no CEAE, mesmo que não fossem portadoras de sífilis perinatal.

Sob a rubrica “outros fatores de risco” a pesquisadora apurou a ocorrência de fatores como: (a) anemia comum, (b) anemia falciforme, (c) histórico de abortos espontâneos, (d) baixo peso, (e) gravidez iniciada na adolescência (três casos), (f) gravidez tardia, (g) histórico de abortos provocados (dois casos), (h) hipotireoidismo, (i) infecção do trato urinário (dois casos), (j) nefropatia grave, (k) variações de pressão arterial (dois casos), (l) pré-eclâmpsia e (m) toxoplasmose.

As duas ISTs encontradas entre as usuárias foram um caso de condiloma (usuária Nº 21) e um de AIDS (usuária Nº 31).

Em sua maioria as usuárias apresentavam apenas um fator de risco adicional, mas três se destacaram pela presença de múltiplos fatores.

A usuária Nº 2, que não pôde ser entrevistada, apresentava infecção do trato urinário e anemia falciforme, além de sífilis, caracterizando um quadro de saúde bastante delicado, dado o conjunto dos fatores de saúde.

A usuária Nº 7, que também não pôde ser entrevistada, acumulava quatro diferentes fatores de risco: anemia comum, variações de pressão arterial, sífilis perinatal e gravidez iniciada na adolescência.

A usuária Nº 20 também apresentava quatro diferentes fatores: variações de pressão arterial, pré-eclâmpsia e histórico de abortos, além da sífilis. A pesquisadora verificou, no entanto, que as três levaram a gestação a termo, sem ocorrência de sífilis congênita, sugerindo que o sucesso na prevenção da transmissão vertical de ISTs está muito relacionado ao acompanhamento correto do pré-natal, com boa aderência das usuárias às práticas e tratamentos preconizados.

4.3.2.12 Desfecho do acompanhamento

Como a maioria das usuárias selecionadas para a pesquisa já concluíra o acompanhamento antes da coleta de dados, foi possível avaliar também o resultado final do trabalho do CEAE no sentido de impedir a transmissão vertical, evitando, então, a sífilis congênita. Excetuando-se as usuárias que ainda estavam em acompanhamento, de 31 acompanhamentos concluídos, obteve-se 28 partos sem transmissão vertical, dois partos com transmissão vertical e um aborto espontâneo.

Tabela 15: Desfecho do acompanhamento

Gestação concluída, criança negativa	28	90,32%
Gestação concluída, criança positiva	2	6,45%
Sofreu aborto espontâneo	1	3,23%
Ainda está em acompanhamento	4	12,90%

Fonte: dados coletados pela autora.

Deve-se considerar, então, que o trabalho do CEAE teve resultados positivos, fazendo a diferença para essas mães e seus filhos, no sentido de evitar a transmissão vertical e garantir o parto de crianças saudáveis em quase todos os casos.

Esses desfechos estão na mesma linha dos apurados por Santos et al. (2018, p. 85), que também não observaram transmissão vertical resultantes em sífilis congênitas entre usuárias nos municípios de Juiz de Fora e Barbacena. Por outro lado, Toldo, Menegazzo e Souto (2018, p. 6) observaram, entre usuárias de Santa Catarina, que um índice de inadequação do pré-natal da ordem de 85% correspondeu a uma taxa de transmissão vertical equivalente, de 88%.

Assim fica evidenciada a importância inarredável do acompanhamento pré-natal por equipe multidisciplinar, *da qual o assistente social deve fazer parte*, para assegurar a qualidade da atenção básica à saúde. Cazarin e Maciel (2018, pp. 168–9), que trabalham com dados nacionais, extraídos do SINAN, inclusive mencionam diretamente as atividades que podem fazer a diferença no pré-natal bem-sucedido: *captação precoce e busca ativa das gestantes faltosas*.

4.3.2.13 Adesão ao pré-natal

Este tema foi abordado na entrevista, a fim de tentar validar a informação sobre a quantidade de consultas de acompanhamento, constante da análise dos prontuários, que poderia estar enviesada, uma vez que as usuárias poderiam ter sido encaminhadas ao CEAE somente depois de já terem feito algumas consultas em outras unidades de saúde.

O protocolo pré-natal prevê que este deve começar tão logo a mulher saiba que está grávida, o que geralmente ocorre entre um mês após a fecundação, quando atrasa a menstruação, e dois, quando fazem os exames de confirmação. Zampier (2008, p. 36) preconiza que o acompanhamento deve se iniciar até os 120 dias de gravidez e incluir um mínimo de seis consultas, mas Silva Neto (2017, p. 15) sugere que o ideal é que o pré-natal se inicie o mais rápido possível e inclua, já na primeira consulta, os exames de detecção da sífilis e outras doenças que possam ser transmitidas à criança.

Tabela 16: Início do pré-natal

Momento de início	Usuárias	Percentual
Antes da 5ª semana	1	5,00%
Entre a 5ª e a 10ª	4	20,00%
Entre a 11ª e a 20ª	9	45,00%
Entre a 21ª e a 28ª	6	30,00%

Fonte: dados coletados pela autora.

Apurou-se que somente uma entre vinte usuárias começou o pré-natal no primeiro mês e quatro começaram entre o primeiro e o segundo. Isto quer dizer que somente cinco das vinte usuárias (25%) iniciaram o pré-natal no momento ideal. Isso quer dizer que nenhuma das usuárias estava fora do alcance do tratamento preconizado para impedir a transmissão vertical, ressaltando-se a importância de referir as usuárias com sífilis ao CEAE, mesmo nos casos em que o pré-natal não estava transcorrendo de maneira ideal — informação que se torna ainda mais significativa considerando a taxa de sucesso dos acompanhamentos (Tabela 15).

A quantidade de consultas foi apurada duplamente, uma vez através da análise de prontuários e outra durante a fase de entrevista, a fim de se poder avaliar de maneira cruzada com outros dados se a frequência das consultas e a adesão ao tratamento estava suficiente para permitir o sucesso do pré-natal. Observou-se que

as usuárias tinham bom conhecimento do procedimento de pré-natal, pois sempre relataram quantidade de consultas compatível com os registros dos seus prontuários, sendo eventuais discordâncias (sempre da ordem de uma consulta ou duas) motivadas pela sua dúvida se deveriam incluir ou não as consultas feitas antes do encaminhamento ao CEAE.

Apurou-se que somente uma usuária não tinha feito nenhuma consulta de pré-natal — esta usuária estava, porém, ainda na fase de acolhimento pela assistente social. As demais usuárias tinham quantidades de consultas compatíveis com o estágio de sua gravidez, eventualmente com uma falha.

Tabela 17: Quantidade de consultas de pré-natal

Quantidade	Usuárias	Percentual
Nenhuma	1	2,86%
1 a 2	9	25,71%
3 a 5	13	37,14%
Mais de 5	12	34,29%

Fonte: dados coletados pela autora.

Este dado testemunha a eficácia da “busca ativa” das usuárias, feita pela profissional de Serviço Social, através da qual se mantém o vínculo de responsabilidade das gestantes com o acompanhamento. Finalmente, há que se avaliar que a opção de nove consultas ou mais fora incluída apenas para monitorar uma eventual excepcionalidade, posto que a quantidade ideal, conforme Zampier (2008, p. 36) é de seis.

4.3.2.14 Conhecimento dos riscos

Aqui o objetivo era avaliar a conscientização das usuárias a respeito dos riscos envolvidos na contaminação.

As perguntas feitas foram:

- “É a primeira vez que você se contamina com sífilis?”
- “Você tinha conhecimento do risco de se contaminar com sífilis?”
- “O tratamento foi (ou continua a ser feito) de forma adequada?”
- “Seu parceiro teve diagnóstico de sífilis?”
- “Seu parceiro fez (ou ainda está fazendo) tratamento?”

- “Você conhece o risco de nova contaminação se o parceiro não for tratado?”

Por um lado, a maioria diz ter se contaminado pela primeira vez, mas só 25% disseram que já tinham conhecimento dos riscos de contaminação antes de terem sido diagnosticadas. Todas (exceto uma) afirmaram seguir corretamente o tratamento, ou que o haviam seguido até o fim, mas somente 35% tinham realmente certeza se o seu parceiro também estava contaminado, sugerindo que elas não sabem realmente dos riscos envolvidos, apesar de quase todas, exceto uma, terem declarado que estão plenamente cientes de que correm risco se o parceiro não for tratado concomitantemente.

Tabela 18: Percepção dos riscos

Primeira contaminação	13	65,00%
Alegaram conhecer os riscos	5	25,00%
Disseram ter se tratado	19	95,00%
Sabem da contaminação do parceiro	7	35,00%
Sabem do risco se o parceiro não for tratado	19	95,00%

Fonte: dados coletados pela autora.

Esta informação se torna ainda mais curiosa quando a analisamos à luz da resposta seguinte, porque 20% das usuárias continuam em um relacionamento com um parceiro que *não* está se tratando e outras duas (10%) não estavam e não estão em um relacionamento estável.

Tabela 19: Avaliação do relacionamento

Como avalia o relacionamento	Usuárias	Percentual
Continua e o parceiro é acompanhado	9	45,00%
Continua, mas o parceiro não acompanhado	4	20,00%
Não manteve relacionamento	5	25,00%
Não estava e não está em relação	2	10,00%

Fonte: dados coletados pela autora.

Além disso, cinco usuárias (25%) disseram não ter mantido o mesmo relacionamento de quando se contaminaram, não tendo, por isso, meios de saber se o antigo parceiro está se tratando. Isto nos dá a entender que estão se expondo a novas contaminações, inclusive com outras ISTs, e mais 25% das entrevistadas podem ter contaminado ou sido contaminadas por homens que estão fora do

alcance das políticas públicas de enfrentamento das ISTs. Chama a atenção a gravidade dessa situação, porque um tratamento inadequado evoluirá para consequências severas para a criança e para a mulher:

Aproximadamente 40% das mulheres grávidas com sífilis primária ou secundária não tratadas evoluem para perda fetal, e mais de 50% dos recém-nascidos filhos de mães com sífilis não tratada ou que realizou tratamento inadequado apresentam-se assintomáticos, e na maioria das vezes não são diagnosticados no nascimento, o que poderá trazer sérias consequências no futuro, como, por exemplo, retardo no desenvolvimento neurológico (CAZARIN; MACIEL, 2018, p. 168).

Passamos agora a analisar criticamente os dados coletados e avaliar as inferências possíveis a partir deles.

4.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo teve por objetivo traçar um perfil das gestantes portadoras de sífilis que foram ou ainda são acompanhadas pela Assistente Social do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) da microrregião de Leopoldina, identificando fatores que pudessem influenciar na contaminação dessas mulheres, em sua adesão ao tratamento e no resultado final do acompanhamento.

Partindo de uma análise das políticas nacionais de saúde na prevenção e tratamento da sífilis, buscou-se identificar a efetividade dessas políticas, focando especificamente na ação da assistente social no cuidado das gestantes do referido Centro. Não foi possível estimar, pela metodologia adotada, se o município de Leopoldina realmente apresenta índices epidemiológicos superiores à média nacional — questão que deve ser explorada em futuras pesquisas.

Inicialmente a pesquisadora observou que as 35 usuárias portadoras de sífilis acompanhadas se originavam de somente quatro dos quinze municípios da área de atuação do CEAE: Leopoldina, Cataguases, Estrela Dalva e Argirita — sendo a grande maioria de Leopoldina. Revendo os prontuários e consultando os demais profissionais do CEAE em busca de esclarecimentos, a pesquisadora não logrou uma explicação evidente e imediata. Esta situação pode ter causas permanentes (fatores culturais, organizacionais ou mesmo uma incidência maior no município de Leopoldina) ou temporárias (reorganização administrativa do CEAE ou de um dos municípios — notadamente Cataguases — ou limitações orçamentárias).

Como não é razoável supor que o município de Leopoldina apresente taxas de contaminação por sífilis gestacional muito superiores ao dos demais atendidos na mesma região de saúde, especialmente em relação a Cataguases, que tem o mesmo porte aproximado, a pesquisadora identificou nesse ponto um novo objeto de pesquisa, não contemplado em seu projeto inicial. Não tendo elementos para identificar as causas da discrepância observada, a pesquisadora sugere que o tema seja explorado em futuras pesquisas com a mesma população.

Os resultados puderam, no entanto, construir uma imagem aproximada da típica gestante com sífilis acompanhada pelo CEAE Leopoldina. Conforme os dados desvelaram, a usuária padrão possui, de fato, um padrão socioeconômico e cultural bem característico, que corresponde a uma mulher jovem (85,8% têm menos de 30 anos), preta ou parda (95%), nominalmente cristã (80%), de baixa escolaridade (80% têm, no máximo, o ensino fundamental), sem atividade profissional (80% nunca trabalharam), está iniciando sua vida sexual (74,3% solteiras ou em união estável) e que vive em lar pouco numeroso (91,4% vivem em lares com três residentes adultos ou menos, 42,9% vivem somente com o marido ou companheiro e 14,3% vivem sozinha com os filhos). Excetuando-se as seis usuárias que recebem BPC por outras razões (17,1%), elas se dividem entre as que não recebem nenhum benefício social (42,9%) e as que recebem o Bolsa-Família (40%). Cerca de metade dessas mulheres (51,42%) têm outros fatores de risco, além da sífilis.

O padrão assim revelado corresponde a uma mulher muito vulnerável, sob os mais diversos aspectos. Por não terem uma atividade profissional, ficam economicamente dependentes de seus parceiros, o que pode levá-las a manter relacionamentos insatisfatórios, ou até abusivos — fator ainda mais exacerbado pelo fato de viverem, em sua maioria, em lares pouco numerosos, onde não contam com intermediários contra uma possível agressão.

Sabemos, conforme Santos (2005, p. 21), que as divisões de classe social produzem efeitos sobre as pessoas não só diretos, mas, também, indiretos. É exatamente disso que se fala quando se cita a vulnerabilidade dessas mulheres, decorrente da conjuntura social e econômica do país.

Souza et al. (2019, p. 5) observam que a mulher preta, em sua inserção no mercado de trabalho, tende a estar em subempregos ou trabalhos autônomos — o que tem impacto sobre diversos aspectos de sua vida, como acesso a educação e

serviços de saúde, qualidade de moradia, renda familiar e acesso à informação digital. Desta forma, perpetua-se uma realidade racista e sexista.

Para Cazarin e Maciel (2018, p. 162), “a incidência de sífilis congênita cresceu em todas as regiões do país”, apesar da expansão da cobertura da ESF. Para os autores, não se pode culpar somente a atenção pré-natal por tal situação, porque “em uma etapa anterior à gestação há falhas das equipes em saúde em realizar a prevenção primária” das ISTs, que tem sido muito focadas na distribuição de preservativos. As falhas devem ser então, buscadas na insuficiência escolar e diversos outros fatores de vulnerabilidade dessas mulheres.

Conforme os relatos das usuárias, coletados assistematicamente pela Pesquisadora, em vários casos, a contaminação tinha ocorrido a partir da segunda gestação, o que pode significar que uma vida sexual ativa não necessariamente se correlaciona com uma conscientização quanto aos riscos e responsabilidades envolvidos na sexualidade e na maternidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo conseguiu identificar o perfil das gestantes com sífilis atendidas no Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) da microrregião de Leopoldina (MG) e verificou que apresenta grandes semelhanças com as conclusões de outros estudos realizados no estado vizinho e em outras cidades da mesma mesorregião.

Não foi possível estudar a prevalência de sífilis entre as gestantes do município devido à necessidade de limitar o escopo desta pesquisa. A análise deste item fica como sugestão para futuras pesquisas.

Conforme se verificou nesse trabalho, o correto acompanhamento pré-natal das usuárias resulta em relativa redução das taxas de transmissão vertical na grande maioria dos casos. Desta maneira, as altas taxas de sífilis congênita a nível geral não se devem à ineficácia dos protocolos atualmente adotados pelos órgãos de saúde. Portanto, as políticas nacional e estadual de saúde estão corretas em seus procedimentos.

O perfil traçado concorda com as descobertas de outras pesquisas, sugerindo que os fatores relativos à contaminação não ficam restritos a aspectos locais.

As usuárias acompanhadas no CEAE Leopoldina podem esperar que esse acompanhamento resulte em um parto sem transmissão vertical.

A situação socioeconômica dessas mulheres, no contexto dos desafios enfrentados pelo Brasil na atualidade, as coloca em uma posição desfavorável para levarem a termo suas gestações e para oferecerem aos seus filhos condições melhores que as suas próprias, sendo o SUS a sua única salvaguarda diante dos imprevistos — como, por exemplo, a contaminação por IST — mas elas ainda estão em situação melhor que aquelas que não são alcançadas pelas políticas públicas de atenção pré-natal.

As mais jovens dessas usuárias, justamente por serem tão jovens e ainda estarem na sua primeira gravidez, mas já acometidas por uma doença tão grave, evidenciam que a contaminação pela sífilis é um risco iminente desde o início da vida sexual, o que vem tornar ainda mais premente a necessidade de oferecer educação sexual nas escolas e de propiciar, através do SUS, o acesso universal a métodos baratos de controle de natalidade e de prevenção de ISTs, como os métodos de barreira (“camisinha”).

Isto é o que se pode pensar em termos de ação paliativa, porque, conforme Heilborn et al. (2006), o principal fator que afasta as jovens da maternidade precoce é a expectativa de uma vida profissional satisfatória e significativa através do estudo.

A gravidez precoce está relacionada a uma maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, especialmente em empregos de maior prestígio e melhor remuneração, também porque está correlacionada a uma maior probabilidade de abandono escolar e a um aproveitamento acadêmico menos regular. Verificou-se que as usuárias, em sua maioria, tendem a não ter perspectiva profissional concreta. Elas dependerão, por muito tempo, ou talvez por toda a vida, do apoio familiar (inclusive dos parceiros) e de benefícios sociais.

Desta forma, a meta de erradicação da sífilis gestacional e congênita permanecerá inatingível no Brasil. Ainda mais se a atenção pré-natal gratuita não estiver ao alcance de todas as gestantes do país, através do SUS.

Nesse contexto, a atuação de uma equipe multidisciplinar é essencial junto às usuárias já em acompanhamento, e é primordial o trabalho de campo do Serviço Social junto às comunidades, identificando e abordando tempestivamente as gestantes ainda na fase inicial da gravidez — uma atividade, a “captação precoce”,

que demanda a interação de diversos órgãos e instâncias. Aí é que o Serviço Social se mostra essencial e cumpre sua função primordial, segundo o seu projeto ético-político e os princípios da Reconceituação.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. S. et al. Mulheres negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, SciELO Public Health, v. 19, p. 63–74, 2010.
- AMARAL, E. et al. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, SciELO Brasil, 2012.
- AMORIM FILHO, O. B. et al. Os níveis hierárquicos das cidades médias de Minas Gerais. **Raega — O Espaço Geográfico em Análise**, v. 13, 2007.
- AQUINO, I. G. C. A participação do CBCISS no movimento de reconceituação e o congresso da virada. **Serviço Social & Sociedade**, FapUNIFESP (SciELO), n. 136, p. 559–577, dez. 2019. ISSN 0101-6628.
- ARAÚJO, C. L. d. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, SciELO Public Health, v. 46, p. 479–486, 2012.
- AROUCA, A. S. d. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Tese (Doutorado) — Unicamp, Campinas – São Paulo, 1975.
- BASTOS, R. M. R. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 958–967, 2014.
- BATTINI, O. Apontamentos sobre a história do Serviço Social no Brasil — 80 anos. **Serviço Social em Revista**, Universidade Estadual de Londrina, v. 19, n. 1, p. 155, dez. 2016. ISSN 1679-4842.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e História**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. ISBN 978-85-249-1259-7.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Decreto no 4682, de 24 de janeiro de 1923**. Coleção de Leis do Brasil de 1923 — Legislação Informatizada – Coletânea de Legislação: edição federal, Brasília, v. 1, 1923. Suplemento.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS**. XV, n. 1, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004. 80 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria No 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva — INCA. **A situação do tabagismo no Brasil: Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil entre 2002 e 2009**. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem Neonatal Biológica: Manual Técnico**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. A implantação da unidade de saúde da família / Cadernos de Atenção Básica, n.1**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. VII, n. 1, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. v. 49, n. 53, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. v. 49, n. 45, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica**. Programa Nacional de Imunização. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa nacional de DST e AIDS. **Protocolo para a prevenção da transmissão vertical de HIV e sífilis** — Manual de bolso. Brasília, 2007. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de DST e AIDS. **Projeto Nascer. Série F: Comunicação e Educação em Saúde**. Brasília, 2003. ISBN 85-334-0674-6.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. d. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. *In: Coletânea de textos da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social*. Florianópolis: [s.n.], 2006.

BRAVO, M. I. S. et al. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, ABEPSS, v. 3, p. 1–24, 2006.

BRUSCHINI, M. C. A. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 537–572, set/dez 2007.

BULLA, L. C. Relações sociais e questão social na trajetória histórica do serviço social brasileiro. **Revista Virtual Textos & Contextos**, dez. 2003.

CAETANO, A; LEITE, S. Q. M. L. **Uma formação em educação em saúde para atender as demandas das infecções sexualmente transmissíveis no âmbito da educação básica**. Vitória – ES: Edifes, 2019.

CAVALCANTI, P. C. d. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: revista de saúde coletiva**, SciELO Public Health, v. 23, p. 1297–1316, 2013.

CAVALCANTE SOARES, R. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese (Doutorado). UFPE. Recife, 2010.

CAZARIN, K. T. L.; MACIEL, M. E. D. Incidência de Sífilis Congênita no Brasil. **Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 10, p. 160–172, 2018. ISSN 2316-2864.

CEAE. Centro Estadual de Atenção Especializada. Centro de Saúde Leopoldina. **CEAE: Centro Estadual de Atenção Especializada**. Leopoldina, 2019. (mimeo).

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE. Quem somos. s.d. Disponível em: <http://cebes.org.br/o-cebes/quem-somos>.

CHAVES, A. C. P. **Marcadores de Vulnerabilidade: análise dos fatores associados ao risco para DST/AIDS entre mulheres em idade fértil**. Dissertação (Mestrado) — Universidade Estadual do Ceará, 2014.

CISLAGHI, J. F. Privatização da gestão na saúde e precarização do trabalho no Brasil. In: RAMOS, A. et al. (Ed.). **Serviço Social e Política de Saúde: ensaios sobre trabalho e formação profissionais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. ISBN 978-85-519-0695-8.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, FapUNIFESP (SciELO), n. 19, p. 123–140, nov. 1989. ISSN 0102-6445.

COHN, A. et al. **A Saúde como Direito e como Serviço**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social**. Brasília, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2011.

CORRÊA, S. Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Ed.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 39–50. ISBN 9788575412916.

CUNHA, A. R. C. d. **Sífilis em parturientes do Brasil: prevalência e fatores associados, 2010-2011**. Dissertação (Mestrado) — Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. d. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, SciELO Brasil, v. 32, n. 6, 2016.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em Revista**, p. 213–225, 2004. ISSN 0104-4060.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In*: **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 385–434.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. *In*: **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 333–384.

FALEIROS, V. d. P. O que serviço social quer dizer. **Serviço Social & Sociedade**, FapUNIFESP (SciELO), n. 108, p. 748–761, dez. 2011. ISSN 0101-6628.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Revista Estudos Feministas**, SciELO Brasil, v. 12, n. 1, p. 47, 2004.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. *In*: FLEURY, S. (Ed.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 25–41. ISBN 85-85561-43-2.

FRAGA, C. K. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, v. 101, p. 40–64, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008. ISBN 978-85-224-5142-5.

GOMES, G. V.; ARAÚJO, L. B. de C. Trabalho profissional dos assistentes sociais na saúde na contrarreforma estatal. **Temporalis, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss)**, v. 2, n. 30, p. 335–356, 2015.

GONÇALVES, R.; ABREU, S. Do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres para ao “Machistério” de Temer. **Revista de Políticas Públicas**, Universidade Federal do Maranhão, v. 22, n. 2, p. 753, jan. 2019. ISSN 2178-2865.

HEILBORN, M. L. et al. Gênero e carreiras sexuais e reprodutivas de jovens brasileiros. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15, 2006, Caxambu, Minas Gerais. **Anais [...]**. São Paulo: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2006.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. d. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. 34. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico. Tabela 137: População residente, por religião.** Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/137>. Acessado em 18 de novembro de 2019.

JACOBINA, A. T. A relação do Cebes com o PCB na emergência do movimento sanitário. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 148-162, Dez. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500148&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042016s13>.

LESSA, A. P. G. O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas. *In*: COSTA, L. F. A. d.; RIBEIRO, H. M. C. B. (Ed.). **Políticas de saúde e serviço social: contradições, ambiguidades e possibilidades.** Campina Grande: EDUECE/EdUECE, 2017. p. 99.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, SciELO Public Health, v. 29, p. 1370–1380, 2013.

LOURENÇO, E. et al. Condições de trabalho de assistentes sociais da área da saúde e repercussões psicossociais. **Saúde e Sociedade**, FapUNIFESP (SciELO), v. 28, n. 1, p. 154–168, mar. 2019. ISSN 0104-1290.

MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, SciELO Public Health, v. 25, p. 1611–1613, 2009.

MATOS, M. d. C. **Serviço Social, Ética e Saúde: Reflexões para o exercício profissional.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013. ISBN 978-85-249-2110-0.

MELO, C. M. d. et al. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, FapUNIFESP (SciELO), v. 22, n. 10, p. 3457–3465, out. 2017. ISSN 1413-8123.

MENDES, E. V. **A crônica de uma morte anunciada ou nascimento, paixão, morte e ressurreição do INAMPS.** Brasília, 1993.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, SciELO Public Health, v. 15, p. 2297–2305, 2010.

MESQUITA, R. P. et al. **Saúde suplementar estado de Minas Gerais: Regional de Saúde Leopoldina, Regional de Saúde Pirapora.** Cerceau, dez. 2013.

MILANEZ, H. et al. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, SciELO Brasil, 2008.

MINAS GERAIS. Município de Leopoldina. Consórcio Intermunicipal de Saúde União da Mata. Processo Seletivo No 001/2015 — Centro Viva Vida. 2015. 59–62 p. Diário

Oficial dos Municípios Mineiros. Disponível em:
<http://www.diariomunicipal.com.br/amm-mg>.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB/SUS No2.210, de 21 de outubro de 2015**. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. Disponível em:
<http://saude.mg.gov.br/images/documentos/Del2210.pdf>.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG No4.971, de 21 de outubro de 2015**. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. Disponível em:
http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolu%C3%A7%C3%A3o_4971.pdf.

MINAS, GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Obter Atendimento no Centro Estadual de Atenção Especializada - CEAE**. 2019. Disponível em:
<https://www.mg.gov.br/servico/obter-atendimento-no-centro-estadual-de-atencao-especializada-ceae>. Acesso em 26/07/2019.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Política social e serviço social: os desafios da intervenção profissional. **Katálysis**, v. 16, p. 61–82, 2013.

NASCIMENTO, J. S. et al. Assistência à mulher no pré-natal, parto e nascimento: Contribuições da Rede Cegonha. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 694–709, 2018.

NETTO, J. P. **O movimento de Reconceituação 40 anos depois**. Serviço Social & Sociedade, v. 26, n. 84, 2005.

NETTO, M. M.; DINIZ, A. M. A. A formação geo-histórica da Zona da Mata de Minas Gerais. **Raega — O Espaço Geográfico em Análise**, Universidade Federal do Paraná, v. 12, dez. 2006. ISSN 1516-4136.

OLIVEIRA, A. G. R. d. C.; SOUZA, E. C. F. d. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. **Odontologia social: textos selecionados**, 2002.

OLIVEIRA, M. M. de. **Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia Saúde da Família**. Tese (Doutorado) — Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, 2008.

OLIVEIRA, R. C. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. **Saúde e sociedade**, SciELO Public Health, v. 17, p. 93–102, 2008.

OLIVEIRA, R. D. d. **Saúde da Mulher: Construindo um Direito A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e seus rebatimentos no atendimento às mulheres no município de Rio das Ostras**. Bacharelado — Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras-RJ, 2016.

OLIVEIRA, R. G. d. O perfil das demandas judiciais por direito à saúde pública do município de Leopoldina–MG. **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 2, n. 2, p. 35–45, 2017.

OSIS, M. J. M. D. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção**. Dissertação (Mestrado) — Unicamp, Campinas – SP, 1994.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. ISBN 9788575413593.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009. ISBN 978-85-7541-453-8.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, SciELO Public Health, v. 29, p. 1927–1936, 2013.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & saúde coletiva**, SciELO Public Health, v. 12, p. 1819–1829, 2007.

PAIVA, C. H. A.; FONSECA, C. M. O. A Abrasco na construção do SUS (1979-1990): ação política na saúde. In: LIMA, N. T. et al. (Ed.). **Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 49–68. ISBN 978-85-7541-460-6.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do sistema único de saúde: notas sobre contextos e autores**. Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz., 2014.

PAULUS JR., A.; CORDONI JR., L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13–19, 2006.

PIRES, A. C. S. et al. Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade — revisão de literatura. **UNINGÁ Review**, v. 19, n. 1, 2018.

PITANGUY, J. O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Ed.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 19–38. ISBN 9788575412916.

PONTE, C. F.; LIMA, N. T.; KROPF, S. P. O sanitarismo (re) descobre o Brasil. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, p. 73-112, 2010.

PORTELLA, J. R.; BULHÕES, M. G. d. (Ed.). **Divisão do Brasil em Mesorregiões e Microrregiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 1990.

QUARESMA, V. B. S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Em Tese**, v. 2, n. 1, p. 68–80, 2005. ISSN 1806-5023.

QUEVEDO, M. P. et al. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. **Journal of Human Growth and Development**, v. 16, n. 1, p. 12–21, 2006.

RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência & Saúde Coletiva**, SciELO Public Health, v. 14, p. 771–782, 2009.

ROSEMBERG, F. Raça e desigualdade educacional no Brasil. In: AQUINO, J. G. (Ed.). **Diferenças e preconceito na escola: alternativas teóricas e práticas**. 8. ed. São Paulo: Summus, 1998. v. 5, p. 73–93. ISBN 978-85-323-0610-4.

SALES, V. A. **Umbanda: Preconceitos e Similaridades**. Tese (Doutorado) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SANTOS, J. A. F. Efeitos de classe na desigualdade racial no Brasil. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, SciELO Brasil, v. 48, n. 1, p. 21–65, 2005.

SANTOS, K. K. d. et al. Frequência de sífilis em gestantes. **Clinical & Biomedical Research**, v. 38, n. 1, 2018.

SARACENI, V. **A sífilis, a gravidez e a sífilis congênita**. Rio DST/AIDS, Rio de Janeiro, p. 1–22, 2005.

SARACENI, V. et al. **Vigilância da sífilis na gravidez**. Ministério da Saúde, 2007.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, jul., 2009, ISSN 2175-3423.

SCHEZZI, D. H. T. Implantação de conselhos locais de saúde: Desafios à efetivação da democracia participativa. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 3, n. 2, p. 01–03, 2012.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. d. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, SciELO Brasil, v. 43, n. 2, p. 401–406, 2009.

SILVA NETO, S. E. d. **Investigação de sífilis congênita no município de Itapeva (SP): fatores que podem interferir no diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação**. Tese (Doutorado) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SILVA, T. H. d. S. **Força ou consenso: a reforma sanitária brasileira entre o dilema reformista e o minotauro da saúde**. Dissertação (Mestrado) — Universidade de São Paulo, 2016.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. d. Movimento da reforma sanitária brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, FapUNIFESP (SciELO), v. 40, n. 108, p. 204–218, mar. 2016. ISSN 0103-1104.

SOUZA, L. Z. d. et al. Os desafios da mulher negra para a conquista de espaço no universo do trabalho. **Revista GEDECON: Gestão e Desenvolvimento em Contexto**, v. 7, n. 2, p. 3–8, 2019.

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. In: **Seminário Internacional — Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002. v. 11.

TEIXEIRA, M. J. d. O. Determinantes sociais em saúde: o serviço social no debate contemporâneo. In: RAMOS, A. et al. (Ed.). **Serviço Social e Política de Saúde: ensaios sobre trabalho e formação profissionais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018. ISBN 978-85-519-0695-8.

TOLDO, M. K. S. et al. A recrudescência da sífilis congênita. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 1, p. 2–10, 2018.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Instituto Evandro Chagas, v. 21, n. 4, p. 539–548, dez. 2012. ISSN 1679-4974.

WERMELINGER, M. et al. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Divulg saúde debate**, n. 45, p. 55–71, 2010.

YUNES, J. O SUS na lógica da descentralização. **Estudos Avançados**, Scielo, v. 13, p. 65–70, 04 1999. ISSN 0103-4014.

ZAMPIER, V. S. d. B. **Abordagem das DST: Consulta de Enfermagem em Pré-Natal Estratégia Saúde da Família Juiz de Fora**. Tese (Doutorado) — Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

ANEXO A — ROTEIRO DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

O roteiro utilizado para análise dos prontuários sofreu adaptações durante a fase de pesquisa em virtude das descobertas efetuadas pela pesquisadora ao propriamente analisar os documentos que tinha diante de si. Esta é a versão final, que foi efetivamente utilizada para transcrever e passar a limpo os dados apurados.

No cabeçalho do Roteiro foram anotados um número sequencial, as iniciais da usuária e a data de nascimento. O sequencial serviu para facilitar a correspondência entre o prontuário e a entrevista.

Em seguida havia 14 questões. Da primeira à oitava, e depois da décima primeira à décima quarta, fechadas, apresentavam de três a sete alternativas. As questões nona e décima eram abertas, para ser respondidas com o dado que constasse dos prontuários. A quinta questão reflete a situação atual do acompanhamento. As questões da oitava à décima primeira se basearam nos registros médicos anexos aos prontuários. Finalmente, as questões da décima

segunda à décima quarta serviram para acompanhar o contato com as usuárias e sua participação efetiva na entrevista.

Era esperado que as questões da oitava à décima não tivessem resposta em todos os prontuários. A pesquisadora optou por não incluir na oitava uma alternativa “Nenhum” porque são muitas as categorias de acompanhamento pelo CEAE e seria trabalhoso verificar se realmente nenhuma outra condição estava presente. Então, o objetivo da questão era apenas detectar a presença de quatro dos mais frequentes fatores de risco. Quanto à nona questão e à décima, nos casos em que houvesse a presença de outro fator de risco relevante, este poderia ser informado livremente.

Finalmente, conforme a usuária fosse ou não contactada, e também conforme o resultado do contato, o preenchimento da décima segunda questão direcionaria para responder a décima terceira ou a décima quarta. O formulário não tinha campo específico para a informação, mas a pesquisadora achou por bem anotar a quantidade de consultas a que a usuária comparecera até a data da análise do prontuário, informação que veio a ser importante na análise dos dados.

Outra informação que originalmente não constava do roteiro, mas foi coletada manualmente foi a quantidade de gestações (incluindo a atual).

Roteiro para coleta de dados e tabulação dos resultados

Instrumento número:

Iniciais:

Data Nasc. / /

1. Estado civil

- a) Solteira (não vive com ninguém)
- b) Casada
- c) Separada
- d) Viúva
- e) União Estável (vive com alguém)

2. Escolaridade (grau concluído)

- a) Analfabeta
- b) Fund. incompleto (ciclo básico)
- c) Fund. completo (8ª série)
- d) Ensino médio
- e) Superior completo

3. Situação profissional

- a) Nunca trabalhou / do lar
- b) Trabalhou, desempregada
- c) Trabalho formal
- d) Trabalho formal, afastada
- e) Trabalho informal (bicos)

4. Benefícios sociais

- a) B. família
- b) BPC/LOAS
- c) Pensão por morte
- d) Nenhum

5. Situação do acompanhamento

- a) Acolhimento
- b) Acompanhamento pré-natal
- c) Acompanhamento puerpério
- d) Alta
- e) Acompanhamento do filho

6. Características da unidade familiar

- a) Mora sozinha (ou com filhos)
- b) Mora com marido/companheiro
- c) Mora com pai/mãe ou ambos
- d) Mora com companheiro e pais
- e) Mora com parentes
- f) Mora com amigos

7. Adultos na unidade familiar

- a) Até 2
- b) 3
- c) 4
- d) 5
- e) Mais de 5

8. Além da sífilis, tem outro problema de saúde dos priorizados pelo CEAE

- a) Hipertensão
- b) Diabetes
- c) Câncer de mama e colo de útero
- d) Doença renal crônica

9. Além da sífilis, tem outra situação geradora de risco na gravidez**10. ISTs diagnosticadas além da sífilis****11. Conclusão do acompanhamento**

- a) Gestação concluída, criança -
- b) Gestação concluída, criança +
- c) Gestação concluída, mas não retornou diagnóstico do bebê
- d) Sofreu aborto espontâneo
- e) Parto de natimorto
- f) Abandonou acompanhamento
- g) Ainda em acompanhamento

12. Contactada para entrevista?

- a) Sim, entrevistada
- b) Sim, não entrevistada
- c) Não foi possível contatar

13. Entre as não contatadas, número

- a) Cancelado/suspenso/não existe
- b) Fora de área ou desligado
- c) Chama, mas não atende
- d) Incorreto/pessoa desconhecida.

14. Entre as não entrevistadas

- a) Não compareceu
- b) Compareceu, recusou TCLE
- c) Não respondeu às perguntas
- d) Respostas incompletas

Data da análise ___/___/_____

ANEXO B — QUESTIONÁRIO ORIENTADOR DA ENTREVISTA

Transcrição do instrumento de coleta de dados utilizado para orientar as entrevistas estruturadas.

Instrumento número:

Iniciais:

Entrevista em / /

1) Idade

- a) Menos de 16 anos
- b) 17-21
- c) 22-30
- d) 31-40
- e) 41 ou mais

2) Raça:

- a) Branca

- b) Parda

- c) Negra

- d) Indígena

- e) Amarela

3) Religião:

- a) Católica

- b) Evangélica

- c) Afro-Brasileira

d) Sem religião

e) Outra: _____

4) Em qual semana da gestação iniciou o pré-natal?

a) Antes da 5^a

b) Entre a 5^a e a 10^a

c) Entre a 11^a e 20^a

d) Entre a 21^a e a 28^a

e) Depois da 28^a

5) Fez quantas consultas pré-natais?

a) Nenhuma.

b) 1 a 2

c) 3 a 5

d) 6 a 8

e) 9 a 10

6) É a primeira vez que você se contamina com sífilis?

a) Sim.

b) Não.

c) Não sei.

7) Você tinha conhecimento do risco de se contaminar por sífilis?

a) Sim.

b) Não.

8) O tratamento foi (ou está sendo feito) de forma adequada?

a) Sim.

b) Não.

9) Seu parceiro teve diagnóstico?

a) Sim.

b) Não.

10) Está fazendo tratamento?

a) Não.

b) Sim.

11) Você conhece os riscos de uma nova contaminação se não houver o tratamento do seu parceiro?

a) Sim.

b) Não.

12) Após o diagnóstico de sífilis, como você avalia o seu relacionamento?

a) Segue normal, o parceiro também é acompanhado.

b) Segue normal, mas o parceiro não está sendo acompanhado.

c) Não manteve relacionamento.

d) Não esteve ou não está em um relacionamento.

**NÃO ESQUEÇA DE ASSINAR O
TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVREMENTE ESCLARECIDO.**

ANEXO C — TERMO DE CONSENTIMENTO

Transcrição do texto do Termo de Consentimento Livremente Esclarecido (TCLE), que foi impresso com identificação da Universidade no cabeçalho e dados do curso e da pesquisadora no rodapé.

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntária da pesquisa “Sífilis Gestacional: O Perfil das Usuárias do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) da Microrregião de Leopoldina (MG) e o Papel da Assistente Social”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é compreender melhor a realidade das gestantes portadoras de Infecções Sexualmente Transmissíveis e as possibilidades de ação do Serviço Social diante do problema. Nesta pesquisa pretendemos analisar o perfil das gestantes portadoras de sífilis atendidas no CEAE Leopoldina e os fatores e circunstâncias relacionados à contaminação e ao tratamento.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: aplicação de questionário, sob orientação da pesquisadora. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: psicológico, intelectual ou emocional. É reconhecida a possibilidade de se sentir constrangida ao responder o questionário; desconforto; medo; vergonha; estresse e cansaço de responder às perguntas. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, por meio deste Termo lhe são garantidos os seguintes direitos: (1) sigilo absoluto de seu nome, sobrenomes, apelido, relações sociais e vínculos profissionais; (2) ampla possibilidade de se negar a responder a qualquer pergunta ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (3) opção de solicitar que certas falas ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o

que será prontamente atendido; (4) alterar as respostas dadas, caso perceba que respondeu de maneira imprecisa ou incorreta; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da Pesquisa. A pesquisa pode ajudar a elucidar as razões e circunstâncias relacionadas à contaminação por sífilis, fornecer subsídios para futuros estudos do tema e contribuir para a definição de políticas públicas de combate às Infecções Sexualmente Transmissíveis em geral e à sífilis em particular.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendida. O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora

Nome do Pesquisador Responsável: Daniele Aparecida Cerqueira Santos Gouvêa

Campus Universitário da UFJF

Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Serviço Social

CEP: 36036-900

Fone: (32)2101-3564/3562

E-mail: curso.supervisaodeestagio@gmail.com

ANEXO D — TERMO DE APROVAÇÃO

A partir da página seguinte está incluído o “Parecer Consubstanciado” número 3.529.108, do Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, firmado pelo seu coordenador, Jubel Barreto, em 23 de agosto de 2019.

Pelos termos do Parecer, o projeto de pesquisa estava em conformidade com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa e a pesquisadora foi autorizada a dar prosseguimento à coleta de dados conforme CAAE número 14787719.0.0000.5147.

O parecer, bem como todos os documentos anteriormente anexados, entre outros, pode ser encontrado indexado na Plataforma Brasil.