


DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SÍFILIS GESTACIONAL EM PROGRAMA MUNICIPAL IST/AIDS, NO NORTE FLUMINENSE

SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND GESTATIONAL SYPHILIS IN A MUNICIPAL IST/AIDS PROGRAM, IN THE NORTH OF RIO DE JANEIRO

Nilene dos Santos SOUZA* 

Carlos Antonio de Souza MORAES** 

Resumo: neste artigo, objetivamos abordar a categoria determinantes sociais da saúde, analisando, a partir das contribuições da epidemiologia latino-americana, a incidência da sífilis em gestantes, em Campos dos Goytacazes, no Norte Fluminense. Sua relevância consiste em produzir conhecimentos a respeito dos elementos sociais determinantes da sífilis gestacional, pouco explorados pela produção científica, mediante a prevalência de estudos médico-biológicos a respeito do tema. Metodologicamente recorreremos a estudo bibliográfico e documental, sendo que o estudo documental foi realizado em 76 prontuários de gestantes com sífilis cadastradas no Programa Municipal IST/Aids, no município mencionado, tendo, como marco temporal, os anos de 2016 e 2017. Concluímos que os determinantes sociais contribuíram para o recrudescimento da sífilis naquelas gestantes, verificando, no caso específico, uma intrínseca relação entre o aumento da sífilis gestacional, a condição de classe das gestantes e a histórica vulnerabilidade feminina, que condiciona especialmente a mulher negra em situação de pobreza a diversos riscos.

Palavras-Chaves: Determinantes Sociais da Saúde; Sífilis Gestacional; Vulnerabilidade Feminina.

Abstract: In this article, we aim to address the category of social determinants of health, analyzing, from the contributions of Latin American epidemiology, the incidence of syphilis in pregnant women, in Campos dos Goytacazes, North Fluminense. Its relevance is to produce knowledge about the social determinants of gestational syphilis, little explored by scientific production, through the prevalence of medical-biological studies on the subject. Methodologically, we resorted to a bibliographic and documental study, and the documental study was carried out on 76 medical records of pregnant women with syphilis registered in the Municipal IST/Aids Program, in the mentioned municipality, with the years 2016 and 2017 as a timeframe. We concluded social determinants contributed to the resurgence of syphilis in pregnant women, verifying, in the specific case, an intrinsic relationship between the increase in gestational syphilis, the class condition of pregnant women and the historical female vulnerability that especially conditions black women in poverty to various risks.

Keywords: Social Determinants of Health; Gestational Syphilis; Female Vulnerability.

Submetido em 26/05/2021.

Aceito em 11/12/2021.

* Bacharel em Serviço Social e mestranda em Política Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social (UFF). Pesquisadora do Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde (Gripes/Cnpq-UFF). E-mail: nilenesouza@gmail.com

** Doutor em Serviço Social (PUC/SP). Mestre em Política Social (Uenf). Bacharel em Serviço Social (UFF). Professor permanente do Programa de Estudos Pós-Graduado em Política Social (UFF/Niterói); Professor Adjunto na Universidade Federal Fluminense, Departamento de Serviço Social de Campos, na área de Pesquisa e Produção do Conhecimento em Serviço Social. Líder do Grupo Interdisciplinar de Estudo e Pesquisa em Cotidiano e Saúde (Gripes/Cnpq-UFF). E-mail: as.carlosmoraes@gmail.com



1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (2015) define a sífilis como uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) curável, exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que se aproveita da região quente e úmida da vagina e do pênis para se desenvolver. A infecção perpassa três estágios, que avançam de forma gradativa, havendo, nos dois primeiros, maior possibilidade de transmissão. Sua gravidade pode ocorrer quando o *Treponema pallidum* atinge o Sistema Nervoso Central ou cardiovascular, com consequências vinculadas à saúde reprodutiva masculina, feminina e infantil, especialmente a infertilidade e as complicações na gestação, no parto e/ou na morte fetal, além de diversos agravos à saúde da criança, como sequelas físicas e sensoriais. Além disso, a sífilis contribui, de forma indireta, mas significativa, com o aumento de ISTs e com o risco de transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (BRASIL, 2021). O progresso da infecção pode durar anos, nos estágios primário e secundário, e, não ocorrendo o tratamento correto, depois da sífilis secundária, pode haver dois períodos de latência: o recente, com menos de um ano, e o tardio, depois de um ano de infecção (BRASIL, 2021).

Dados recentes indicam que a sífilis contabiliza, em todo o mundo, cerca de seis milhões de novos casos (OPAS, 2019) e, devido à vulnerabilidade social de considerável parte da população mundial, sobretudo em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o caso brasileiro, a infecção avança. Apenas no Brasil ocorrem, aproximadamente, cerca de 18 novos casos por hora (BRITO *et al.*, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde, no período anterior à pandemia do novo coronavírus, causada pelo Sars-cov-2, os números já indicavam que o grupo mais afetado por novos casos da doença no Brasil foi o de mulheres pretas ou pardas, na faixa etária de 20 a 29 anos. No ano de 2020, “[...] se compararmos por sexo, as mulheres entre 20 e 29 anos somaram em torno de 28,0% do total de casos notificados, sendo que os homens nessa mesma faixa etária representaram apenas 16,8%.” (BRASIL, 2021, p. 18). Essa considerável diferença pode ser justificada devido às condições anatômicas do corpo feminino, bem como refletir situações de vulnerabilidade às quais as mulheres brasileiras estão expostas e que não estão desvinculadas do contexto cultural, socioeconômico e político que incidem sobre seu risco individual.

Ademais, verifica-se, no Brasil, o alto índice de casos de sífilis em gestantes, o que sinaliza a respeito da probabilidade de sífilis congênita, estimada em cerca de 80% de chances de sua ocorrência pela falta de tratamento ou de tratamento inadequado da mãe. O número de mortes fetais em decorrência da sífilis, em todo o mundo, só perde para a malária (OPAS, 2019). Além disso, cerca de 40% das mulheres grávidas não tratadas durante a gestação sofrem abortamentos, morte perinatal ou neonatal (DAMASCENO *et al.*, 2014).

Diante desses dados preliminares, parte-se do pressuposto de que o fenômeno mundial de avanço da sífilis se configura para além da perspectiva tradicional-conservadora da relação saúde-doença, uma vez que também está circunscrito a determinantes sociais do processo de adoecimento. Apesar de as gestantes mais pobres não serem exclusivamente acometidas pela doença, é possível afirmar que, dentre seus principais fatores de risco e consequências, a classe trabalhadora, especialmente as mulheres negras, com

baixa escolaridade, em situações de pobreza e vulnerabilidade, tendem a iniciar o pré-natal mais tardiamente, o que, no conjunto, pode contribuir para que sejam acometidas pela sífilis em período gestacional.

Diante disso, neste artigo, objetivamos abordar a categoria determinantes sociais da saúde, analisando, a partir das contribuições da epidemiologia latino-americana, a prevalência da sífilis em gestantes, em Campos dos Goytacazes, no Norte Fluminense. Para tanto, optou-se pelo método dialético de interpretação da realidade, tendo, por base, os seguintes princípios: totalidade, mediação dialética, contradição e historicidade. Reconhecemos que o método dialético contribui para a construção de análises que objetivem a apropriação de detalhes a respeito do fenômeno estudado; a investigação de sua coerência interna; e a realização de críticas e de revisões a respeito da prevalência da sífilis em gestantes, na particularidade do Centro de Doenças Infecciosas e Parasitárias II (Cdip), em Campos dos Goytacazes, tendo, por base, os determinantes sociais da saúde.

Além disso, recorreu-se a um estudo com desenho descritivo, de abordagem quali-quantitativo, de tipo bibliográfico e documental. Para o estudo bibliográfico, optou-se pelas categorias determinantes sociais da saúde e sífilis gestacional, recorrendo a artigos científicos, a livros, a dissertações de mestrado e a teses de doutorado sobre os assuntos.

O desenvolvimento do estudo bibliográfico possibilitou reconhecer a centralidade de análises médico-biológicas a respeito da sífilis gestacional, ainda que apontem para o agravamento de questões de cunho social como um dos fatores a serem considerados para o crescimento quantitativo de infectadas no Brasil. Desse modo, esta proposta possui relevância científica e social, visto que contribui para a produção de conhecimentos sobre os elementos sociais determinantes da sífilis gestacional e tende a incentivar novas práticas sintonizadas com o Sistema Único de Saúde (SUS) constitucional em meio a interesses contraditórios¹, focalizados e curativos.

Já a pesquisa documental foi realizada no segundo semestre de 2019², nos prontuários dos usuários do Centro de Doenças Infecciosas e Parasitárias II (Cdip), do Programa Municipal IST/Aids, em Campos dos Goytacazes, RJ, com o marco temporal de 2016 e 2017. Inicialmente, identificou-se o quantitativo total de 279 prontuários. Desses, os resultados apontaram que 76 se referiam às gestantes com sífilis, o que representou 27,2% do total.

Para investigar o conjunto desses prontuários, recorreremos às seguintes variáveis sociodemográficas: número de prontuário, ano de inserção no programa, idade, bairro, escolaridade, parceiro fixo, autorização

¹ De acordo com Paim (2008), no início dos anos 2000, existiam três projetos para a área da saúde disputando a hegemonia na sociedade brasileira: o primeiro é o projeto conservador, que reduz a saúde pública aos pobres e trata a saúde e a doença como mercadorias compráveis no mercado de consumo de bens e serviços; o segundo é o projeto da Reforma Sanitária, que se respalda na Constituição Federal de 1988 e nas legislações de saúde em vigor, assumindo a saúde como direito de cidadania, e se baseia nos princípios de universalidade, de integralidade, de equidade, de descentralização e de controle democrático; e o terceiro é o projeto “reforma da reforma”, que busca reatualizar o anterior em função dos ajustes econômicos implementados pelo Estado. Diante disso, este artigo contribui com análises que, no campo político, reafirmam a importância do projeto de reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde inscrito na Constituição Federal de 1988, a partir de seus princípios organizativos e doutrinários.

² A pesquisa documental foi realizada por três discentes de graduação e por estagiárias na área de Serviço Social, no Programa Municipal IST/Aids, em Campos dos Goytacazes/RJ. São elas: Isabella Valadares, Letícia Soares e Nilene Souza.

de contato/quem – amigo ou familiar, encaminhamento de outra instituição/qual e conclusão de tratamento.

Para análise dos prontuários, optou-se pela técnica de análise de conteúdo, fundamentando-se nos estudos de Bardin (1977, p. 38), que a define como um “[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, objetivando construir conhecimentos referentes a condições de produção do conteúdo, podendo recorrer ou não a indicadores quantitativos.

Diante disso, neste artigo, apresentamos a sistematização desses resultados e dessas análises, a partir de dois itens de desenvolvimento: no primeiro, abordamos a categoria determinação social da saúde, por meio do debate promovido pela epidemiologia latino-americana, com o objetivo de descrever suas contribuições teórico-conceituais. O segundo item apresenta os resultados da pesquisa, problematizando a relação entre o aumento da sífilis gestacional e a condição social das gestantes, revelando os principais indicadores que corroboraram a prevalência da infecção, observados a partir do estudo dos prontuários das gestantes do Cdi II, em Campos dos Goytacazes. Por fim, o artigo apresenta algumas conclusões considerando a relação determinantes sociais da saúde e sífilis gestacional, na particularidade do Cdi II, em Campos dos Goytacazes, RJ.

2 CONTRIBUIÇÕES DA EPIDEMIOLOGIA LATINOAMERICANA A RESPEITO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS)

De acordo com Nogueira (2012), o conceito de determinantes sociais da saúde (DSS) surgiu por meio de documentos publicados entre as décadas de 1970 e 1980 “[...] que deixaram evidentes as limitações das intervenções de risco de doenças”. Tais escritos, segundo a autora, “[...] evidenciavam a relação positiva dos determinantes aos fatores que colaboram para as pessoas ficarem saudáveis, ao invés do auxílio que as pessoas obterão quando ficarem doentes.” (NOGUEIRA, 2012, p. 486). Vale ressaltar que atualmente há um certo consenso sobre o entendimento dessa temática, cujos DSS se configuram como “[...] as condições que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham, envelhecem [...]”, incluindo, ao longo desses processos, a organização e o acesso ao sistema de saúde por parte da população.

Nogueira (2011) acrescenta ainda que, no contexto internacional, a discussão sobre os DSS ganhou destaque com a substituição do papel estratégico do Banco Mundial, que, até então, dominava o setor, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na década de 1990³. Os pressupostos defendidos na declaração de

³Sobre esse papel estratégico, Misoczky (2003, p. 91), referindo-se a Bourdieu (1996), destaca que o Banco Mundial objetivava difundir conceitos acerca de organização da sociedade, cujas políticas setoriais são estratégicas. Para o autor, “[...] a estratégia de ação inclui, também, a disseminação do discurso principal, na sua tradução para o tema da saúde”. Misoczky (2003, p. 91) ainda destaca que o ideário implícito do Banco Mundial prega “[...] redução da presença das organizações públicas e a ampliação das privadas, bem como, a transformação de direitos de cidadania em ‘benefícios’ setoriais para os excluídos”.

Alma Ata⁴ sobre a saúde e que serviram de base para o avanço do debate dos DSS foram reduzidos a “pacotes mínimos”, focalizados no marco da expansão de agendas neoliberais.” (BORDE; HERNANDEZ-ALVAREZ; PORTO, 2015, p. 843). Dessa forma, a agenda defendida pela OMS é influenciada pela agenda neoliberalista, que, no seu sentido mais amplo:

[...] impõe a negação da saúde como direito humano fundamental, ao pautar a saúde meramente como consumo, acesso, e de maneira mais evidente, como serviço, visando estruturar um sistema de saúde de matriz liberal, em detrimento da proteção social, repercutindo em uma contrarreforma jurídica e ideológica, ancorada em uma cultura individualista e de consumo, favorecida pela desarticulação das forças sociais do trabalho, impondo limitações legais a defesa de direitos humanos. (CARVALHO, 2019, p. 41).

Contudo a influência do avanço do capital na sociedade, além de aprofundar desigualdades sociais, vincula-se a processos de crises sanitárias de nível mundial, forçando a OMS a retornar o debate iniciado na década de 1990, a respeito das condições sociais que influenciam diretamente a saúde, ampliando o debate sobre as iniquidades na área e culminando com a institucionalização da Comissão dos Determinantes Sociais em Saúde (CDSS), em 2005.

Para Nogueira (2011 p. 46), o relatório da CDSS, além de responsabilizar o sistema econômico pelos problemas sanitários mundiais, “[...] expôs as evidências dos DSS na melhoria e garantia de saúde das populações, as disparidades entre os países e no interior deles”. O relatório final buscou sensibilizar o mundo sobre os graves índices de morbimortalidade e sobre iniquidades em saúde, que afetam, sobretudo, os países mais pobres e com maior desigualdade econômica, de bens e de serviços.

Entretanto e, mesmo reconhecendo a capacidade de mobilização global da CDSS, essa “[...] se contenta com melhorias num sistema inerentemente injusto.” (BORDE *et al.*, 2015, p. 848). Dessa forma, os autores concluem que o relatório final da comissão foi “[...] uma oportunidade perdida.” (BIRN, 2009, INGLEBY, 2012 *apud* BORDE *et al.*, 2015, p. 846).

Referem-se, neste sentido, à falta de consideração de processos centrais na produção e reprodução das iniquidades sociais em saúde (...) ainda se questiona a abordagem histórica e descontextualizada das iniquidades sociais enquanto efeitos de um ‘contexto socioeconômico e político’ abstrato, que evidencia a persistência de lacunas, omissões e desinteresses na abordagem das iniquidades sociais da saúde [...]. (BORDE *et al.*, 2015, p. 846).

O reconhecimento da interferência dos aspectos sociais “[...] traz implícita uma posição sobre o modelo societário que o produz e a escolha de uma referência teórica para explicar sua gênese e determinação.” (NOGUEIRA, 2011, p. 55). Nesse sentido e para construção e desenvolvimento deste estudo, optamos por recorrer à epidemiologia latino-americana sobre os DSS, ainda que reconheçamos que

⁴ A conferência de Alma Ata, realizada pela OMS em 1978, no Cazaquistão, teve, como resultado, o tratado de Alma Ata. Esse documento – síntese do encontro, nas palavras de Facchini “[...] define a atenção primária como estratégia a ser ofertada a toda a população. Traz a ideia de universalidade, e propõe isso no contexto de um sistema de saúde. A noção de sistema de saúde é articulada nesse encontro.” (FIOCRUZ, 2018, p. 2).

a epidemiologia norte-americana tem sido adotada pela OMS para o enfrentamento das iniquidades em saúde e importada pelo Brasil com o objetivo de fundamentar o trabalho da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde⁵ (CNDSS).

A matriz latino-americana, herdeira da tradição marxista, reconhece que as formas de produção e de distribuição de recursos de uma sociedade são determinantes para sua saúde e que, na condição de ordem política, necessitam politicamente de intervenção (ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008).

Por mais que os fatores conjunturais aprofundem a condição de vulnerabilidade de alguns grupos, não se pode perder de vista que a dinâmica mais ampla do capitalismo, aliada a formação histórica e sociológica do Brasil tem um papel central na estratificação social que estabelece qual a posição social os indivíduos ocupam na sociedade. Nesse sentido, o fato de não deter os meios de produção (classe social), ser mulher (gênero) e negro ou indígena (raça/etnia) impõe um determinado lugar na sociedade que não é uma escolha. Essa posição social afeta o acesso à educação, à ocupação e, por fim, a renda. (SILVA, 2020, p. 5).

Assim, reconhecemos que a condição de classe social dos indivíduos influencia diretamente em sua exposição a diferentes riscos e acesso a tratamentos em saúde. Além disso, o racismo também se configura como um importante DSS e como ferramenta de estratificação social e de iniquidades em Saúde, delineando incisivamente as chances de quem vive ou morre. Institucionalizado, incentiva ações de violação dos Direitos Humanos e, em tempos de crise econômica, política, social e sanitária, tem corroborado paulatinamente o agravamento das desigualdades injustas e evitáveis, configuradas numa realidade de privações sociais e de um histórico de abandono que enfraquece “[...] a capacidade da sociedade em dar respostas a problemas complexos, [ampliando] as vulnerabilidades nas populações historicamente discriminadas.” (SANTOS *et al.*, 2020, p. 237).

As manifestações do racismo nas instituições são verificadas por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios naturalizados no cotidiano de trabalho resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer situação, o racismo institucional restringe o acesso das pessoas, de grupos raciais ou étnicos discriminados aos benefícios gerados pelo Estado e pelas instituições/ organizações que o representam. (BRASIL, 2011, p. 8).

À luz da CDSS (2011), no Brasil, a superação do racismo é essencial para o alcance da equidade concebida como a superação/eliminação de desigualdades, o que geraria a necessidade de promover uma redistribuição de bens e serviços. Segundo Borde *et al.* (2015, p. 847-848), esse ponto defendido pela CDSS é extremamente raso e superficial ao considerar, como acidentais, os impactos negativos do mercado sobre a equidade em saúde. Para os autores, a CDSS desconsidera “[...] o padrão sistemático da determinação

⁵ A OMS criou, em março de 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e de populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas. No ano seguinte, por meio do Decreto Presidencial, no Brasil, foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) com um mandato de dois anos (CNDSS, 2008, p. 10).

social que se engendra, entre outros, a partir da superexploração do trabalho, da natureza implicada no regime de acumulação capitalista e das diferentes formas de discriminação e racismo”.

Para a epidemiologia latino-americana, a saúde e a doença são concebidas por meio de um processo que envolve elementos e condições postas no campo da estrutura e da superestrutura da sociedade capitalista, bem como condições políticas, econômicas, sociais, culturais e institucionais de cada país, e isso se vai expressar ao longo da vida dos sujeitos, em seu acesso a serviços, à informação, ao cuidado, à subjetivação da vida, ao sofrimento e às reais condições para o seu enfrentamento.

A perspectiva latino-americana define que a garantia do direito à saúde envolve mudanças estruturais em todas as formas de sociedade, no combate das desigualdades sociais a partir de movimentos sociais e da sociedade civil – atores centrais da mudança – que se precisariam organizar para alcançar um objetivo comum, tendo em vista que o esgotamento de recursos pelo capital e as suscetíveis crises dele decorrentes requisitariam novas práticas, políticas e ações. Assim, essa perspectiva se transforma numa ferramenta útil, trazendo à tona os aspectos estruturais da saúde dos países latino-americanos a partir do discurso político do direito à saúde (ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008).

A discussão sobre a influência dos DSS não é nova, e os aportes teóricos que buscam sustentá-los são distintos. O tratamento conceitual dos DSS, a partir da matriz norte-americana, não abrange a complexidade das estruturas sociais e, mediante a abordagem superficial das desigualdades e das injustiças na saúde, possibilitam o seu agravamento. Por outro lado, a crescente “demonização” da esquerda pelo mundo – princípio que norteia a epidemiologia latino-americana – dificulta maiores aproximações entre o conceito de DSS baseado na epidemiologia latino-americana e a OMS, que tem fomentado o tratamento das desigualdades sociais e não a busca por sua superação.

3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SÍFILIS GESTACIONAL: UM ESTUDO A PARTIR DO PROGRAMA MUNICIPAL IST/AIDS EM CAMPOS DOS GOYTACAZES, NO NORTE FLUMINENSE

No Cdi II, em Campos dos Goytacazes, os 76 prontuários estudados apontaram que a maior faixa etária das gestantes diagnosticadas com sífilis foi de 20 a 29 anos⁶ (43%), corroborando os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (Tabela 1). Assim se observa que a confirmação da infecção no ápice da fase reprodutiva, no país, reforça a necessidade dos cuidados em saúde desse público, considerando as consequências advindas dessa e de outras ISTs, como o aumento da morbidade, da mortalidade perinatal e da transmissão vertical.

⁶ As ISTs são a segunda maior causa morbidade em mulheres jovens adultas, seguido apenas das causas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal (MACEDO, 2015).

Porém, para Macedo (2015), ainda que as pessoas possuam tendência a exercer mais intensamente atividade sexual nessa faixa etária, o que pode torná-las mais vulneráveis à disseminação do agravo, pesquisas apontam para ausência de uma relação direta entre sífilis e faixa etária.

Tabela 1 – Casos notificados de sífilis em gestantes, por faixa etária, no Brasil, entre 2016-2017

Faixa Etária	2016	2017
10 a 14 anos	517	622
15 a 19 anos	9.931	12.931
20 a 29 anos	20.074	26.251
30 a 39 anos	6.986	8.967
40 anos ou mais	739	985
Ignorado	1	6
TOTAL:	38.248	49.082

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Ministério da Saúde (2020).

Além disso, a pesquisa indicou que 40% das gestantes residem no bairro Parque Guarus, terceiro subdistrito de Campos dos Goytacazes, onde as mulheres são cerca de 52,3%⁷ da população, e 34% dessas têm entre 15 e 34 anos. O bairro é do subdistrito mais populoso da cidade, com cerca de 12.840 habitantes, e concentra grande parte da classe trabalhadora, predominantemente negra e mais empobrecida, corroborando alguns estudos que revelam que há uma contínua relação da sífilis gestacional com a pobreza.

Campos dos Goytacazes foi uma das últimas cidades do país a acatar a abolição da escravidão e, ainda hoje, possui forte relação com seu passado escravocrata haja vista que tal processo, inacabado⁸, “[...] tem influenciado direta e indiretamente sobre as situações desiguais, frutos da discriminação racial que inferioriza essa parte da população de forma locacional, educacional e ocupacional.” (ANDRADE *et al.*, 2019, p. 101). A histórica concentração populacional de maioria preta ou parda que vive no Parque Guarus experimenta rotineiramente situações de precariedade, de falta de estrutura urbana, tais como: serviços sociais e de segurança pública. A rede de esgoto acessa menos moradores que, por sua vez, possuem rendas mais baixas e maior número de filhos, quando comparados aos moradores de outros bairros de Campos dos Goytacazes (CLAUDIO; SANTOS, 2019).

Quanto ao indicador de escolaridade, o mais citado entre as gestantes com sífilis foi o ensino fundamental incompleto (60%), como indica a Tabela 2. Se somarmos o total de gestantes que não concluíram o ensino médio, esse número amplia para 79%. Esse indicador chama a atenção pelo fato de

⁷ Informação coletada do site AppLocal (2020), site de divulgação mapas, locais, bairros e empresas.

⁸ Segundo Madeira e Gomes (2018), o processo de abolição, no país, de fato, não foi concluído com a Lei Áurea em 1888, tendo em vista que a libertação do negro foi assegurada na teoria, não alcançando integralmente a prática. Em Campos dos Goytacazes, Maia, Zamora e Baptista (2019, p. 108) ressaltam que os negros lutam por seus direitos de pertencimento ao território campista até os dias atuais. A cidade possuiu a terceira maior população escrava do estado do Rio de Janeiro, e o racismo pelo qual se estruturou o desenvolvimento do capital, mesmo na pós-abolição, imputaram ao negro os lugares inferiores da pirâmide social, dificultando o acesso aos direitos em sua totalidade, bem como à sua mobilidade social. Além disso, o bairro Parque Guarus, durante a escravidão, já possuía uma população escrava maior do que a população livre (ASSIS, 2016).

que nenhuma das gestantes possui ensino superior completo. Ao compararmos esse resultado com os casos de gestantes com sífilis no Brasil (BRASIL, 2021), verificamos que esse fenômeno local é reflexo de dados nacionais que apontam para 51,1% de gestantes com ensino fundamental incompleto⁹.

Tabela 2 – Referente à declaração de escolaridade das gestantes com sífilis em Campos dos Goytacazes, RJ, entre 2016 e 2017

Escolaridade declarada	Número de casos
Analfabeta	1
Ensino fundamental completo	6
Ensino fundamental incompleto	46
Ensino médio incompleto	7
Ensino médio completo	14
Ensino superior completo	0
Ensino superior incompleto	2
TOTAL	76

Fonte: Elaboração própria (2020).

Gestantes mais escolarizadas tendem a fazer o acompanhamento pré-natal conforme as orientações oficiais (BRASIL, 2006), ao passo que mulheres com baixa escolaridade associada à baixa condição socioeconômica e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, têm mais riscos de iniciarem o pré-natal tardiamente e de contrair ISTs antes ou durante a gravidez. Para Nascimento *et al.* (2005) o maior risco de exposição a ISTs decorre do fato de que a falta de informação ocasiona dificuldades de percepções que, associadas a dificuldades relativas ao uso de preservativos e aos estigmas vinculados a infecções sexualmente transmissíveis, interferem nos cuidados com infecção, na prevenção e no risco. Dessa maneira, as informações que essas mulheres recebem dependem “[...] dos conhecimentos da sabedoria popular.” (NASCIMENTO *et al.*, 2005, p. 80). Para os autores, há ainda, no imaginário popular, a ideia de “grupos de riscos” para ISTs, sendo vislumbrada como a doença do “outro”, principalmente de homossexuais e de profissionais do sexo.

A compreensão do papel social da mulher e de suas relações afetivas, na particularidade de Campos dos Goytacazes, especialmente na periferia urbana (bairro Parque Guarus), é refletida nos dados pesquisados, tendo em vista que 31% delas possuem parceiros fixos, enquanto 3% não possuem. Ao analisarmos as autorizações para contato do Cdíip II com algum familiar e/ou amigo, em caso de necessidade, identificamos que 19,7% autorizaram o contato com familiares de forma mais ampla, 17,4% não autorizaram contato, enquanto os prontuários cujas informações foram ignoradas chegaram a 20,5%

⁹ Esses dados são apenas comparativos e se referem ao período 2016-2017. Optamos em desconsiderar o indicador “ignorado” do Ministério da Saúde pois, como não são definidos, gerariam discrepância no resultado final, tendo em vista que seu número é consideravelmente maior, uma vez que, desde o início da pesquisa, optamos por analisar os documentos com os indicadores devidamente preenchidos. Outrossim a questão dos dados “ignorados” indica a necessidade de novas investigações a respeito.

do total. De modo geral, todos os números merecem destaque, contudo ressalta-se que somente 26% das gestantes permitiram contato com seus companheiros amorosos, o que pode contribuir para reinfeção da doença.

Além disso, Mascarenha, Araújo e Trmalho (2016) apontam que há uma grande dificuldade em tratar os parceiros fixos devido à exclusão histórica do homem nos serviços de saúde e às representações construídas pelos homens sobre a mulher, cuja responsabilidade com os cuidados e com a saúde lhe é imposta individualmente. Não dispomos dos dados referentes ao tratamento dos parceiros no CTA, contudo inúmeros estudos têm visibilizado essa problemática como um fenômeno nacional.

Na pesquisa realizada, não obtivemos os dados referentes à idade gestacional das mulheres que descobriram a sífilis durante o pré-natal, porém a Tabela 3 revela que um quarto das gestantes do Cdip II, em Campos dos Goytacazes, obteve o diagnóstico durante o parto, o aborto ou a morte neonatal. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2018, p. 21), no ano de 2017, cerca de “[...] 57,7% tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 31,3% no momento do parto/curetagem, 6,5% após o parto e 0,6% não tiveram diagnóstico, além de 3,8% de ignorados”.

Tabela 3 – Dados referentes à descoberta do diagnóstico no Cdip, em Campos dos Goytacazes, RJ, entre 2016 e 2017

Descoberta do diagnóstico	Número de gestantes
Anterior a gravidez	3
Depois do aborto	7
Pré-natal	30
Pós-parto	11
Prontuários sem informação	25
TOTAL	76

Fonte: Elaboração própria (2020).

Em relação aos encaminhamentos das gestantes para o CTA de Campos dos Goytacazes, verificou-se que, dentre os prontuários identificados, foram oriundos de serviços do SUS ou de hospitais filantrópicos, como indica a Tabela 4.

Tabela 4 – Dados referentes ao encaminhamento para o Programa Municipal DST/Aids e Hepatites Virais, em Campos dos Goytacazes, RJ, entre 2016 e 2017

Instituição de Saúde	Número de encaminhamentos
Hospital Beneficência Portuguesa	3
Centro de Referência e Tratamento da Mulher	4
Hospital Plantadores de Cana	25
Hospital Santa Casa	1
Unidade Básica de Saúde	9
Outras unidades	20
Prontuários sem informação	14
TOTAL	76

Fonte: Elaboração Própria (2020).

Quanto maior o acesso a consultas pré-natais, menores são as chances de desfechos desfavoráveis da gestação e maior é a garantia da efetividade do tratamento. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) recomenda que as gestantes devem fazer, no mínimo, seis consultas pré-natais, sendo uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gravidez. Macêdo *et al.* (2017)¹⁰ ainda destacam que o papel protetor do pré-natal torna possível a minimização dos efeitos das desigualdades socioeconômicas, entretanto, segundo Tomasi *et al.* (2017, p. 2), o início precoce do pré-natal “[...] atinge apenas três quartos das mulheres, sendo menor para as mais jovens, negras e das regiões Norte e Nordeste do país”. O perfil das gestantes do estudo supracitado é semelhante ao que fora observado em Campos, RJ, sobretudo no que tange aos menores índices de acesso a um pré-natal de melhor qualidade para a população mais pobre, jovem, sumariamente de identidade negra e residentes em regiões periféricas.

Nesse contexto, verificou-se, na realidade local, desafios vinculados à adesão ao tratamento dessas mulheres. Dos 76 prontuários analisados, apenas 10,5% apontaram para o tratamento adequado das gestantes de acordo com as indicações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 47), cujo tratamento precisa ser concluído, pelo menos, 30 dias antes do parto, sendo o parceiro tratado simultaneamente. Ademais, o Ministério aponta que a adesão ao tratamento “[...] é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo.” (BRASIL, 2008, p. 14). Assim, para a adesão das gestantes, considerar os determinantes sociais em saúde é decisivo, haja vista que sua análise não deve incluir apenas o uso de medicamentos, mas uma mudança de hábitos, em que fatores sociais, econômicos, estruturais, psicológicos e comportamentais influenciam diretamente.

De forma geral, é possível afirmar que a desigualdade social, de bens e de serviços é comumente associada ao abandono de tratamento e conseqüentemente a desfechos menos positivos da gravidez. A concentração de gestantes com sífilis no bairro Parque Guarus, em Campos dos Goytacazes, RJ, repercute essas desigualdades posto que, de alguma forma, clarifica as dificuldades que essas mulheres mais pobres, menos instruídas, de maioria preta ou parda, defrontam-se na luta cotidiana para acessar os serviços de saúde.

Os usuários exclusivos do SUS enfrentam a escassez de serviços e as dificuldades para realização de exames, de diagnósticos e para o tratamento. A demora por marcação de consultas e para a realização de exames que as forcem a recorrer ao sistema privado é crucial para a desistência do tratamento, tendo em vista que, na escolha entre cuidar da saúde e alimentar-se, essa última opção prevalece sobre a primeira. Semelhantemente ao identificado em diferentes cidades do Brasil (MACEDO, 2015; MACÊDO *et al.*, 2017;

¹⁰ A realidade da maioria das gestantes campistas evidencia que a falta de ofertas de serviços públicos no subdistrito onde habitam a maioria delas, associada aos casos de violência local e à baixa condição socioeconômica, intrinsecamente relacionada ao acesso à assistência pré-natal, dificultam a plenitude de seus tratamentos. Além do mais, estudo realizado por Magalhães *et al.* (2013) mostrou que, mesmo havendo um maior número de consultas pré-natais, estas não são sinônimos de um tratamento adequado. Apesar de relevante essa informação trazida pelos autores referidos, limitamo-nos a citá-la apenas como exemplo de que as falhas no tratamento ocorrem mesmo com mais visitas das gestantes aos centros de saúde, devidos às falhas diagnósticas ou a outros fatores, contudo deixaremos o aprofundamento dessas análises para futuros estudos.

NASCIMENTO; BARBOSA; MEDRADO, 2005; HERINGER, 2020; TOMASI *et al.*, 2017), a situação local evidencia que a relação entre saúde-doença está estritamente vinculada à condição social e engloba não apenas questões diagnósticas e prescrição de medicamentos, mas fatores relacionados a gênero, raça, trabalho, moradia, habitação, escolaridade, dentre outros determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida e que só terão condições de serem superados se houver uma luta coletiva contra a estrutural desigualdade social.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a construção e o desenvolvimento do estudo sistematizado neste artigo, recorreu-se à epidemiologia latino-americana a respeito dos determinantes sociais da saúde, com o objetivo de fundamentar as interpretações a respeito da sífilis gestacional, particularizando análises de prontuários de gestantes com sífilis, disponíveis no Cdip II, em Campos dos Goytacazes, RJ.

Inspirada na tradição marxista, a epidemiologia latino-americana sobre os DSS permitiu-nos observar que a contradição existente entre avanço do capital *versus* trabalho, combinada à precariedade e à fragilidade da classe trabalhadora no interior da sociedade, aumenta sua condição de pobreza, e tal processo, consequentemente, conduz a piores condições de vida, por meio das condições de habitação, de alimentação, de educação, de saneamento básico e de saúde. Contudo observamos que, no interior da classe trabalhadora, grupos distintos são afetados de maneira desigual, ainda que a questão social possua as mesmas bases de sustentação. Dessa maneira, verificamos que as mulheres são as que mais sofrem com os impactos da assimetria desigual de poder e com as desigualdades de gênero e sociais, diretamente associadas a condições de extrema vulnerabilidade e de iniquidades em saúde.

A condição de vulnerabilidade dessas mulheres, especialmente daquelas identificadas em nosso estudo, causa distintas fragilidades, violações de direitos e de acesso, cenário que corrobora a feminização da epidemia de sífilis. Assim, a realidade que perpassa as suas vidas cotidianas é marcada por situações de riscos e por estigmas que dificultam o autocuidado e as distanciam dos centros de saúde, que, por sua vez, não possuem o suporte necessário para acolhê-las e para promover condições de superação da condição de desigualdade em que se encontram.

A análise da sífilis em gestantes cadastradas no Cdip II, em Campos dos Goytacazes, indica que os problemas sociais associados à construção social e histórica do país relacionam-se diretamente aos problemas de saúde dessas mulheres. O bairro Parque Guarus, em que a maioria delas vive, é marcado pelos maiores índices de pobreza, de violência, de residências precárias, de problemas com o lixo, de poluição do solo e de dificuldade de mobilidade urbana, mostrando-se como ambiente propício à manutenção de novos casos da infecção, permitindo-nos constatar que a incidência de sífilis, nessas gestantes, resulta do processo de pauperização e de interiorização da epidemia.

Assim o estudo desenvolvido nos prontuários do Cdi II, instituição pública de saúde, possibilitou-nos identificar, entre as gestantes com sífilis, a centralidade de mulheres negras, com baixa escolaridade, em situações de pobreza e vulnerabilidade. Tais elementos também têm contribuído para que elas iniciem o pré-natal mais tardiamente e que também sejam acometidas pela sífilis em período gestacional.

Diante disso, concluímos que, mesmo a sífilis não atingindo classes, raças ou gêneros específicos, na atual conjuntura e no contexto estudado, ela representa uma face preta, pobre e feminina, indicadores que apontam o quanto ainda está enraizado, na particularidade estudada e em nosso país, o racismo, as desigualdades e a misoginia.

Tais fatos possibilitam um novo olhar acerca da sífilis gestacional nessa área geográfica, além de instigar a superação da perspectiva biomédica, tendo em vista que os elementos sociais determinantes da sífilis gestacional a incluem como parte de um problema mais amplo e profundo, resultante das contradições capitalistas que criam epidemias do adoecimento.

Por fim, ressaltamos que o tema não foi esgotado e que o estudo apresenta limitações, tendo em vista que não foram realizadas buscas ativas e entrevistas, devido ao distanciamento social imposto pela pandemia da Covid-19, não havendo a possibilidade de determinar, com maior especificidade, as razões para a não realização do tratamento adequado das gestantes com sífilis. A ausência dessas informações, ainda que seja um aspecto limitador da pesquisa, não inviabilizou os resultados alcançados, principalmente devido aos elementos que observamos ao longo do texto que, auxiliado por outras pesquisas em diferentes unidades da federação, colaboram para refletir a respeito das razões do abandono do tratamento.

REFERÊNCIAS

A DECLARAÇÃO de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 14 set. 2018. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/printpdf/7784>. Acesso em: 1 dez. 2020.

ANDRADE, Edson R. *et al.* Reflexões sobre questões étnico-raciais dos jovens negros do município de Campos dos Goytacazes. **Perspectivas online: humanas & sociais aplicadas**, [s. l.], v. 9, n. 26, p. 98-112, 2019. Disponível em: https://ojs3.perspectivasonline.com.br/humanas_sociais_e_aplicadas/article/view/1920. Acesso em: 1 nov. 2020.

ARAUJO, Eliete da Cunha *et al.* Importância do pré-natal na prevenção da Sífilis Congênita. **Rev. Para. Med.**, [s. l.], v. 20, n.1, p. 47-51, 2006. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000100008#:~:text=No%20presente%20trabalho%2C%20verificou%2Dse,mulher%20por%20seu%20parceiro%20prom%C3%ADscuo. Acesso em: 10 nov. 2021.

ARELLANO, Oliva López; ESCUDERO, José Carlos; CARMONA, Luz Dary. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. **Medicina Social**, [s. l.], v. 3, n. 4, p. 323-335, nov. 2008. Disponível em: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/260>. Acesso em: 12 nov. 2020.

ASSIS, Renan Lubanco. “Morador de Guarus”: categorias morais mobilizadas em situações de copresença na cidade de Campos dos Goytacazes. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, [s. l.], v.15, n. 45, p. 28-38, dez. 2016. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/AssisArtDossie.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 1977.

BORDE, Elis; HERNANDEZ-ALVAREZ, Mario; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841-854, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300841&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Racismo como determinante social de saúde**. Brasília: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexual Transmissíveis. Secretaria de vigilância em saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis – 2019**. Brasília, DF: MS, 2019.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico de Sífilis – 2021**. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexual Transmissíveis. Secretaria de vigilância em saúde. Brasília, DF: MS, 2021.

BRITO, Luciana *et al.* Impactos sociais da Covid-19: uma perspectiva sensível às desigualdades de gênero. **Observatório Covid-19 Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41375/2/ImpactosSociais.PDF>. Acesso em: 18 nov. 2020.

CARVALHO, Giliane Alves de. **Determinação social da Saúde e Serviço Social**: concepções que norteiam o trabalho do/a Assistente Social no atual contexto do SUS. 131 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

CLAUDIO, Glaucia de Oliveira.; SANTOS, Leandro Bruno. Os espaços da exclusão social na cidade de Campos dos Goytacazes – RJ. **Revista Cerrados**, v. 17, n. 2, p. 66-95, 16 set. 2019. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/cerrados/article/view/44/41>. Acesso em: 5 nov. 2020.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

DAHLGREN, Goran; WHITEHEAD, Margaret. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm. **Institute for Future Studies**, [s. l.], 1991.

DAMASCENO, Alessandra *et al.* Sífilis na gravidez. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)**, [s. l.], v. 13, n. 3, jan./dez. 2014. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/12133/9986>. Acesso em: 6 jul. 2020.

HERINGER, Andressa Lohan dos Santos et al. Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, e. 8, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e8/#>. Acesso em: 4 dez. 2020.

MACEDO, Camila Cristiane Almeida de. **Concepções sobre o processo saúde-doença dos assistentes sociais das unidades básicas de saúde da supervisão Lapa/Pinheiros (SMS-SP/2014): implicações para a prática profissional**. 157 f. Tese (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

MACÊDO, Vilma Costa de *et al.* Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso controle. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 78, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/138335>. Acesso em: 3 nov. 2021

MADEIRA, Zelma; GOMES, Daiane Daine de Oliveira. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 463-479, set./dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.154>. Acesso em: 15 nov. 2021.

MAGALHAES, Daniela Mendes dos Santos *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 nov. 2021

MAIA, Kenia Soares; ZAMORA, Maria Helena Navas; BAPTISTA, Rachel Fontes. Reflexões sobre o racismo em Campos dos Goytacazes: um olhar existencialista sobre a descolonização. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 105-112, 2019. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/39434/1/2019_art_ksmaiamhnmzamoraz.pdf. Acesso em: 12 nov. 2021.

MASCARENHAS, Luciane Eline Ferreira; ARAÚJO, Mércia dos Santos Silva; GRAMACHO, Rita de Cássia Calfa Vieira. **Desafios no tratamento da sífilis gestacional**. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2016. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/bitstream/bahiana/735/1/DESAFIOS%20NO%20TRATAMENTO%20DA%20S%C3%8DFILIS%20GESTACIONAL.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

MISOCZKY, Maria Ceci Araujo. O Banco Mundial e a reconfiguração do campo das agências internacionais de saúde: uma análise multiparadigmática. **Rev. de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 75-97, jan./fev. 2003. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6477>. Acesso em: 13 nov. 2021.

NASCIMENTO, Ana Maria Guedes do; BARBOSA, Constança Simões; MEDRADO, Benedito. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDs. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 77-86, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 ago. 2020.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Determinantes Sociais da Saúde: o embate teórico e o direito à saúde. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 16, n. 2, p. 481-491, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://www.periodicos eletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/1536/3332>. Acesso em: 28 ago. 2020.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, Unicamp, v. 10, n. 12, p. 45-72, dez. 2011. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634832>. Acesso em: 24 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde publica novas estimativas sobre sífilis congênita. **Opas**, [s. l.], 28 fev. 2019. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5879:organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita . Acesso em: 24 nov. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

POPULAÇÃO do bairro Parque Guarus em Campos dos Goytacazes, RJ. **APPLOCAL**, [s. l.], 28 nov. 2020. Disponível em: <https://applocal.com.br/populacao/bairro/parque-guarus/campos-dos-goytacazes/rj>. Acesso em: 28 nov. 2020.

SANTOS, Márcia Pereira Alves dos *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, ago. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200225&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 nov. 2020.

SILVA, Daniel Nogueira. Determinantes Sociais da Vulnerabilidade à Covid-19: proposta de um esquema teórico – Parte II. **Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA)**, Pará, 2020. Disponível em: <https://acoescovid19.unifesspa.edu.br/>. Acesso em: 17 nov. 2020.

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-56, mar. 2013. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 out. 2020.

TOMASI, Elaine *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2020.

Contribuições dos autores

Nilene dos Santos Souza: pesquisa de campo, produção do texto e construção das análises dos dados.

Carlos Antonio de Souza Moraes: orientador da pesquisa, revisão do texto, inclusão de análises:
