

**UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO PROF. JOSÉ DE SOUZA
HERDY ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

ARILENE LOPES DA ROCHA BRAGA
ISABELLE DA SILVA FLORENTINO
MARIA IVANILDA DOS SANTOS SILVA DE LIMA
MARINÊS TRINDADE DE PAULA

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE
MUNICIPAL MARIANA BULHÕES: uma reflexão acerca do
trabalho realizado junto às gestantes e puérperas atendidas
nessa unidade de saúde com o quadro de sífilis**

DUQUE DE CAXIAS - RJ
2019

ARILENE LOPES DA ROCHA BRAGA
ISABELLE DA SILVA FLORENTINO
MARIA IVANILDA DOS SANTOS SILVA DE LIMA
MARINÊS TRINDADE DE PAULA

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE
MUNICIPAL MARIANA BULHÕES: uma reflexão acerca do
trabalho realizado junto às gestantes e puérperas atendidas
nessa unidade de saúde com o quadro de sífilis**

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social da Universidade do Grande Rio *Prof. José de Souza Herdy*, como parte dos requisitos parciais para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Diego Augusto Rivas dos Santos.

DUQUE DE CAXIAS- RJ
2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UNIGRANRIO – NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

- B813a Braga, Arilene Lopes da Rocha.
- A atuação do serviço social na Maternidade Municipal Mariana Bulhões: uma reflexão acerca do trabalho realizado junto às gestantes e puérperas atendidas nessa unidade de saúde com o quadro de sífilis / Arilene Lopes da Rocha Braga, Isabelle da Silva Florentino, Maria Ivanilda dos Santos Silva de Lima, Marinês Trindade de Paula. – Duque de Caxias, 2019.
- 110 f. : il. ; 30 cm.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Serviço Social) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências Sociais Aplicadas, 2019. “Orientador: Prof. Diego Augusto Rivas dos Santos”.
- Referências: f. 101-108.
1. Serviço social. 2. Obstetrícia. 3. Gestantes. 4. Puerpério. 5. Sífilis. 6. Infecções sexualmente transmissíveis. I. Florentino, Isabelle da Silva. II. Lima, Maria Ivanilda dos Santos Silva de. III. Paula, Marinês Trindade de. IV. Santos, Diego Augusto Rivas dos. V. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. VI. Título.

CDD – 361.3

ARILENE LOPES DA ROCHA BRAGA
ISABELLE DA SILVA FLORENTINO
MARIA IVANILDA DOS SANTOS SILVA DE LIMA
MARINÊS TRINDADE DE PAULA

**A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA MATERNIDADE MUNICIPAL
MARIANA BULHÕES: uma reflexão acerca do trabalho realizado junto às
gestantes e puérperas atendida nessa unidade de saúde com o quadro de sífilis.**

Monografia apresentada ao
Curso de Serviço Social da
Universidade do Grande Rio
Prof. José de Souza Herdy,
como parte dos requisitos
parciais para obtenção do Título
de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado com grau 9.5 (*noze e meio*) em 19 de novembro de 2019.

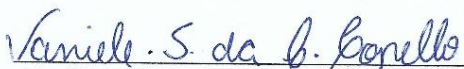
Banca Examinadora:



Prof. Diego A. Rivas dos Santos
Universidade do Grande Rio



Prof.^a Erica Silva de Oliveira
Universidade do Grande Rio



Prof.^a Vaniele Soares da Cunha Copello
Universidade do Grande Rio

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a todo o corpo docente do curso de Serviço Social. Este que nos acompanhou ao longo desses quatro anos, promovendo e celebrando nosso crescimento acadêmico e também pessoal. Somos gratas a todos os professores por sua rica contribuição para nossa formação profissional, e por todo o apoio nos momentos em que foram solicitados.

Dedicamos também aos nossos familiares, amigos e companheiros, pois foram fundamentais na caminhada e concretização deste sonho. Sem o seu apoio, compreensão e estímulo nada seria possível.

AGRADECIMENTOS

Por mais estranho que possa parecer, esse foi um dos momentos mais difíceis na construção do TCC, pois sempre que iniciava os agradecimentos era tomada de emoção, como essa que me ocorre nesse exato momento e que me impede de visualizar o teclado. Mas chegou a hora!

Eu agradeço infinitamente a Deus por ter me proporcionado essa conquista após tantos entraves no decorrer desses quatro anos; em nenhum momento cogitei desistir. Agradeço de todo coração à minha família maravilhosa: meu marido Roberto, por todo o apoio nos momentos mais difíceis, que não foram poucos, sempre celebrando minhas conquistas; meu filho Wallace, sempre disponível a colaborar e curtir meu CR (rs rs); minha filha Aline, que apesar de morar tão longe, incentivou-me e auxiliou-me quando precisei, ficando feliz pela minha caminhada; a minha filha Evellyn, sempre pronta a ajudar, sorrindo e curtindo cada coisa que faço, dizendo: “mainha, você é a melhor”.

Agradeço ao meu querido e saudoso pai Sebastião (*In memoriam*), por todos os ensinamentos que recebi. Ele foi um grande sábio e, apesar da pouca cultura, sempre incentivou a busca pelo conhecimento. Agradeço, também, à minha amada mãe, essa grande guerreira, por todos os valores passados e por me fazer persistir. Sou grata aos meus irmãos Arino, Ari, Arlindo (sempre orando por todos) e Beto, pelo incentivo e carinho; às minhas irmãs Cida, Leninha e Cici, todas vibrando com cada etapa da minha trajetória. Irmãos queridos cuidando de mim, cada um ao seu jeito, e a “xerife” Leninha cuidando de todos. Obrigada, irmãos.

Agradeço aos meus queridos genros Gabriel e Felipe, pela presteza e carinho de sempre. Sou imensamente grata à Jaqueline Freire, carinhosamente chamada de Rosa, que veio fazer parte dessa família e que muito nos auxiliou nos momentos de dificuldades durante a trajetória do nosso estudo.

Minha gratidão eterna à Vera Lúcia Viana, por ter contribuído para que eu realizasse esse sonho, pois sem ela não poderia ter me ausentado do trabalho inúmeras vezes para realizar pesquisas e cumprir o estágio. Estendo minha

gratidão ao irmão Arino e ao cunhado Luiz Teixeira, sempre com um suco ou chocolate para mim quando não queria parar de pesquisar para não perder tempo.

Agradeço às minhas companheiras de pesquisa Isabelle, Maria Ivanilda e Marinês, pela parceria, paciência e comprometimento para a realização desse estudo. Um quarteto perfeito sempre com o ombro amigo disponível. Que possamos manter esse elo de amizade que construímos! Gratidão aos professores: Adriano, Diego, Erica, Mônica, Silene e Vaniele, por fazerem parte da minha história e por terem proporcionado meu crescimento intelectual.

Sou grata à minha Supervisora Acadêmica, professora Mônica Ramos, por acreditar em mim, pelas palavras de ânimo me incentivando a caminhar. Que nossos caminhos se cruzem novamente!

Meu carinho e gratidão à minha supervisora de Campo Tatiane Dutra, que em toda a minha trajetória no campo de estágio se mostrou pronta para socializar o conhecimento, permitindo meu crescimento na formação profissional. Grata pelo privilégio de ter sido sua estagiária.

Minha gratidão ao professor e orientador Diego Rivas, pela paciência e generosidade durante todo o processo da construção dessa pesquisa, sempre pronto a dissipar dúvidas, sempre disponível a todos. Professor Diego Rivas, no que tange um professor que deixa marcas por onde passa, você certamente deixou boas marcas. Obrigada!

Arilene Lopes da Rocha

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a DEUS, que me deu saúde, força e perseverança para superar todos os momentos difíceis com os quais me deparei ao longo da graduação e construção do trabalho de conclusão de curso.

A minha amada mãe Ana Lúcia, meu pai João Chaves e meu irmão João Vitor, como também aos meus queridos Moreno e Pônei, que sempre me acolheram nos momentos difíceis, durante essa trajetória, me ajudando não só fisicamente, mas também mentalmente e espiritualmente. Gratidão eterna!

Aos meus familiares Marcelle, Luciana, Maria Luiza, Maria do Carmo, Orlando e Izabel, agradeço verdadeira e profundamente, por me fazerem acreditar e nunca permitirem que eu cedesse à tentação de desistir. O motivo desse amor tão genuíno é a gratidão que sinto por cada membro da minha família e os que considero parte dela; é saber que em diversas ocasiões eles estiveram por perto, dando força.

Às amigas e parceiras na construção da pesquisa, Arilene, Marinês e Maria Ivanilda, obrigada! Agradeço por toda a ajuda, a paciência e apoio em noites de sono perdidas durante esse período tão importante ao longo da nossa formação acadêmica. Meu muito obrigada a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa; ao meu orientador Diego Rivas, por todo apoio e paciência para a elaboração deste projeto final.

Um agradecimento especial às minhas supervisoras de campo, assistentes sociais Vaniele Soares e Maristela Oliveira, que me auxiliaram de forma comprometida e qualificada para a atuação no exercício profissional.

Isabelle da Silva Florentino

AGRADECIMENTOS

Primeiramente louvar e bendizer o nome do Senhor, por tudo que Ele é e por tudo que Ele faz na minha vida. Por todas as vezes que elevei os meus olhos para o monte e Ele estava ali guardando os meus passos.

Agradeço à minha família maravilhosa, por todo o apoio dado ao longo da graduação, nas pessoas do meu esposo Gonçalo, e dos meus filhos, Isabella e Gabriel. Meus amores, vocês são a minha vida!

Aos meus irmãos e meu pai que, mesmo longe, me apoiaram. À minha irmã, Maria Helena, que sempre esteve presente incentivado neste processo de transformações, obrigada!

Agradeço à pessoas queridas, como as minhas amigas e irmãs, Celi, Vanuza e Regina, pela amizade.

Ao meu grupo de oração Ressurreição, pela intercessão e pelas palavras de incentivo que ouvi de cada um vocês. Obrigada, família Ressurreição! Já posso gritar “Hosana Brasil” e celebrar a vitória de DEUS na minha vida.

Minhas colegas e amigas, Arilene, Isabelle e Marines, que batalharam e deram o seu melhor para que essa monografia fosse construída e concluída. Muito obrigada!

Agradeço a cada professor, pelo compartilhamento de saberes, contribuindo na minha formação profissional. Ao professor Diego Augusto, que foi meu orientador, pelo carinho e dedicação.

A todos os meus colegas que participaram direta ou indiretamente do meu desenvolvimento acadêmico, foi muito bom conviver com todos vocês nesses oito períodos.

Agradeço à direção do meu campo de estágio da Maternidade Municipal Mariana Bulhões, por ter me possibilitado uma nova aprendizagem. À minha supervisora de campo, Geusa Tânia, que tanto contribuiu nessa caminhada de formação profissional, tendo me proporcionado tardes alegres e agitadas. A cada

profissional da unidade hospitalar que tive contato nessas fases do estágio, obrigada pelo carinho!

A minha gratidão a DEUS e a todos, pelos momentos que tive ao longo dessa caminhada acadêmica.

Mas aqueles que contam com o Senhor renovam suas forças; ele dá-lhes asas de águia. Correm sem se cansar, vão para frente sem se fatigar. (Is, 40,31)

Maria Ivanilda dos Santos Silva de Lima

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por tornar real essa conquista. Com amor e carinho, levo boas lembranças de um tempo de aprendizado e crescimento, levo também a certeza de que na vida construímos nossos caminhos, mas não fazemos isso sozinhos.

Agradeço ao meu esposo, Antônio Carlos, meu porto seguro, o seu incentivo foi imprescindível para que eu pudesse chegar até aqui, sempre esteve ao meu lado nas vezes que comemorei e naquelas que fraquejei. Que se fez presente em sonhos para me dar forças e seguir em frente. Obrigada por tudo! Te amo!

Agradeço à minha filha, Luana, que sempre acreditou nesse momento. Obrigada, por me dar força e determinação. Te amo, filha!

Agradeço às minhas amigas. Terminamos, com muito trabalho e dedicação, uma jornada longa e difícil, com inúmeros obstáculos, mas, felizmente, não tivemos que passar por isso sozinhas. A cada dificuldade, a cada pedra que nos impedia de prosseguir, fomos amparadas e ajudadas pelo maior bem que se pode conquistar: a amizade. Minhas amigas, que ao lado delas que nos fortalecemos. Nunca conseguiríamos sozinhas! A vida sem a presença de vocês se torna amargurada e sem brilho.

Agradeço muito, pois em meus 4 anos de faculdade conheci pessoas maravilhosas, que me entendem em tudo. Agradeço pelo carinho, por sempre estarem do meu lado, nas horas boas e também em alguns momentos difíceis, mas sempre com palavras de incentivo. “Você não vai desistir”! Deram-me forças, carinho, palavras amigas, conselheiras; sempre falavam: “Marines, tenho muito orgulho de você, de onde veio e onde você está!”. Então, eu hoje só tenho que agradecer a todas essas pessoas, vocês sabem o quanto essa estrada foi árdua e quantos obstáculos enfrentei para chegarmos ao fim. Essa alegria e emoção que me tomam nesse momento são indescritíveis, mas essa vitória só foi possível com

o apoio de dois pilares: minha família, o amor das minhas amigas que me fizeram resistir.

Karen, obrigada por fazer parte disso tudo, pelo carinho, sempre falando: “Você é uma grande mulher guerreira!”.

Arlene, por eu fazer parte da sua família, obrigada pelo carinho, e também por fazer parte desse grupo.

Isabelle, por estar sempre do meu lado. Não tinha sol e nem chuva, para oferecer seu melhor. Obrigada, Belle.

Ana Cláudia, por fazer parte de toda minha história.

Obrigada, amigas, vou levar vocês para sempre juntas na minha bagagem.

Nosso Orientador, Diego Rivas. Algumas pessoas marcam a nossa vida, deixam mensagens que nunca se apagam das nossas mentes, que se tornam aprendizados que levamos para sempre conosco. E nem sempre é por meio das palavras que aprendemos. Ética, generosidade, amizade e humildade são atitudes e qualidades que se veem nas ações, e que ficam de exemplo e inspiração. obrigada por tudo!

Professora Érica. Há pessoas que marcam a nossa vida, que despertam algo especial em nós, que abrem nossos olhos de modo irreversível e transformam a nossa maneira de ver o mundo. Você foi uma dessas pessoas. Obrigada pelo carinho e dedicação!

Professora Vanielle. Você é uma boa profissional com um grande coração, que vai sempre além das suas obrigações e se torna também uma amiga. Uma verdadeira professora não é apenas aquela que ensina sobre determinado assunto. Ser professor é também ser um guia e um amigo que está disponível para todas as dificuldades dos seus alunos. Obrigada pelo carinho e dedicação!

Por isso, caras amigas, esse meu agradecimento especial e de coração a todas vocês.

Marinês Trindade de Paula

RESUMO

O presente trabalho monográfico surgiu a partir da inquietação de algumas autoras deste estudo, cujas indagações são oriundas das experiências empíricas advindas do estágio em Serviço Social realizado na Maternidade Municipal Mariana Bulhões, localizada no município de Nova Iguaçu. Neste espaço sócio ocupacional, o aumento do número de gestantes e puérperas infectadas pela sífilis despertou o interesse em entender quais os fatores que estão atrelados a essa significativa incidência e qual o trabalho realizado pela equipe de Serviço Social desta unidade de saúde, frente a esta questão. A pesquisa em tela apresenta como um dos objetivos compreender qual a importância do trabalho realizado pelas Assistentes Sociais da Maternidade Municipal Mariana Bulhões, junto às gestantes e às puérperas atendidas nesta unidade de saúde com o quadro de sífilis. Para atender aos objetivos deste estudo, realizaram-se entrevistas com as três assistentes sociais que atuam nesta instituição. Para fundamentar a análise, a pesquisa debruça-se sobre as seguintes questões: observa-se como ocorre a prevenção e o tratamento da sífilis; apresentam-se dados estatísticos acerca do número de pessoas infectadas pela sífilis a nível regional e Brasil; busca-se também apreender a sífilis como uma expressão da questão social, fruto das desigualdades da sociedade capitalista moderna; aborda-se o conceito de família na contemporaneidade; realiza-se um resgate da trajetória da Política de Saúde no Brasil, perpassando pela saúde da mulher e contemplando a atuação da Assistente Social nessa política social setorial. A metodologia adotada por essa pesquisa apresenta um caráter exploratório e bibliográfico, com abordagem qualitativa. Destaca-se a importância dos Assistentes Sociais em se apropriarem do objeto desta pesquisa, visando reflexões que possam resultar em intervenções que viabilizem os direitos dos usuários.

Palavras-chave: Serviço Social; Questão Social; Sífilis; Mulher; Saúde.

ABSTRACT

This monographic work emerged from the consultation of some authors of this study, whose questions come from the advanced empirical experiences of the internship in Social Work held at the Mariana Bulhões Municipal Maternity, located in the municipality of Nova Iguaçu. In this occupational social space, the increase in the number of pregnant women and postpartum women infected by alarm or interest in understanding what are the factors that are related to this incidence and what is the work done by the social service team of this health area, facing this issue. A research on screen presents as one of the objectives to understand what is the importance of the work done by the social workers of the municipal maternity Mariana Bulhões, with pregnant women and mothers in sessions in this health unit with syphilis. To meet the objectives of this study, with three social workers who work in this institution. To support this analysis, research on the following questions: how does the prevention and treatment of syphilis occur; presents statistical data on the number of people infected by regional and Brazilian level; It is also sought to apprehend syphilis as an expression of the social question, the fruit of the inequalities of modern capitalist society; the concept of family in contemporary times was approached; carried out a rescue of the trajectory of the Health Policy in Brazil, passing through the women's health and contemplating a Social Worker performance in this sectoral social policy. The methodology adopted by this research has an exploratory and bibliographic character, with a qualitative approach. We emphasize the importance of Social Workers in appropriating the object of this research, using reflexes that can be used to enable the rights of users.

Keywords: Social Work; Social Issues; Syphilis; Women; Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Taxa de detecção de sífilis adquirida, em gestantes e congênita no Brasil, no período de 2010 a 2017 **34**

Figura 2 Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2017 **35**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Casos confirmados de Sífilis no Estado do Rio de Janeiro	35
Tabela 2 Casos confirmados de Sífilis no Município de Nova Iguaçu	36

LISTA DE SIGLAS

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome

APS - Atenção Primária de Saúde

CAD - Centro de Acolhimento ao Deficiente

CAPs - Caixa de Aposentadoria e Pensões

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CGBP - Casa da Gestante, Bebê e Puérpera

CISBAF - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense

CMS - Centro Médico Sanitário

CONEP - Conselho Nacional de Saúde

CRBM - Centro de Referência Parteira Mariana Bulhões

CS - Centro Sanitário

DIU - Dispositivo Intrauterino

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

DST - Doença Sexualmente Transmissível

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

EUA – Estados Unidos da América

FENIG - Fundação Educacional Cultural de Nova Iguaçu

HIV - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IAPS - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia

IDEB - Índice de Desenvolvimento de Educação Básica

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

MS - Ministério da Saúde

OAPS - Observatório de Análise Política e Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização da Nações Unidas
PAISM - Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher
PNAS - Política Nacional de Assistência Social
PNUD - Programa das Nações Unidas
PS - Promoção a Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD - Tratamento Fora do Domicílio
TV - Televisão
TV- Transmissão Vertical
UBS - Unidade Básica de Saúde
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNIABEU - Associação Brasileira de Ensino Universitário
UNIGRANRIO - Universidade do Grande Rio
UNIG - Universidade Iguaçu
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
USF - Unidade de Saúde da Família
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
1 CAPÍTULO 1: A construção do objeto de pesquisa.....	23
1.1 O surgimento do problema de pesquisa e as hipóteses iniciais.....	23
1.2 Relevância acadêmica, institucional, social e profissional do estudo.....	24
1.3 Os objetos do estudo e os procedimentos metodológicos adotados.....	26
2 CAPÍTULO 2: O aumento dos casos de sífilis em gestantes e puérperas na unidade materno infantil Mariana Bulhões.....	30
2.1 Infecção Sexualmente Transmissível-- Sífilis.....	30
2.2 Dados estatísticos: Brasil e município de Nova Iguaçu.....	34
2.3 A categoria questão social e suas expressões e as relações estabelecidas ao objeto de estudo.....	37
2.4 Conceito de família na contemporaneidade.....	43
2.5 Um breve histórico da política de saúde no Brasil: de 1900 até os dias atuais.....	47
2.6 Saúde da mulher: questões de gênero.....	53
2.7 A atuação do assistente social na saúde.....	63
2.8 A Maternidade Municipal Mariana Bulhões: uma reflexão sobre o campo empírico da pesquisa.....	67
3 CAPÍTULO 3: Pesquisa de campo: O Debruçamento sobre a intervenção do Serviço Social no campo empírico.....	73
3.1 Aproximação com o campo empírico da pesquisa.....	73
3.2 Eixo I: Os fatores que levam ao grande número de gestantes e puérperas infectadas pela sífilis na percepção das assistentes sociais que atuam na Maternidade Mariana Bulhões.....	74
3.3 Eixo II: Os motivos que levam determinadas gestantes e puérperas a relutar em permanecer na Maternidade para o tratamento da sífilis.....	78
3.4 Eixo III: A intervenção do Serviço Social junto às puérperas e gestantes infectadas pela sífilis.....	81
3.5 Eixo IV: As dificuldades enfrentadas pela equipe de Serviço Social na intervenção junto às puérperas e gestantes infectadas pela sífilis.....	84
3.6 Eixo V: Às ações que poderiam ser implementadas pelo Poder Público, para prevenir o quadro acentuado de sífilis.....	87
3.7 A contribuição do Serviço Social para a questão estudada.....	90

3.8 As três dimensões do saber e fazer profissional.....	93
3.9 A contribuição das autoras a partir da dimensão investigativa das assistentes sociais frente ao estudo realizado.....	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
ANEXO - MODELO DE TCLE.....	110
APÊNDICE: ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	111

INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta como título: A atuação do Serviço Social na Maternidade Municipal Mariana Bulhões: uma reflexão acerca do trabalho realizado junto às gestantes e puérperas atendidas nessa Unidade de Saúde com o quadro de sífilis, e expõe como recorte de investigação a Maternidade Municipal Mariana Bulhões, localizada na cidade de Nova Iguaçu.

O presente Trabalho está constituído em três capítulos distintos:

No capítulo I, fala-se acerca do problema de pesquisa referente a este trabalho, que surge a partir da observação participante de duas das autoras inseridas em estágio na área de Serviço Social realizado na Maternidade Municipal Mariana Bulhões ao notarem a constância nas demandas oriundas de gestantes e puérperas (genitoras) infectadas pela sífilis, IST (Infecção Sexualmente Transmissível).

Na apresentação do problema de pesquisa, evidenciam-se informações sobre a sífilis, como a prevenção, quais os sintomas e as formas de tratamento. É importante enfatizar que este estudo será de grande relevância acadêmica, tanto para o equipamento de saúde, como para novos pesquisadores, para fomento de discussões, além de servir como base para elaboração de políticas públicas e sociais.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a intervenção da assistente social frente ao aumento dos casos de sífilis na Maternidade Mariana Bulhões. Para tanto, elencamos cinco pontos a serem investigados, que são: os fatores que levam ao grande número de gestantes e puérperas infectadas pela sífilis; os motivos que levam as gestantes e puérperas a permanecerem para o tratamento da sífilis; como se dá a intervenção do Serviço Social nessa questão; as dificuldades enfrentadas pela equipe de Serviço Social e ações que poderiam ser implementadas pelo poder público para prevenir o quadro acentuado de sífilis. Quanto à metodologia deste estudo, de caráter exploratório, adotou-se a pesquisa bibliográfica, realizada por meio de consulta a artigos acadêmicos e livros com conteúdos que subsidiaram nossas discussões e reflexões, e a pesquisa qualitativa, feita a partir dos dados coletados com as entrevistas realizadas com as Assistentes Sociais inseridas nessa Unidade de Saúde.

Com relação à hipótese, esta foi gerada a partir da observação das estagiárias, autoras dessa pesquisa, referente a incidência e a permanência de gestantes e puérperas em tratamento infectadas pela sífilis. Diante dos fatos, foi identificado que há uma possível falta de informação dessas mulheres sobre o processo da enfermidade, o que será discorrido nesse estudo.

No capítulo II, evidencia-se o referencial teórico que debruça de forma mais explanada sobre a sífilis, fases da doença, possíveis agravos e o crescimento da IST (Infecção Sexualmente Transmissível), através de dados estatísticos e sua estreita relação com as expressões da questão social. Também, será abordado o conceito de família, sua importância e as novas configurações na contemporaneidade. Além disso, far-se-á um breve histórico sobre a saúde da mulher do século XIX até a atualidade, abordando as políticas de saúde destinadas à mulher pelo Sistema Único de Saúde.

Enfatiza-se nesse capítulo, também, a importância da atuação das assistentes sociais na área de saúde, área na qual os profissionais atuam oportunizando o acesso para a viabilização da garantia dos direitos. Ademais, decorrente da reflexão sobre o campo empírico da pesquisa, há um breve relato da trajetória da Maternidade Municipal Mariana Bulhões, sua política, os serviços proporcionados, sua estrutura física, localização e alguns dados sobre o Município de Nova Iguaçu, onde a instituição está localizada.

O capítulo III é contemplado com o relato sobre o processo de viabilização para a coleta de dados para essa pesquisa no campo empírico. Nesse contexto, discorre-se sobre os momentos que antecederam a entrevista, com toda uma logística para a sua realização e com muita expectativa por parte das autoras, em busca de dados para incorporar a esse estudo.

Ainda, serão observados, através de trechos das entrevistas realizadas com as assistentes sociais, os fatores que levam ao grande número de gestantes e puérperas infectadas pela sífilis, na percepção das assistentes sociais que atuam na Maternidade Municipal Mariana Bulhões. Serão relatados os motivos que levam determinadas gestantes e puérperas a relutar em permanecer na Maternidade Municipal Mariana Bulhões, e como é realizada a intervenção do Serviço Social junto às gestantes e puérperas infectadas pela sífilis nessa Unidade de Saúde.

Contemplam-se, nesta composição, as dificuldades enfrentadas pela equipe de Serviço Social na intervenção junto às gestantes e puérperas infectadas pela

sífilis, pois devido à dificuldade que algumas encontram em compreender a importância do tratamento, existem outras questões, que serão citadas, que contribuem para essa resistência. A seguir, discorrer-se-á sobre as ações que poderiam ser implementadas pelo poder público para prevenir o quadro acentuado de sífilis. Nesse contexto, uma das assistentes sociais entrevistadas explanou sobre a precarização que hoje está presente significativamente nos equipamentos de saúde, e apontou ações para que os usuários tenham melhor conhecimento e conscientização sobre a sífilis.

Este capítulo aborda, também, a contribuição do Serviço Social para a questão estudada, que propiciou às autoras conhecer um pouco da atuação do assistente social inserido no equipamento de saúde, bem como são realizadas as intervenções e a instrumentalidade que são citadas neste tópico. Convém citar as três dimensões do saber e fazer profissional do assistente social: teórica-metodológica; ético-política e técnico-operativa, para melhor compreensão do fenômeno pesquisado elucidadas no decorrer deste capítulo.

Para finalizar, urge mencionar a contribuição das autoras dessa pesquisa, enfatizando a importância da dimensão investigativa do Serviço Social, frente ao estudo realizado, que trouxe elementos que podem ser aplicados de forma eficiente não só na Maternidade Municipal Mariana Bulhões, mas em outros espaços públicos ou privados, com projetos de educação em saúde, citados no decorrer desse item que possam ser desenvolvidos com o acolhimento dos usuários infectados pela sífilis.

CAPÍTULO 1- A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

1.1 O surgimento do problema de pesquisa e as hipóteses iniciais

Este Trabalho de Conclusão de Curso busca apresentar uma abordagem sobre a sífilis: os seus sintomas, como ocorre a prevenção e o tratamento, visando produzir um estudo mais aprofundado acerca da temática. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), no Brasil, nos últimos cinco anos, observou-se um crescimento de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida.

Em comparação ao ano de 2016, observou-se aumento de 28,5% na taxa de detecção em gestantes, 16,4% na incidência de sífilis congênita e 31,8% na incidência de sífilis adquirida.

A taxa de detecção da sífilis adquirida no Brasil passou de 44,1/100 mil habitantes em 2016 para 58,1 casos para cada 100 mil habitantes em 2017. (NAÇÕES UNIDAS, 2018).

Esses números elevados podem ser atribuídos aos seguintes fatores: aumento da cobertura de testagem, ou seja, os dados verificados até então eram subnotificados. Também pode ter ocorrido uma redução do uso de preservativos. Outro fator que deve ser considerado é o desabastecimento mundial de penicilina em grande escala no ano de 2014.

A partir da observação participante vivenciada no campo de estágio em Serviço Social, por duas das autoras desta pesquisa, notou-se o aumento da demanda para o Serviço Social da Maternidade Municipal Mariana Bulhões de casos referente a sífilis. Nestes casos, as assistentes sociais realizam a intervenção e orientam a puérpera (genitora) quando o recém-nascido está em tratamento com antibiótico para combater a sífilis e ela se mostra resistente em permanecer na Instituição de Saúde. A usuária é orientada dos agravos que poderão ocorrer com o recém-nascido em decorrência da IST (sífilis) como: cegueira, perda da audição,

problema na fala, podendo afetar a parte motora e atingir até o cérebro causando a neurosífilis, e até levando ao óbito. Após citar o que poderá ocorrer com o recém-nascido, as assistentes sociais orientam as responsáveis quanto à sua responsabilidade em não conceder o direito à saúde e a vida para seu filho, direito este que consta no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Constituição Federal do Brasil, de 1988.

Caso as assistentes sociais não consigam reverter a saída da paciente a revelia, às profissionais informam que o caso será notificado ao Conselho Tutelar e terá que retornar a Maternidade Mariana Bulhões para dar continuidade ao tratamento do recém-nascido. Quando é a puérpera que está infectada, e a mesma mostra resistência em permanecer, também são esclarecidos os riscos de negar-se aos cuidados médicos, que poderá resultar em agravos na saúde no decorrer de sua vida, causados pela sífilis.

A demanda para o Serviço Social atrelada a sífilis surge quando a equipe médica solicita a intervenção do profissional, enquanto a resistência em permanecer com dez dias em tratamento, pois há vários fatores que incidem na continuidade para se submeter ao tratamento para a infecção. Em virtude das inquietações dessas autoras, provenientes de tais observações suscitadas durante o estágio nesta Unidade de Saúde e também pelo alto índice de bebês infectados com sífilis, surgiu o interesse de compreender sobre este assunto de forma mais aprofundada.

O surgimento deste problema de pesquisa foi formulado pelas autoras deste estudo, tendo em vista o significativo aumento nas demandas atreladas a sífilis, nas unidades de saúde, principalmente na Maternidade Municipal Mariana Bulhões, campo de estágio de duas das autoras deste estudo, mas com a continuidade das observações, foi constatada a verídica incidência com índices de casos de sífilis em recém-nascidos, puérperas e gestantes, o que pode causar danos a mãe e ao recém-nascido, resultando em sequelas irreversíveis e até em óbito.

Considerando as reincidências nos casos de sífilis e todas as expressões da questão social que poderiam estar embutidas no relato de cada usuária, optou-se por esboçar e dar prosseguimento neste estudo.

1.2 Relevância acadêmica, institucional, social e profissional do estudo

A relevância acadêmica deste estudo atribui-se à necessidade de compreender o olhar e a intervenção do Serviço Social da Maternidade Municipal Mariana Bulhões, diante da incidência por parte das gestantes e puérperas (genitoras) infectadas por sífilis e outras IST (infecção sexualmente transmissível), internadas nesta Unidade de Saúde.

O conteúdo dessa pesquisa é fundamental para o universo acadêmico, pois servirá como fonte de pesquisa para novos pesquisadores e estudiosos instigados por respostas ou maiores informações para as suas indagações, no que tange essa temática.

As novas descobertas e propostas que surgem com o resultado dessa pesquisa serão de grande destaque para a academia, no sentido de fomentar discussões e propiciar debates pertinentes, além de servirem como base para a elaboração de políticas públicas e sociais. As pesquisadoras deixam como legado este estudo para que outros pesquisadores possam acessar e trazer para o mundo acadêmico novas contribuições.

Tendo em vista que no campo de estágio Maternidade Municipal Mariana Bulhões a incidência de casos de sífilis e infecção sexualmente transmissível encontram-se elevadas, conforme destacado no início deste trabalho, a relevância institucional dessa pesquisa é um ponto central. Além disso, não há registro acadêmico no âmbito do Serviço Social e de outras áreas do saber sobre a temática dentro desse campo empírico, suscitando o desejo de desenvolver essa pesquisa, cujo tema é inédito neste espaço escolhido.

Esse estudo é precursor, portanto, de grande relevância tanto para o Serviço Social, quanto para a Unidade de Saúde. Importante frisar que a Maternidade Municipal Mariana Bulhões terá uma cópia desta produção científica, que ficará à disposição e servirá como fonte de pesquisa para contribuir com novos estagiários desse espaço, equipe multidisciplinar ou a quem tiver interesse pela produção. Através dessa pesquisa, novas condutas poderão ser geradas na intervenção junto às usuárias que apresentarem quadro de sífilis.

Faz-se necessário que o poder público promova e aprimore campanhas mais eficazes de prevenção à sífilis, não podendo ignorá-la, pois os riscos e possíveis sequelas deixadas pela doença são fatores que suscitam questionamentos e geram preocupação em grande parcela da sociedade. Destacamos, assim, a relevância social deste estudo, que visa contribuir de alguma forma para agregar conhecimento,

esclarecimento e conscientização junto à sociedade, levando conhecimento, esclarecimento e conscientização.

1.3 Os objetivos do estudo e os procedimentos metodológicos adotados

No estudo em tela, buscou-se contemplar no objetivo geral uma análise sobre a importância do trabalho realizado pelas assistentes sociais da Maternidade Municipal Mariana Bulhões junto às gestantes e às puérperas atendidas nesta unidade de saúde com o quadro de sífilis. Elencaram-se, também, cinco objetivos específicos: identificar os fatores que levam ao grande número de gestantes e puérperas infectadas pela sífilis atendidas na Maternidade Municipal Mariana Bulhões, na percepção das assistentes sociais que atuam nesta unidade de saúde; apreender os motivos que levam determinadas gestantes e puérperas a relutar em permanecer na Maternidade Municipal Mariana Bulhões para o tratamento da sífilis; reconhecer as ações realizadas pela equipe de Serviço Social da Maternidade Municipal Mariana Bulhões junto às puérperas e gestantes infectadas pela sífilis acerca da conscientização sobre os riscos da doença e as formas de tratamento; investigar as dificuldades enfrentadas pela equipe de Serviço Social da Maternidade Municipal Mariana Bulhões nas intervenções junto às puérperas e gestantes infectadas pela sífilis; conhecer as ações que poderiam ser implementadas pelo poder público para prevenir o quadro acentuado de sífilis.

De acordo com Minayo (1993), metodologia é a trajetória percorrida em um estudo para obtenção de um objetivo proposto. A partir da reflexão do pesquisador, instrumentos e procedimentos são determinados previamente e colocados em prática no processo da pesquisa científica. Tendo também como captação de dados o espaço institucional, este estudo possui, além de outros tipos, a pesquisa de campo. Minayo (1993) cita a importância do trabalho de campo que, ao enriquecer a investigação com novos fatos e descobertas, contribui para que novos caminhos sejam traçados para obtenção de mais dados referentes ao estudo.

O estudo tem como respaldo a teoria social crítica de Marx, fundamentada no entendimento da realidade da coletividade de forma crítica, analisando os fenômenos na sua totalidade, na sua historicidade, trabalhando as contradições existentes na

sociedade capitalista. A linha teórica de Marx permitiu que as autoras deste estudo atingissem a essência do seu objeto de pesquisa, não se detendo apenas ao que está posto.

É relevante, ainda, explicitar o conceito de pesquisa que, segundo Gil (2008), é definido como o desenvolvimento de um estudo realizado com critérios e normas previamente estabelecidas e uma sistematização para que seja denominado um método científico. De acordo com Gil (2008), as pesquisas sociais diferem umas das outras nos procedimentos e objetividades, devido a esses diferenciais; não há modelo que possua eficiência de abrangência para contemplar o desenvolvimento sistêmico das fases da pesquisa que seja eficaz para qualquer estudo. Tornando-se necessário definir o tipo de pesquisa para que a conduta traçada obtenha os objetivos propostos, utilizar-se-á, neste estudo, tipos diversos de pesquisa para que se alcance conteúdo para análise.

De acordo com Gil (2008), pesquisa exploratória é a que objetiva incrementar e elucidar as informações captadas através de diversos materiais disponíveis que abordam o tema investigado para maior aprofundamento. A pesquisa bibliográfica, por sua vez, é constituída de artigos, livros, que abordam o tema da discussão do estudo a que se propõe. A pesquisa bibliográfica é de suma importância devido a contribuição significativa de conteúdos para enriquecer e fundamentar os dados captados no campo empírico.

As autoras utilizaram a entrevista, que é a técnica utilizada pelo entrevistador para colher informações, dados, esclarecimentos que possam ser úteis ao estudo. Conforme cita Gil (2008), na entrevista ocorre a interação do coletor de dados e a fonte fornecedora, sendo essa técnica mais usual nas Ciências Sociais e considerada por muitos autores de grande eficácia no processo investigativo

Assim sendo, neste estudo foi utilizada a técnica de entrevista com as assistentes sociais lotadas na Maternidade Mariana Bulhões, com o objetivo de identificar fatores, apreender motivos, reconhecer ações, investigar dificuldades e compreender ações. Nesse sentido, devido a essas indagações, define-se este estudo como uma pesquisa de cunho qualitativo, de acordo com Minayo (1993).

Minayo (1993) cita que a pesquisa qualitativa possui um diferencial que é trabalhar com o universo que faz parte do indivíduo, abrangendo seus valores, crenças, atitudes que não se permite exemplificar nem quantificar. Ao utilizar a

técnica da entrevista, há uma interação com o outro, propiciando, dessa forma, o aprofundamento no mundo dos significados, tornando a pesquisa qualitativa.

O universo da pesquisa é composto por três (3) assistentes sociais que atuam na Maternidade Mariana Bulhões, localizada no município de Nova Iguaçu. A totalidade do universo da pesquisa foi alcançada na coleta de dados. No tocante aos instrumentos e procedimentos, Gil (2008) ensina que “instrumento” faz parte das ferramentas utilizadas em um estudo de pesquisa, e “procedimentos” é a forma como se emprega os instrumentos contemplados. Neste estudo, elencaram-se os seguintes instrumentos que fazem parte desse processo: a observação participante, momento em que o observador interage passando a fazer parte de um grupo ou de uma circunstância utilizando a técnica da observação participante.

Foi realizada a análise documental que, de acordo com Gil (2008), é o processo que objetiva, após coletar os dados, selecioná-los e organizá-los para obtenção de respostas para as indagações referentes à pesquisa, momento esse de reflexão, análise e interpretação dos dados. A entrevista, por seu turno, é um instrumento de procedimento para coletar dados, que será utilizado na investigação do estudo. A entrevista teve o formato semi estrutural, cuja opção possibilitou conciliar as perguntas abertas e fechadas, contribuindo para que o tema proposto seja percorrido e o direcionamento realizado pelo entrevistador seja propício para que atinja os objetivos almejados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é o documento no qual deverá ser:

explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar. (Resolução do Conselho Nacional da Saúde nº 466, de 12 de Dezembro de 2012)

A obrigatoriedade de utilizar o TCLE neste consiste em se tratar de pesquisa que envolverá seres humanos, tornando-se imprescindível ser cadastrada na Plataforma Brasil, que será direcionada para o Comitê de Ética e Pesquisa de alguma Instituição que irá ler e verificar se o trabalho atende todos os critérios metodológicos de um trabalho ético. Sendo deferido por cumprir as exigências postas, é autorizada a pesquisa com humanos.

Na pesquisa, o TCLE possibilitou a quem participou das entrevistas esclarecimentos sobre a pesquisa realizada, seus riscos e benefícios. Com isso todas as entrevistadas ficaram cientes de tudo e assinaram o TCLE.

A Plataforma Brasil é um sistema eletrônico criado pelo Governo Federal para sistematizar o recebimento dos projetos de pesquisa que envolvam seres humanos nos Comitês de Ética em todo o país. Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios, desde sua submissão até a aprovação final pelo CEP e pela CONEP, quando necessário, possibilitando inclusive o acompanhamento da fase de campo, o envio de relatórios parciais e dos relatórios finais das pesquisas (quando concluídas).

Por se tratar de pesquisa com seres humanos e também junto ao Sistema Único de Saúde, submetemos o trabalho a Plataforma Brasil, no dia 28/08/2019. Havendo a aprovação pelo Comitê de Ética, iniciaram-se as pesquisa de campo.

CAPÍTULO 2- O aumento de casos da sífilis em gestantes e puérperas na unidade materno infantil Mariana Bulhões

2.1 Infecção Sexualmente Transmissível - Sífilis

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), infecto-contagiosa, transmitida pela bactéria *Treponema pallidum*, que se desenvolve e se apresenta em sua forma primária e, devido à ausência do tratamento adequado, pode desencadear as formas mais graves da patologia (RODRIGUES FILHO; COSTA; LENO, 1994, SARACENI E MIRANDA, 2012). No ano de 1906, os estudiosos Wassermann e Neisser descobriram o diagnóstico sorológico dessa doença. Em 1928, Alexander Fleming descobriu a penicilina, fármaco usado no tratamento dessa IST, e, no ano de 1943, Arnold e Harris verificaram a eficiência deste fármaco (BRASIL, 2010; GRIEBLER, 2009, SARACENI E MIRANDA, 2012). Mesmo com a redução da prevalência desta infecção, após a descoberta da penicilina nos anos de 1940, percebeu-se, na década de 1960 e nos anos de 1980 e 1990, um aumento significativo no número de casos de sífilis no Brasil e no mundo, especificamente em sua forma congênita (FIGUEIREDO-FILHO, 2007); SARACENI E MIRANDA, 2012; ARAÚJO et al, 2011).

Nas gestantes, a sífilis pode provocar a morte do neonato ou a morte intraútero. Dentre os sintomas apresentados pelo feto, pode-se destacar o baixo peso, rinite com coriza sanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, choro ao manuseio, hepatoesplenomegalia, alterações respiratórias (pneumonia), icterícia, anemia severa, ascite e lesões cutâneas (na palma da mão e no pé) (BRASIL, 2010; ARAÚJO et al, 2011).

A sífilis é classificada de acordo com o seu estágio de infecção, apresentando as seguintes tipologias:

- a) Sífilis Primária: este tipo de sífilis manifesta-se após um período de incubação (entre 10 e 90 dias), com uma média de 21 dias após o contato com o agente etiológico. Nesse período inicial, o usuário apresenta-se assintomático até o aparecimento do chamado "cancro duro" (PONALIGIO, FREIRE e MENDES, 2007; SÁ et al, 2010).

A obtenção do diagnóstico no homem é bem mais fácil, devido a lesão localizada no pênis do paciente, tornando-se assim fácil a sua visualização. Já na mulher, pelo fato de as lesões estarem localizadas no interior da vagina, apenas com o exame com um espéculo poderá ser realizada uma busca com maior precisão, fechando o diagnóstico (VICTOR et al, 2010; ARAÚJO, 2008). Esta lesão permanece por 4 a 6 semanas, desaparecendo espontaneamente; sendo assim, a pessoa infectada pode pensar erroneamente que está curada.

- b) Sífilis Secundária: apresenta-se como consequência da sífilis primária não tratada. É caracterizada por uma erupção cutânea que aparece de 1 a 6 meses (6 a 8 semanas) após a lesão primária ter desaparecido (ARAÚJO, et al, 2008). Entre os sintomas relatados, destacam-se: mal-estar, cefaleia, febre, prurido e hiporexia.
- c) Sífilis Latente: acontece quando o paciente não apresenta sintomas. Divide-se, pois, em sífilis latente recente (com menos de dois anos da doença), e sífilis latente tardia (com mais de dois anos de doença); pode haver uma variação na infecção, com aparecimento de sinais e sintomas, ocorrendo uma nova fase da sífilis, podendo ser secundária ou terciária.
- d) Sífilis Terciária: aparece, aproximadamente, um ano depois da infecção inicial, porém, há casos que levam cerca de 10 anos para se manifestar. Essa fase é caracterizada por formação de gomas sífilíticas, tumorações amolecidas na pele e nas mucosas; entretanto, há a possibilidade de aparecimento em qualquer parte do corpo, inclusive no sistema ósseo. As manifestações mais graves incluem neurosífilis e a sífilis cardiovascular. (PIRES et al, 2007).
- e) Sífilis congênita: ocorre com a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, quando é transmitida de mãe para filho no útero. Existe também a chamada transmissão direta, que acontece no momento do parto, quando há lesões nos genitais e também durante o aleitamento se houver lesões mamárias causadas pela sífilis (MANUAL SÍFILIS DE BOLSO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo De Lorenzi (2001), a sífilis tem sido considerada, historicamente, uma afecção possível de controle no âmbito da atenção básica. Portanto, é viável a condição de que todas as gestantes tenham acesso à assistência de saúde especializada através de medidas de caráter preventivo. Dentre muitas políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde (MS), pode-se encontrar a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PAISM), que se destaca por ser uma política articulada, voltada para a prestação de serviços à mulher.

O PAISM elabora e normatiza a atenção à saúde da mulher em todos os ciclos de sua vida, através de medidas de caráter preventivo com o intuito de minimizar a suscetibilidade da mesma aos agravos decorrentes do seu ciclo vital. O acompanhamento pré-natal é um dos métodos de promoção à saúde estabelecido pelo PAISM. Durante tal tratamento, é realizado o exame *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), indicado para detecção da sífilis, realizado no início da gestação e por volta da 28ª semana, isso com a finalidade de prevenção da transmissão vertical da patologia (BRASIL, 2010).

Em razão da condição prioritária atribuída à prevenção da transmissão vertical da sífilis, o Ministério da Saúde elaborou a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil, construção coletiva de associações de classe e várias áreas do Ministério da Saúde, para seu enfrentamento no Brasil. A agenda apresenta um rol de prioridades, com vistas à qualificação da atenção à saúde e ao compartilhamento de responsabilidades. Estabeleceram-se seis eixos de atuação: certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV; comunicação em saúde; educação permanente em saúde; qualificação das informações estratégicas; fortalecimento da parceria do MS com outros atores; ampliação dos comitês de investigação da transmissão vertical do HIV e da sífilis.

Mesmo com as medidas adotadas, a incidência de sífilis congênita continua crescendo no Brasil, porque tem que haver uma ação conjunta dos programas maternos infantis, programas de saúde da família e de agentes de saúde e os programas estaduais e municipais de DST e AIDS, organizações não governamentais, profissionais de saúde e a própria comunidade.

Para Di Lorenzi (2001), a descoberta para o tratamento da sífilis na década de 1940 diminuiu a incidência da infecção pelo *Treponema pallidum*. Com o passar das décadas, os estudos avançaram em um tratamento mais eficaz, acontecendo de maneira mais incisiva na década de 1960. Porém, na década de 1980, há um

aumento dos casos de sífilis congênita, de modo a atingir a população em geral, passando a ser um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (2016), ocorrem 357 milhões de casos de infecções sexualmente transmissíveis (IST) no mundo por ano, entre as quais, 12 milhões são de sífilis e, em 90% dos casos, acontece em países em desenvolvimento. Ainda de acordo com a OMS (2017), cerca de 937 mil de pessoas no Brasil contraem a infecção da sífilis por ano.

Desde o ano de 2014, o Ministério da Saúde constatou um aumento no número de casos de sífilis em gestantes. Tal aumento nos números se deu por conta dos testes feitos nos pré-natais (crescimento no número de diagnósticos), diminuição do uso de preservativo, o desabastecimento mundial de penicilina, entre outros fatores.

Segundo o Observatório de Análise Política e Saúde, o desabastecimento de penicilina benzatina, procaína e cristalina, contribui para o aumento no número de casos de sífilis no Brasil e no mundo, sendo que no Brasil atingiu cerca de 61% dos estados.

Como Rodrigues (2005) aponta em sua tese de Doutorado, com base em pesquisas realizadas, entre os fatores associados à prevalência da sífilis, pode-se citar o baixo nível socioeconômico, a ausência de adequado acompanhamento de pré-natal, ser HIV positivo, o uso de drogas ilícitas, histórico de natimorto anterior, múltiplos parceiros sexuais e a não abordagem do parceiro das mulheres com sorologia positiva para sífilis, com diagnóstico e tratamento deste, quando necessário.

O tratamento da sífilis deve ser feito com o uso do antibiótico penicilina. As doses do antibiótico serão mensuradas de acordo com a fase diagnosticada. Se for nas fases primária e secundária, a penicilina benzatina terá a dosagem de 2.400.000UI, sendo sua divisão em duas injeções, aplicada em cada um dos glúteos. Se for na fase latente indeterminada, a dose é de 7.200.000UI, sendo uma injeção por três semanas de 2.400.000UI. A gestante tratada deve ser acompanhada, pois há o risco de reinfecção; devido a isso é recomendado o VDRL mensal. Para eficácia do tratamento nas gestantes e puérperas, os companheiros também deverão receber orientações, ser avaliados, realizar coleta da sorologia e receber o tratamento de acordo com os estágios da sífilis.

Os testes não treponêmicos detectam anticorpos anticardiolipina, que não são específicos para o *Treponema pallidum*. Os testes treponêmicos, por sua vez, detectam anticorpos específicos para os antígenos do *T. pallidum* (FEBRASGO, 2017, s/p).

Falando sobre os testes sorológicos, convém que se faça mais de um teste, pois os testes não treponêmicos apresentam a ideia de falso por causa do efeito do prozona (FEBRASGO 2018).

No caso das gestantes, quanto mais rápido iniciar o tratamento, melhor será sua eficácia. O rastreamento nas gestantes deverá ser feito nas consultas de pré-natal para diagnosticar a sífilis congênita, a fim de evitar a transmissão vertical (de mãe para filho no útero), o aborto precoce, o parto prematuro, a morte perinatal e as sequelas causadas pela sífilis. O rastreio deve acontecer no início da gestação, por volta de 28 semanas, e na chegada à maternidade, antes do parto, pois, segundo a FEBRASGO (2015), cerca de 70% dos bebês contaminados não exibem sintomas (assintomáticos). Desde 2015, o Ministério da Saúde disponibiliza o rastreio para as gestantes.

Para prevenir as infecções sexualmente transmissíveis (IST's), é preciso o uso de preservativos nas relações sexuais. No caso da sífilis, é importante, como prevenção, a redução no número de parceiros sexuais, realização de exames VDRL antes da gravidez, tratamento durante a gestação e após. Como supracitado, é de suma importância que o companheiro também possa aderir ao tratamento, sendo ambos acompanhados pelo médico, para realização de testes VDRL de 3 meses, 6 meses e 12 meses após o tratamento, para comprovação da eficácia da doença.

2.2 Dados estatísticos: Brasil e município de Nova Iguaçu

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2015), a sífilis, Infecção Sexualmente Transmissível (IST), abrange mais de 12 milhões de pessoas no mundo e eliminá-la permanece sendo um desafio de ordem global, nos sistemas de saúde (OPAS BR, 2019).

Em 2016, no Brasil, a sífilis foi declarada como um sério problema de saúde pública e, como qualquer IST, seu combate faz parte dos principais instrumentos de gestão de estados, municípios e Distrito Federal (BRASIL, 2018).

Sua prevenção por via da Transmissão Vertical (TV), que é aquela que ocorre no decurso do período gestacional, está prevista como uma prioridade. Isso mostra que a vigilância, prevenção e controle da sífilis são executáveis, porém ainda há múltiplos entraves nesse entendimento (SERJ, 2018).

Desde 1992, o Brasil se comprometeu, junto a órgãos internacionais, a trabalhar para eliminar a sífilis congênita, e, segundo dados da Organização da Nações Unidas (ONU), o custo, em média, per capita não passa de 1,4 dólar (R\$ 5,74, hoje) para detectar os casos de sífilis ativa, enquanto para o tratamento das gestantes é de 29 dólares (R\$ 118,90) (BRASIL, 2018).

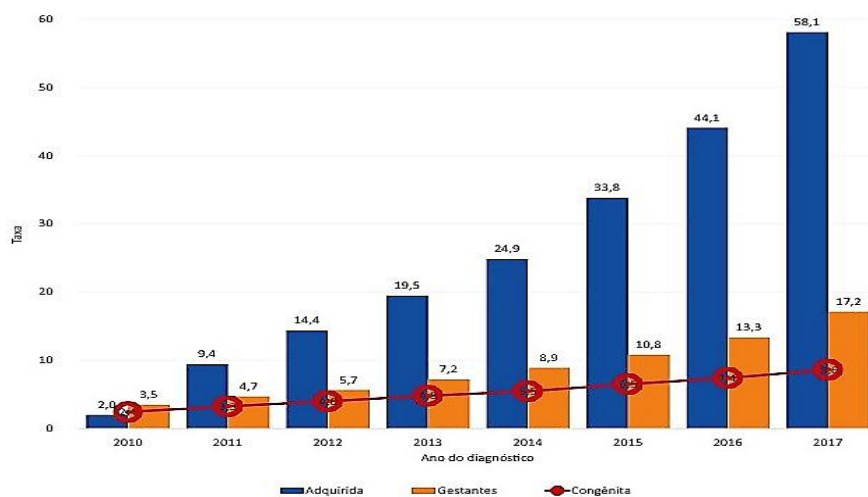
O boletim epidemiológico da sífilis do Ministério da Saúde (MS) também destaca que, em 2017, o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou mais de 11 milhões de reais com procedimentos relacionados às IST, envolvendo, inclusive, internações, dentre as quais estava diretamente relacionada a um grande número de casos de sífilis adquirida e congênita (DATASUS, 2018).

Em 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 119.800 casos de sífilis adquirida, em uma taxa de detecção de (58,1 casos/100 mil habitantes); 49.013 casos de sífilis em gestantes (17,2/1.000 nascidos vivos); 24.666 casos de sífilis congênita (8,6/1.000 nascidos vivos); 206 óbitos por sífilis congênita (7,2/100 mil nascidos vivos) (BRASIL, 2018).

Comparando com o ano de 2016, observa-se que houve um aumento de 28,5% de sífilis em gestantes; 16,4% de sífilis congênita; e 31,8% em sífilis adquirida.

A figura abaixo descreve a evolução das taxas de sífilis a partir de 2010 até 2017. Pode-se verificar que, nesse período, a taxa de incidência de sífilis congênita passou de 2,4 para 8,6 casos por mil nascidos vivos, e a taxa de detecção em gestantes aumentou de 3,5 para 17,2 casos por mil nascidos vivos. Já a sífilis adquirida, que é um agravo de notificação obrigatória desde 2010, teve sua taxa de detecção acrescida de 2,0 casos por 100 mil habitantes para 58,1 casos por 100 mil habitantes, no mesmo período (BRASIL, 2018).

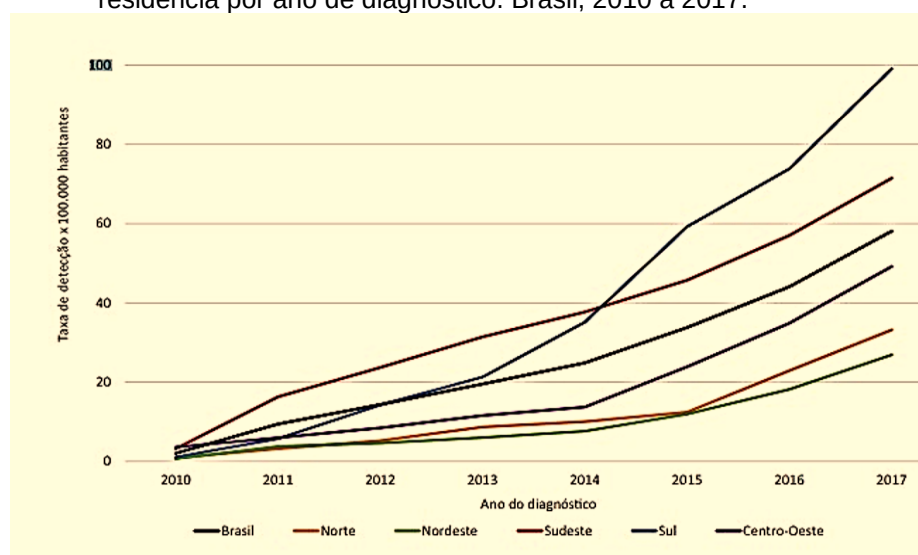
Figura 1: Taxa de detecção de sífilis adquirida, em gestantes e congênita no Brasil, no período de 2010 a 2017.



Fonte: BRASIL. MS, 2018.

Se observados na figura 2, os números da sífilis no Brasil por regiões, pode-se verificar que a região sudeste apresenta um grande crescimento, sendo a segunda região (vermelho) em aumento da incidência de sífilis, perdendo apenas para a região sul (azul).

Figura 2: Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2017.



Fonte: BRASIL. MS, 2018.

Com relação ao Estado do Rio de Janeiro, os números também são crescentes para o período de 2010 a 2018, tanto para os casos confirmados de sífilis em gestante, quanto para a sífilis congênita, como pode ser visto na tabela abaixo.

Tabela 1: Casos confirmados de Sífilis no Estado do Rio de Janeiro.
OS NÚMEROS DA SÍFILIS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Sífilis em Gestantes</i>	1.459	2.150	2.678	2.956	2.953	3.030	3.527	4.274	3.547
<i>Sífilis Congênita</i>	1.460	2.298	2.941	3.410	4.299	4.615	6.272	8.648	8.969

Fonte: DATASUS, 2018.

No Município de Nova Iguaçu, os números são crescentes (quase em uma constância) para os casos confirmados de sífilis em gestantes, mas os números apresentados para os casos de sífilis congênita são inconstantes, neste período, apresentando uma grande redução no ano de 2015, fechando 2018 com uma queda nos casos confirmados, com relação ao ano anterior, conforme tabela abaixo.

Tabela 2: Casos confirmados de Sífilis no Município de Nova Iguaçu.

OS NÚMEROS DA SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU									
Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Sífilis em Gestantes</i>	34	40	39	115	214	166	458	1.010	842
<i>Sífilis Congênita</i>	109	146	192	210	185	90	244	424	374

Fonte: DATASUS, 2018.

Para garantir o efetivo controle da sífilis, é preciso, em grande medida, que haja disposição e vontade política por parte dos gestores, a fim de colocar em prática uma movimentação em benefício da qualidade da atenção à gestante, assim como suas parcerias sexuais durante o pré-natal, além de promover uma mobilização nacional para ampliar o acesso ao diagnóstico da população geral e das populações mais atingidas, estabelecendo parcerias de base comunitária e vencendo os obstáculos, no que se refere à administração de benzilpenicilina benzatina na Atenção Básica (BRASIL, 2018).

2.3 A categoria questão social e suas expressões e as relações estabelecidas ao objeto de estudo.

A questão social tem a sua gênese no século XIX na Europa, estando ligada à miséria da classe trabalhadora, resultado da relação conflituosa entre capital e trabalho na sociedade capitalista. Essas desigualdades sociais surgem dentro do modo de produção capitalista quando a riqueza produzida pela classe trabalhadora é

fruto da exploração exercida pela classe burguesa. Para entender melhor o conceito de questão social tomamos como explicação Iamamoto:

A Questão Social pode ser definida como: o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais colectiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (1998, p.27)

Como principais consequências dessa situação, tem-se as péssimas condições de trabalho, longas jornadas, salários baixos, péssimas condições de moradia. Todavia, esse processo não está relacionado só às desigualdades, mas também ao conhecimento adquirido pela classe trabalhadora em relação à compressão de classe no contexto político, em que as classes operárias se organizam através da criação de sindicatos e partidos, buscando a luta pelos seus direitos.

Quando o pauperismo chega à níveis elevados, e a classe que vive do trabalho passa a reivindicar direitos e melhores condições de trabalho, apresentando um reconhecimento enquanto classe social, a burguesia, evidenciando o risco eminente ao modelo vigente, passa a tratar essas situações como “problemas sociais”, definição em que se culpabiliza os trabalhadores. Netto explica tal cenário em seu artigo:

se não era inédita a desigualdade entre as várias camadas sociais, se vinha muito de longe a polarização entre os ricos e os pobres, se era antiqüíssima a diferente apropriação e fruição dos bens sociais, era radicalmente nova a dinâmica da pobreza que então se generaliza. Pela primeira vez na história registrada, a 36 pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas. [...] Se, nas formas de sociedade precedentes à sociedade burguesa, a pobreza estava ligada a um quadro geral de escassez (quadro em larguíssima medida determinado pelo nível de desenvolvimento das forças produtivas materiais e sociais), agora ela se mostrava conectada a um quadro geral tendente a reduzir com força a situação da escassez. Numa palavra, a pobreza acentuada e generalizada no primeiro terço do século XIX – o pauperismo – aparecia como nova precisamente porque ela se produzia pelas mesmas condições que propiciavam os supostos, no plano imediato, da sua redução, e, no limite, da sua supressão. [...] A exploração não é um traço distintivo do regime do capital (sabe-se, de fato, que formas sociais assentadas na exploração precedem largamente a ordem burguesa) o que é distintivo desse regime é que a exploração se efetiva num marco de contradições e antagonismos que a tornam, [...] suprimível sem a supressão das condições nas quais se cria exponencialmente a riqueza social. Ou seja: a supressão da exploração do trabalho pelo capital, construída a ordem burguesa e altamente desenvolvidas as forças produtivas, não implica – bem ao contrário! – redução da produção de riquezas. [...] Na ordem burguesa constituída,

decorrem de uma escassez produzida socialmente, de uma escassez que resulta necessariamente da contradição entre as forças produtivas (crescentemente socializadas) e as relações de produção (que garantem a apropriação privada do excedente e a decisão privada da sua destinação). (NETTO, 2001, p. 42-43 & 46).

Devido à chegada da industrialização no Brasil, no final do século XIX, aumentaram as demandas, agravando assim as relações de trabalho entre burguesia e classe trabalhadora, gerando o aumento das expressões da questão social, e as desigualdades sociais ficaram mais evidentes. Sendo assim, em decorrência das marcas que o capitalismo traz ao longo do seu desenvolvimento, aumentaram as desigualdades sociais na relação entre capital e trabalho. De um lado, uma sociedade que convive com a revolução industrial, e, do outro lado, uma população miserável, convivendo com falta de saneamento, educação, transporte, moradias precárias, o desmantelamento dos direitos conquistados, a fome. Tudo favorece a divisão entre o econômico e o social, o mercado e os direitos, salientados por Cristina Duk (2006).

Neste novo cenário posto, a burguesia começou, através das Instituições religiosas e do Estado, a dar respostas à questão social; começou a naturalizar as condições de pobreza e pauperismo. A condição do pensamento conservador contará com as Igrejas, para naturalizar, moralizar e culpabilizar a classe trabalhadora. Como forte influência disto, temos como exemplo a Igreja Católica e a Carta Encíclica *Rerum Novarum*, do Papa Leão XIII, em 1891, que, além de culpabilizar e moralizar, fazia protesto conservador contra a ordem social vigente, para uma volta ao poder político e social da Igreja. É oportuno ressaltar, ainda, que a ação da burguesia não ficou restrita somente ao cunho religioso e moral, tendo forte influência nas ciências, pois com isso, a mesma teria como estratégia o ganho da hegemonia como classe social.

O objetivo, aqui, não é discutir as políticas sociais e nem fazer uma discussão sobre a origem e o desenvolvimento da profissão de Serviço Social. Porém, faz-se necessário, já que se trata de uma discussão inerente à questão social, dado seu caráter intrínseco, trazer a análise, sumariamente, tanto das políticas sociais, que nascem como resposta das múltiplas refrações da questão social, quanto da profissão de Serviço Social, que nasce como executora terminal destas políticas sociais (SANTOS, 2008).

O Serviço Social no Brasil passa pela influência, primeiramente, do Serviço Social Europeu e depois pelo o desenvolvido no norte da América. Assim, a profissão passa a ter uma formação confessional e o Serviço Social de caso (IAMAMOTO e CARVALHO, 2014).

Ressaltado por Iamamoto, na visão da Igreja, a “questão social antes de ser econômica-política, é uma questão moral e religiosa” (IAMAMOTO, 2012, p.18). A partir da década de 1930, a Igreja Católica tem a sua atuação, no que se refere à questão social, agindo de maneira caritativa, ajustando os indivíduos. Suas ações, pois, eram pautadas nas Encíclicas *Rerum Novarum* e *Quadragesimo Anno*. O Estado criou estratégias para manter a ordem, para isso tratou a questão social como caso de polícia, em que qualquer forma de protesto da classe trabalhadora era contida pela repressão policial. Na década de 1940, o movimento da classe operária aumentou, dificultando o controle do Estado e, foi nesse contexto histórico, que foi institucionalizada a profissão do Serviço Social, chamada pelo Estado para conter a classe trabalhadora. Convém lembrar que o Serviço Social tem a sua gênese no modo de produção capitalista através da Igreja Católica, no desenvolvimento da Ação Social e da Ação Católica, de acordo com Marilda e Carvalho (2001).

Conforme Josiane Santos (2008), a questão social deixa de ser um assunto desconhecido dentro do Serviço Social, e na década de 1980, essa temática é introduzida através de Iamamoto, com a sua obra Marxiana “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil”, que acaba aumentando o mercado de trabalho entre os assistentes sociais e outras profissões.

Na sua gênese, as políticas sociais tiveram ganhos em relação aos direitos adquiridos tais como:

O direito universal à saúde é dever do Estado, acabando com a discriminação existente entre segurado/não segurado, rural/urbano; - As ações e Serviços de Saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; - Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; - A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; - Proibição da comercialização de sangue e seus derivados (TEIXEIRA, 1989, p. 50- 51).

Contudo, na atual conjuntura, houve um retrocesso nas conquistas sociais, devido à implementação e o desenvolvimento do neoliberalismo, causando uma grande crise econômica e política que gerou medidas de cortes nas políticas sociais que foram conquistadas ao longo das duas últimas décadas (1980 e 1990), e principalmente no texto da Constituição Federal de 1988. Ocorreram grandes mudanças no mundo do trabalho, tornando o trabalho mais precarizado e gerando grande aumento do desemprego, ocasionando um crescimento no exército de reserva e também nas expressões da questão social.

É preciso compreender que as expressões da questão social são presenças constantes no campo de atuação do profissional do Serviço Social, causadas por todo esse processo de industrialização, modernização tecnológica, essa modernidade gesta uma escassez de postos de trabalhos, aumentando a competitividade, dando início ao crescimento da pobreza e exclusão social.

Nesse contexto de precarização, percebe-se as consequências na saúde da população, sendo assim, é imprescindível a atuação do profissional de Serviço Social, observando não somente as condições de vida dos usuários, mas também os fatores sociais que permeiam o cotidiano dos indivíduos. Ou seja, é preciso aliar esforços entre os diversos profissionais da área de saúde, conforme aponta os parâmetros para atuação dos assistentes sociais na política de saúde.

Relacionando a questão social junto a sífilis, compreende-se que a doença pode ser correlacionada à várias expressões da questão social, por isso é de suma importância trazer o tema para o debate. Nota-se que, apesar da sífilis ter sofrido alterações significativas quanto ao conhecimento do seu agente etiológico e o tratamento, ainda hoje se tem um elevado agravamento em questão da doença, trazendo demandas que traduzem grandes esforços, não só das áreas da saúde, mas também do Serviço Social. Na instituição de campo empírico da pesquisa, o Serviço Social em relação a sífilis, atua visando prestar informações e esclarecimento às gestantes e puérperas da importância em dar prosseguimento ao tratamento da sífilis e garantir aos recém nascidos acompanhamento no ambulatório de DST do hospital Geral de Nova Iguaçu.

Nesta reflexão acerca da questão social, é importante compreender as expressões da questão social que rodeiam a sífilis, e entender qual é o papel do assistente social dentro da maternidade, visando contribuir na discussão, produzindo

conhecimento e reflexão sobre a sífilis, em relação à saúde materno infantil. É uma área composta por desafios diários cabendo ao assistente social uma busca constante no aprimoramento do conhecimento.

A relação estabelecida entre capital e trabalho e a desigualdade posta como consequência desse aviltante sistema faz com que as problemáticas centrais ocupem o Serviço Social, como afirma Netto (2007). E é nessa desigualdade que se expressa a discussão da saúde, o desmonte das políticas sociais, a pobreza, o distanciamento entre ricos e pobres. O Serviço Social atual gesta-se no Movimento de Reconceituação, comprometido com a igualdade, quando se confronta com as desigualdades.

Sendo assim, a questão social se expressa na sífilis, pela desigualdade social, pela pobreza— já que estamos falando de um Hospital público— nas desregulamentações do Estado frente à seguridade social. Segundo Iamamoto (2011):

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resiste, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade (IAMAMOTO, 2011, p. 28).

A tentativa de amenizar o aumento das expressões da questão social, no Brasil, é feita de maneira ineficiente, porque as políticas públicas direcionadas ao campo da saúde tem mero caráter de visibilidade política, ou seja, há práticas de políticas meramente assistencialistas. É preciso aliar esforços neste cenário precário da saúde em que o assistencialismo impera, e, por conseguinte, as infecções sexualmente transmissíveis ganham proporções que eventualmente possam fugir do controle dos profissionais da saúde. Assim, é necessário aliar esforços na prevenção e promoção da saúde da mulher gestante, das puérperas e dos bebês, que ocasionalmente possam ficar com sequelas das ISTs, ou quando não venham a óbito, pelo tardio diagnóstico da mesmas.

O Serviço Social ganha corpo e desenvolvimento como profissão reconhecida da divisão social do trabalho, não como um mero expectador, mas ator das

demandas postas, pois é de extrema relevância a atuação no campo da saúde, porque o assistente social tem uma visão afetiva dos usuários e suas demandas, visto que as forças produtivas e as relações sociais exigem cada vez mais profissionais capacitados e qualificados na prestação dos serviços sociais inerentes às expressões da questão social.

A discussão em torno da política de saúde pública vem ao longo do tempo enfrentando grandes dificuldades para a construção e consolidação da Reforma Sanitária, causada pelas desigualdades do acesso à saúde da população, a falta de articulações com os movimentos sociais, avanços e recuos nas experiências de controle social, dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor e desafios de construção de práticas de integralidade enfatizados nos Parâmetros. Há também as novas roupagens da questão social devido às mudanças que acontecem entre o Estado e a sociedade brasileira, refletindo na economia, política e nas relações sociais. O Serviço Social também é acarretado por todas essas transformações, por essa razão é importante que haja um comprometimento com o Projeto Ético-político da profissão.

Em suma, as expressões da questão social estão correlacionadas a sífilis, quando se vê essa desigualdade ocasionada ao longo do tempo. Apesar das inúmeras ações criadas pelo Ministério da Saúde (MS), a sífilis ainda continua sendo um problema de saúde pública. O Estado exige, pois, ações mais eficazes e profissionais comprometidos em desenvolver ações relacionadas às práticas de saúde voltadas para a população de maneira que ela tenha acesso à informação e também à conscientização acerca dos agravos que a sífilis pode trazer para si, e também para o recém-nascido.

2.4 Conceito de família na contemporaneidade

A família é um elemento importante no processo de diagnóstico e acompanhamento dos casos de sífilis, uma vez que ela é base da sociedade, estando diretamente envolvida a expressão da questão social abordada ao longo do estudo. Isso porque nela estão contidos os indivíduos que serão muitas vezes atendidos por toda a equipe, inclusive pelo Serviço Social, como: a mãe (gestante); o

filho; o pai e outros familiares que acabam se envolvendo na problemática da situação.

No sentido jurídico, a família, é o grupo de pessoas, entre as quais participam relacionamentos de casamento ou de parentesco (consanguinidade, afinidade ou adoção) a qual a lei atribui algum efeito jurídico. A família é considerada como a unidade social básica, na qual o indivíduo é formado desde a infância para que na idade adulta se torne uma pessoa produtiva para a sociedade em que ele se desenvolve. Sendo assim, a organização familiar é protegida pelo Direito porque ela é mais antiga que o Direito e que o próprio Estado, como define Magali Moraes:

Não foi, portanto, nem o estado nem o Direito que criaram a família, pois foi esta que criou o Estado e o Direito, como sugere a famosa frase de Rui Barbosa: 'A pátria e a família amplificadas'. Como a primeira base da organização social, a família deve ser tutelada pelo ordenamento jurídico vigente (MORAES, 2014, s/p.).

Na verdade, a gênese da palavra família foi na Roma Antiga. Em latim, *famulus*, era o grupo de empregados de um senhor. Como na época era legal explorar o serviço escravo, o termo família era utilizado para a relação de pertencimento, não só do casal para com seus filhos, mas também para o senhor e seus escravos, os quais cobravam para o sustento do senhor e seus parentes (SANTANA, 2014).

A institucionalização da família moderna, baseada na união conjugal, deu-se baseada em uma cultura na qual se enfatizavam a privacidade, o amor materno e a criança, “fazendo da mulher a própria encarnação de tudo aquilo que a vida privada e familiar passou a significar no imaginário social” (VAITSMAN, 2001, p. 14).

Nesse contexto, a mulher foi segregada das formas de sociabilidade pública. Esse modo de vida impedia a igualdade de gêneros, assim como a conquista feminina da cidadania, porque a mulher estava subordinada legalmente ao marido, uma vez que essa união era indissolúvel e protegida pelo Direito. Assim, essa desigualdade entre homem e mulher, que se construiu baseada na dicotomia público x privado, assim como na divisão sexual do trabalho, constituiu-se como um campo fértil para a manifestação de conflitos conjugais.

Quando se redefine a divisão sexual do trabalho, a mulher passa a reivindicar a igualdade, e, com isso, a conquistar um espaço de atuação que lhe permite circular entre o público e o privado, dando-lhe a condição de ampliar suas aspirações e

desempenhar outros papéis que antes se limitavam ao casamento e aos filhos (VAITSMAN, 2001; PERROT, 1993).

Essas mudanças abalaram as relações familiares e o casamento perde sua indissolubilidade e esta instabilidade e insegurança gerou um grande número de divórcios. “O casamento e a família passaram a desfazer-se e refazer-se continuamente” (VAITSMAN, 2001, p. 16).

Com as separações, as famílias tiveram que se reorganizar. As mães tiveram que buscar seu sustento e de seus filhos, ingressando no mercado de trabalho. Do mesmo modo, a igualdade de gênero deu às mulheres a gerência sobre seus corpos. Com a difusão da pílula anticoncepcional, elas poderiam decidir também se e quando teriam seus filhos.

A sociedade muda e a constituição familiar muda junto com a sociedade. Assim, em 1988, a Constituição Federal deu prioridade à família colocando-a como base da sociedade, reconhecendo suas novas formas, constituindo novos valores sociais, partindo da valorização da pessoa humana e ainda garantindo o tratamento prioritário para as crianças e adolescentes, fundamentado na igualdade e dignidade da pessoa humana, como jamais havia ocorrido nas constituições anteriores (BRASIL, 1988). A este respeito, Rodrigues acrescenta que:

[...] o fim dessa discriminação contra a família assim formada ocorreu, em princípio, com a Constituição Federal de 1988, cujo art. 226, § 3º, proclama que a união estável entre o homem e a mulher representa uma entidade familiar, que está sob a proteção do Estado, independentemente de matrimônio. Adiante, no § 4º, do mesmo dispositivo constitucional, atribui-se igualmente a qualidade de entidade familiar à comunidade constituída por um dos pais e seus descendentes (2004, p. 13-14).

Hoje, quando se fala em família, imagina-se, a princípio, “o conjunto de pessoas que possuem grau de parentesco entre si e que convivem na mesma casa formando um lar, normalmente é formada pelo pai e mãe, unidos pelo casamento ou união de fato, e por um ou mais filhos, compondo dessa forma uma família nuclear ou elementar” (SANTANA, 2014). Comprovando essa perspectiva Welter define que:

A família passou a ser estabelecida pelo casamento, união estável ou pela comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes, denominada família monoparental, nuclear, pós nuclear, unilinear ou sociológica, buscando o ideal da felicidade, do desvelo, do carinho e da comunhão plena de vida e de afeto (2004, p. 74).

Em função dessas transformações sociais e culturais, tanto a família, quanto seu conceito também passaram por diversas mudanças e foram adaptando-se às conjunturas e realidade atuais, porque a mesma evoluiu e com ela também os institutos jurídicos, de maneira que a família tradicional, antes reconhecida pelo casamento, ganhou outras formas, dentre elas:

- a) Família matrimonial ou elementar: é a unidade básica da família composta de cônjuge (pai), cônjuge (mãe) unidos pelo casamento e filhos. Este último, pode ser filho biológico do casal ou adotado por membros da família.
- b) Família Informal: mesma configuração da anterior, mas formada através de uma união estável.
- c) família tradicional ou consanguínea: é composta por mais de uma unidade nuclear, estendendo-se a duas ou mais gerações, baseada em laços de sangue de muitas pessoas, incluindo os pais, filhos, avós, tios, tias, sobrinhos, primos e outros.
- d) A família monoparental ou unipessoal: é a família composta de um dos pais e seus filhos. Isso pode ter diferentes origens. Ou porque os pais se divorciaram e as crianças estão vivendo com um dos pais, geralmente a mãe; ou por uma gravidez precoce onde se configura outro tipo de família, a da mãe solteira, porque o homem não reconhece sua paternidade por diversas razões, ou ainda pelo falecimento de um dos cônjuges.
- e) Família Anaparental: formadas apenas pelos irmãos, sem a presença dos pais.
- f) Família Reconstituída: aquela de pais separados, com filhos, que passam a viver com outro companheiro, também com filhos.
- g) Família Paralela: quando o indivíduo conserva duas relações familiares, ao mesmo tempo, por exemplo, pessoa casada, mas que possui uma união estável.
- h) Família Eudemonista¹ ou afetiva: aquela formada exclusivamente pelo afeto e a solidariedade de um indivíduo com o outro, buscando sua felicidade, como as formadas por adoção, homoafetivas ou não (OLIVEIRA, 2017; SANTOS; SANTOS, 2009; BATTISTELLA, 2015).

¹ "Doutrina que admite ser a felicidade individual ou coletiva o fundamento da conduta humana moral".

As novas conjunções de família acontecem porque a sociedade ganha novas estruturas. Se, de um lado, pode-se citar pessoas que querem ter seus filhos biológicos, mas não querem relações do tipo matrimonial e querem apenas ser pai ou mãe, podem fazê-lo recorrendo à medicina e às ciências para garantir sua descendência, baseada na consanguinidade e DNA; por outro lado, existem famílias que não podem ter seus próprios filhos consanguíneos, mas que podem adotar, amar e proteger os filhos que foram abandonados por seus pais biológicos. O segundo caso encontra suas bases não somente na Constituição Federal, mas também no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que entende a criança como um sujeito de direitos que garanta sua proteção integral (SANTOS; SANTOS, 2009).

Do mesmo modo, na perspectiva do assistente social, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), visando a universalização dos direitos, estabelece a “centralidade da família e a convivência familiar, colocando como foco as necessidades e peculiaridades das famílias, entendendo-as como sujeito coletivo”. (PNAS, 2004, p.31).

Assim, com os diversos tipos, arranjos e formas de relações familiares, surgem as famílias em diversos modelos que fogem da estrutura tradicional, mas que se constituem com intuito de estabelecer uma relação familiar baseada em laços afetivos e de amor para interagirem e se ajudarem mutuamente.

Quando afirma-se que a família é a célula básica da sociedade, se está reconhecendo que a sua natureza, funções e contribuições, são essenciais para o desenvolvimento econômico, social e, principalmente, interpessoal dos seus participantes.

É preciso entender que a família não pertence somente à esfera privada. Pelo contrário, cada vez mais ela é tema de debates e discussões na esfera pública, de interesse da sociedade, partidos políticos, Estados, etc. O Estado, por exemplo, intervém através de políticas públicas de família, a fim de fortalecê-las, para facilitar a execução das suas funções naturais e sociais e contribuir para o bem-estar de seus membros e para o bem comum da sociedade. Mas essas políticas familiares devem ser sempre respeitadas e coerentes com a liberdade das famílias.

As políticas públicas com uma perspectiva de família referem-se ao conjunto de medidas ou instrumentos de política social que, de uma forma articulada, global, transversal e integral, destinam-se a reconhecer, apoiar, proteger e promover a família e sua insubstituível tarefa de manter o bem-estar dos seus componentes.

No caso das famílias com parentes vitimizados pela sífilis não é diferente, pois a família tem um papel primordial de apoio (psicológico, financeiro, físico, etc), a fim de melhorar a qualidade de vida do seu familiar enfermo. Nesse sentido, são de grande importância as políticas públicas que se dirigem à família, ao cuidado e desenvolvimento das crianças e das mães, referentes à promoção de saúde, influenciando o bem-estar de seus membros e o bem comum da sociedade.

2.5 Um breve histórico da política de saúde no Brasil: de 1900 até os dias atuais

A intervenção estatal na assistência médica no Brasil começa a ocorrer mais efetivamente a partir da década de 30. Anteriormente, século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e em uma prática liberal. No século XIX, por conta das transformações políticas e econômicas, surgiram algumas iniciativas no campo da saúde pública. Já no final do século, começaram algumas reivindicações dos operários. Sendo assim, no início do século XX, surgem iniciativas de organização do setor de saúde.

Segundo Bravo (2001), a Saúde passou a ser reconhecida como questão social no Brasil no século XX, a partir da emergência do trabalho assalariado durante a economia cafeeira, que ficou conhecida como capitalismo agrário. Logo após, em meados da década de 20, houve a criação da Reforma Carlos Chagas, que tinha como objetivo a ampliação ao atendimento no âmbito da saúde pública, e também as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). As CAPs eram financiadas pelas empresas empregadoras e pelos empregados e pela União.

Cabe ressaltar que a assistência médica era vinculada ao trabalho que os indivíduos exerciam, ficando os demais sem assistência médica garantida pelo Estado, beneficiando-se da filantropia.

A grande maioria da população recorria ao auxílio de pessoas leigas ou buscavam a caridade das Santas Casas de Misericórdia. No caso de Fortaleza, a Santa Casa de Misericórdia e a Assistência Municipal, atual Instituto Dr. José Frota, atendiam aos não segurados, popularmente conhecidos como indigentes. (CATUNDA, 2008, p.17).

Segundo Catunda (2008), entre as décadas de 1930 e 1940, devido ao processo de urbanização, industrialização e as reivindicações dos trabalhadores ocorridos nessa época, foi possível uma intervenção estatal e a criação de novos dispositivos que contemplassem quem não podia contribuir através do trabalho. Surgiam assim as políticas sociais nacionais voltadas para a higiene, habitação e saúde.

A política de saúde ficou dividida entre dois campos: o da saúde pública e da medicina previdenciária. O campo da saúde pública tinha como finalidade criar condições sanitárias mínimas para a população. Já o campo da medicina previdenciária foi criado a partir dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), como estratégia do poder público para amenizar as reivindicações e lutas dos trabalhadores.

A partir dos anos 50, a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, ou seja, com fins lucrativos, já estava montada e indicava na direção de formação de empresas médicas. Nessa época já havia uma pressão da classe médica no tocante à privatização. No entanto, mesmo com as pressões, os serviços de assistência médica e previdenciária até 1964 ainda eram fornecidos basicamente pelos serviços dos próprios institutos.

A Ditadura militar aprofundou problemas estruturais, tornando-os ainda mais complexos. Na Ditadura Militar o Estado se utilizou da intervenção repressão-assistência, aumentando a assistência, para aumentar a regulação sobre a sociedade para conseguir legitimidade sobre o regime. Perpetuavam-se no período da Ditadura Militar os problemas sociais que foram se alarmando dramaticamente, e ficando vigente um sucateamento na saúde pública, gerando um crescimento previdenciário, principalmente depois da unificação dos IAPs em um único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INPS, além de manter os serviços públicos, ainda pagava preços superiores por serviços particulares com a finalidade de manter uma articulação do Estado com os interesses do capitalismo internacional. No entanto, na década de 1970:

Esse sistema (INPS), com o tempo, foi se tornando cada vez mais complexo, tanto do ponto de vista administrativo-financeiro quanto estrutural, que acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). (CATUNDA, 2008, p. 18)

Segundo BRAVO (2009), era preciso que a saúde assumisse características capitalistas, e a medicalização fosse imposta na vida social.

O INAMPS tinha como finalidade o enfrentamento da questão social que se dava através de incentivos do Governo, construindo grandes hospitais e adquirindo aparelhos sofisticados e também equipamentos de alto custo. Sendo assim, o Estado passou a ser o grande financiador e ficou a cargo das empresas privadas a responsabilidade pela prestação de assistência à saúde para os trabalhadores com carteira assinada, tudo isso para conter as pressões populares e as reivindicações vinda dos trabalhadores.

Nos anos 80, houve o período de redemocratização, e é a partir desse momento que se experimentou uma grande crise econômica, que se estabelece até hoje. A saúde, nessa década, contou com novos sujeitos sociais discutindo as condições de vida da população brasileira. A saúde atingiu um patamar de interesse político vinculado à democracia. Sujeitos esses: profissionais da saúde, representantes de entidades, o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), como parte do movimento sanitário, ampliando as discussões em torno da Saúde e Democracia. propostas debatidas por esses sujeitos, segundo BRAVO (2009):

Universalização do acesso; a concepção de saúde como direito sociais e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar para a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2009, p.94)

A Constituição de 1988 deu abertura a um processo de afirmação de direitos sociais, introduzindo avanços para correção de questões de injustiças históricas.

A privatização da assistência médica iniciou a lógica mercantilista no campo da saúde, lógica perversa que atravessava o cotidiano dos profissionais e usuários do Sistema. A partir do processo de redemocratização do país, no início dos anos 80, articulou-se um movimento amplo pelo direito à saúde, em uma luta contra as precárias condições sanitárias e a insuficiência do sistema de saúde no atendimento às necessidades de saúde da população. Dessa forma, o movimento sanitário agregou docentes, pesquisadores, profissionais da saúde, moradores organizados, sindicalistas e estudantes em torno da proposta da reforma sanitária, na perspectiva

de garantir o direito universal à saúde e para criação de um sistema de saúde regido pelo Estado. Este movimento tinha como pano de fundo o pressuposto da natureza social da saúde e da doença, como dever do Estado e direito de cidadania. De acordo com BRAVO (2009):

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (2009, p.96).

A crítica ao modelo de atenção à saúde concretizou-se na formulação de uma proposta sob a ótica dos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Este processo amplo de mobilização culminou com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), conquistando desdobramentos ao inscrever seus pressupostos e princípios na Constituição Federal de 1988, contribuindo também para a democratização dos processos decisórios e de formulação das políticas setoriais, culminando na criação das Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde nas três esferas de governo.

Entretanto, os avanços legais conquistados na Constituição Federal de 1988, por meio da Reforma Sanitária, sofreram no início dos anos 90 uma contrarreforma do Estado, e, com o neoliberalismo avançando com o recuo do Estado na assistência à saúde, a reforma tornou-se máxima para o capital e mínima para o social.

Soares (2012) expõe que os serviços de saúde se tornaram cada vez mais espaços de supercapitalização e fonte de investimento e lucratividade capitalista, inviabilizando e criando obstáculos para a efetivação do SUS, tornando a política de saúde uma política pobre para pobres. Observa-se nesse momento a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos mercados de trabalho, no desfinanciamento, e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. Tem-se a subordinação das políticas públicas de saúde à política macroeconômica.

O neoliberalismo – projeto do capital para diminuição ao máximo do Estado, para que o mercado seja auto regulado e tenha livre expansão – se expandiu no Brasil retirando todos os direitos sociais que pudessem avançar na direção de um bem-

estar social. Na década de 1990 até meados da primeira década dos anos 2000, percebe-se uma decadência de forma absurda nos direitos sociais já conquistados pela sociedade através de diversas lutas.

Segundo Bravo (2001), o Sistema Neoliberal foi e é até os dias atuais o maior responsável pelas privações desses direitos à população. citar como exemplo: a redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego em grande massa, precarização do mercado de trabalho e sucateamento na educação e na saúde, como em demais esferas. Aconteceu uma retração por parte do Estado em garantir os direitos sociais conquistados pela população, o qual transfere suas responsabilidades para o setor privado e sociedade civil:

O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. [...] A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos. (BRAVO, 2001, p. 100 apud BRESSER PEREIRA, 1995)

Segundo Boschetti e Behring (2008), as configurações do padrão de redistribuição e universalistas foram tencionadas por conta da estratégia neoliberal de extração de superlucros a partir da privatização de setores de utilidade pública – saúde, educação e previdência. Tudo isso acontece no momento em que o movimento dos trabalhadores está enfraquecido em função do desemprego, da precarização e da flexibilização dos direitos.

Assim sendo, a tendência de redução de direitos está sob o argumento que há uma crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais em pontuais, compensatórias e assistencialistas, direcionando para a maior perversão da crise. Então o trinômio: privatização, focalização e descentralização torna-se centro do ideário neoliberal, sendo a descentralização fator importante no entendimento da transferência de responsabilidade para entes da federação ou para instituições privadas ou de caráter jurídico-institucionais (OSs) – objeto focal para cumprimento das orientações dos organismos internacionais para proteção social.

Com isso, através da ausência do Estado em garantir os direitos, foi gerada uma refilantropização da questão social, bem como a mercantilização dos serviços sociais, trazendo graves consequências para a população, como o sucateamento da

maioria dos serviços de saúde.

O presidente Luís Inácio Lula da Silva, eleito em 2002, entende a saúde, em seu programa de governo, como direito fundamental, e é estabelecido um compromisso com a garantia de acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. São ressaltadas estratégias para viabilização dos objetivos, como: acesso à informação; fortalecimento do Programa Saúde da Família; capacitação continuada de conselheiros da saúde.

No entanto, a análise feita por Matos e Bravo (2004) esclarece que a política macroeconômica do governo anterior, de Fernando Henrique Cardoso, foi mantida. As políticas sociais permanecem fragmentadas e subordinadas à lógica do capital, não sendo valorizada a concepção de seguridade social. Sendo assim, considera-se que na atualidade o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária permanecem em disputa. Naquele momento, o governo ora priorizava o projeto da reforma sanitária, ora mantinha a focalização e o desfinanciamento.

O Serviço Social não passa distante dessa tensão, mesmo que em 1990 a profissão seja marcada pela hegemonia da tendência de intenção de ruptura; nessa mesma década há uma ofensiva conservadora a esta tendência. Na saúde, esse embate fica claro quando há críticas ao projeto hegemônico da profissão, sugerindo uma cisão entre teoria e intervenção, colocando como suposta necessidade a construção de um saber específico na área da saúde – o que nos remete à fragmentação médica hospitalocêntrica.

Através do curto e sucinto histórico sobre a política de saúde pública no Brasil, observa-se e entende-se que a mesma passou por um processo grande de contínuos processos de evolução, seja influenciada pelas lutas, reivindicações e pelas necessidades sociais da população.

A relevância da inserção do assistente social na atual conjuntura da saúde é de suma importância, pois, além de ser um dos campos que mais emprega este profissional, existe a questão das disparidades sociais causadas pelo sistema neoliberal, em que os assistentes sociais irão trabalhar norteados pelos princípios expostos no seu Código de Ética, dentre os quais se podem citar “a defesa intransigente dos direitos humanos”, o que corrobora ser de fato um profissional competente para dar uma viabilização na saúde como o direito de todos.

2.6 Saúde da Mulher: questões de gênero

Entende-se, aqui, que a saúde da mulher é um assunto que requer atenção por parte dos profissionais de saúde e que deve ser entendido de forma ampla. Percebe-se que no Brasil, historicamente, a saúde da mulher esteve voltada ao tema da gestação, ao puerpério, associada à ideia materno-infantil, ao controle da natalidade; associada à mortalidade de mulheres e à reprodução para a força de trabalho, nuances que marcaram também o desenho (focalizado) da política de atendimento integral à saúde da mulher. Apreendendo essas questões, não se pode deixar de relacionar o debate sobre a saúde da mulher com as relações sociais e de gênero que estão presentes na sociedade capitalista. Relações estas que são expressão da questão social, compreendendo essa categoria como “processo de produção e reprodução a vida social na sociedade burguesa, da totalidade histórica concreta” (Iamamoto, p.114, 2009).

As relações de gênero como expressão da questão social são demandas para o Serviço Social, pois é necessária a compreensão dos papéis sociais na sociedade, como estas estão imbricadas na vida concreta dos sujeitos e como rebatam na perspectiva da saúde. Tal debate permite demarcar o papel da mulher na sociedade, na perspectiva da produção e reprodução das relações sociais, e, sobretudo, da reprodução da vida.

Segundo Scott (1995) o termo “gênero”, além de um substituto para o termo mulheres, é também utilizado para sugerir que qualquer informação sobre as mulheres é necessariamente informação sobre os homens, que um implica o estudo do outro. Essa utilização enfatiza o fato de que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, que ele é criado nesse e por esse mundo masculino. Além disso, o termo “gênero” também é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos. Seu sujeito rejeita explicitamente explicações biológicas, como aquelas que encontram um denominador comum para diversas formas de subordinação feminina, nos fatos de que as mulheres têm a capacidade para dar à luz e de que os homens têm uma força muscular superior. Com a proliferação dos estudos sobre sexo e sexualidade, “gênero” tornou-se uma palavra particularmente útil, pois oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis sexuais atribuídos às mulheres e aos homens.

As teóricas do patriarcado têm dirigido sua atenção à subordinação das mulheres e encontrado a explicação dessa subordinação na “necessidade” masculina de dominar as mulheres. Na engenhosa adaptação que Mary O’ Brien fez de Hegel, ela definiu a dominação masculina como o efeito do desejo dos homens de transcender sua alienação dos meios de reprodução da espécie. O princípio da continuidade geracional restaura a primazia da paternidade e obscurece o trabalho real e a realidade social do esforço das mulheres no ato de dar à luz.

Para Sulamith Firestone (ANO), na sua análise mais materialista, a libertação viria das transformações na tecnologia da reprodução que poderiam, num futuro não demasiadamente longínquo, eliminar a necessidade dos corpos femininos como agentes da reprodução da espécie. De acordo Scott (1988), a preocupação teórica com o gênero como categoria analítica só emergiu no fim do século XX. O gênero, como uma forma de falar sobre sistemas de relações sociais ou sexuais não tinha aparecido. Essa falta poderia explicar em parte a dificuldade que tiveram as feministas contemporâneas de incorporar o termo “gênero” às abordagens teóricas existentes e de convencer os adeptos de uma ou outra escola teórica de que o “gênero” fazia parte de seu vocabulário.

Certos/as pesquisadores/as principalmente os/as antropólogos/as, têm restringido o uso do gênero ao sistema de parentesco (centrando-se no lar e na família como base da organização social). Temos necessidade de uma visão mais ampla. O gênero é construído através do parentesco, mas não exclusivamente; ele é construído igualmente na economia e na organização política, que, pelo menos em nossa sociedade, operam atualmente de maneira amplamente independente do parentesco.

No século XIX, o conceito de classe dependia do gênero para sua articulação. Quando, por exemplo, na França, os reformadores burgueses descreviam os trabalhadores em termos codificados como femininos (subordinados, fracos, sexualmente explorados, como as prostitutas), os líderes trabalhadores e socialistas respondiam insistindo na posição masculina da classe trabalhadora (produtores, fortes, protetores de suas mulheres e crianças).

O gênero é uma das referências recorrentes pelas quais o poder político tem sido concebido, legitimado e criticado. Ele não apenas faz referência ao significado da oposição homem/mulher; ele também o estabelece. Em um certo sentido, a história política tem sido jogada no terreno do gênero. Trata-se de um terreno que

parece fixo, mas cujo significado é contestado e está em fluxo. Esta nova história abrirá possibilidades para a reflexão sobre atuais estratégias políticas feministas e o futuro (utópico), pois ela sugere que o gênero deve ser redefinido e reestruturado em conjunção com uma visão de igualdade política e social que inclua não somente o sexo, mas também a classe e a raça.

Segundo Copello (2017), a noção de gênero é uma construção cultural e social que estabelece as relações entre homens e mulheres, partindo da concepção de que o feminino e o masculino não são fatos biológicos, ou seja, o papel do homem e da mulher é constituído culturalmente. Tal categoria é importante na compreensão das motivações que perpetuam em nossa sociedade a desigualdade de gênero e as diferentes formas de violência contra a mulher baseada nesta desigualdade (Almeida, 2007).

De acordo com Guimarães (2005), é no capitalismo que a desigualdade de gênero se intensifica, alimentando uma cultura que discrimina e oprime a mulher, evidenciando a separação da área pública, da área privada, respectivamente o espaço do homem e da mulher. As relações de gênero estão situadas em um sistema hierárquico no qual acontecem as relações de poder. Nos diversos espaços, essa desigualdade é disseminada quase que naturalmente, por estar entranhada na cultura da sociedade patriarcal e machista, violando os direitos das mulheres. Na divisão social do trabalho, a desigualdade de gênero define a qualificação das tarefas, os salários de homens e mulheres.

Almeida (2007) menciona que a violência contra a mulher, especialmente a violência de gênero, se tornou uma questão de saúde pública, devido ao esforço de organizações de mulheres em todo o mundo, e que inicialmente a violência de gênero era vista, em sua grande parte como uma questão de direitos humanos, mas que atualmente também é vista como um importante problema de saúde pública. As promessas da Revolução Francesa, que a humanidade em todas as suas relações sociais e culturais podia ser regenerada, que as mulheres podiam atingir não só as liberdades civis como também pessoais, fizeram surgir não só um feminismo novo e genuíno como também um novo tipo de antifeminismo. Uma das principais reivindicações do movimento feminista nessa época, era pelo reconhecimento da mulher no campo político; em outras palavras, o movimento lutava pelo sufrágio (Laqueur, 2001).

Fruto das reivindicações do movimento feminista e dos movimentos de mulheres, houve na década de 1980 avanços na criação de políticas públicas para as mulheres, que se pode considerar como um reconhecimento da importância política da luta feminista, obtendo como resultado a criação de diversos órgãos públicos, programas governamentais e iniciativas voltadas para as mulheres. Sob impacto desses movimentos, na década de 80 foram implantadas as primeiras políticas públicas com recorte de gênero, como a criação do primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina, em 1983, e da primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, em 1985, ambos no Estado de São Paulo. Em 1985, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (FARAH, 2004).

Nos anos de 1990, pode-se destacar como um acontecimento importante o ato do Brasil assinar a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. Nesse contexto, foi criada a Lei 11.340/2006 – Lei Maria da Penha – o reconhecimento dos direitos das mulheres como direitos humanos. A lei também apresenta as diretrizes para as políticas públicas, dentre estas pode-se destacar a promoção de estudos e pesquisa com perspectiva de gênero, a propagação da própria lei, a capacitação dos profissionais que trabalham com a violência doméstica e familiar (CEPIA, 2013).

Segundo Saffioti (1997), a expressão “violência doméstica” costuma ser empregada como sinônimo de violência familiar e não raramente, de violência de gênero. Gênero também diz respeito a uma categoria histórica. O conceito de gênero não explicita, necessariamente, desigualdades entre homens e mulheres. Muitas vezes, a hierarquia é presumida. O uso deste conceito pode, segundo Scott (1988), revelar sua neutralidade, na medida em que não inclui, em certa instância, desigualdades e poder como necessários. De acordo com Saffioti (1997), a diferença nas relações entre homens e entre mulheres é que essa desigualdade de gênero não é colocada previamente, mas pode ser construída e o é com frequência. Já desde a Revolução Francesa os direitos humanos foram pensados no masculino: declaração universal dos direitos do homem e do cidadão (FACIO, 1991). Tudo ou quase tudo, ainda é feito sob medida para o homem. Os equipamentos fabris estão neste caso, não obstante as mulheres terem penetrado nas fábricas desde a Revolução Industrial. Claro que a máquina de costura, inclusive a industrial, é feita para o corpo da mulher, a fim de mantê-la em suas funções tradicionais. Mulheres que passaram a

trabalhar em equipamentos planejados para homens tiveram que a eles se adaptar, com prejuízo muitas vezes, da própria saúde.

A naturalização do feminino como pertencente a uma suposta fragilidade do corpo da mulher e a naturalização da masculinidade como estando inscrita no corpo forte do homem fazem parte das tecnologias de gênero (Lauretis, 1987), que modelam mulheres e homens. Daí vem a necessidade de uma especial releitura dos direitos humanos, de modo a contemplar as diferenças entre homens e mulheres (FACIO, 1991). A compreensão dos direitos humanos, Consoante Badinter, (1980), impõe que cada um respeite os demais. Respeitar o outro, sim, constitui um dever do cidadão, seja este outro mulher, negro, pobre.

Segundo Chauí (1992), a violência doméstica ocorre em uma relação afetiva, cuja ruptura demanda, via de regra, intervenção externa. Mulheres em geral, especialmente quando são vítimas de violência, recebem tratamento de não- sujeitos. As mulheres sabem como tecer a malha social, operando em macro e em microprocessos. Tornar a consciência dominada das mulheres (Matheus, 1985) detentoras deste conhecimento certamente aumentaria seu número na política institucional e em outras instâncias. Violência de gênero, inclusive em suas modalidades familiar e doméstica, não ocorre aleatoriamente, mas deriva de uma organização social de gênero que privilegia o masculino (Santos, 1995). Não há duas esferas: uma das relações interpessoais e outra das relações estruturais. Afirmar que as relações de gênero são relações interpessoais significa singularizar os casais, perdendo de vista a estrutura social e tornando cada homem inimigo das mulheres (Saffioti, 1997). Também obscurece a compreensão do fenômeno da violência de gênero o raciocínio de patologizar os agressores. A violência de gênero, especialmente em suas modalidades doméstica e familiar, ignora fronteiras de classes sociais, de grau de industrialização, renda per capita, de distintos tipos de cultura, etc.

Como maior parte da violência de gênero têm lugar em relações afetivas em família extensa e unidade doméstica, acredita-se ser útil o conceito de co-dependência. Sem dúvida, mulheres que suportam violência de seus companheiros, durante anos a fio, são co-dependentes da compulsão do macho e o relacionamento de ambos é fixado. As mulheres são socializadas para conviver com a impotência; os homens, sempre vinculados à força, são preparados para o exercício do poder (Saffioti e Almeida, 1995).

Rigorosamente, a relação violenta constitui-se em verdadeira prisão. Nesse sentido, o próprio gênero acaba por revelar-se uma camisa de força: o homem deve agredir, porque macho deve dominar a qualquer custo; e a mulher deve suportar agressões de toda ordem, porque seu “destino” assim determina (Saffioti, 1997). As mulheres ainda têm uma vida mais reclusa, estando infinitamente mais expostas à violência doméstica. Diferente da violência urbana, a doméstica incide sempre sobre as mesmas vítimas, tornando-se habitual. Seguramente, o gênero feminino não constitui uma categoria social dominante, visto que independência é diferente de autonomia (JOHNSON, 1997).

Dessa maneira, é fundamental “discutir as relações sociais entre homens e mulheres, ponderando as relações de dominação e exploração entre gêneros determinadas socialmente” (SOUSA; MOURA, apud BORGES, p. 3, 2013). Assim sendo, não há como discutir questões relacionadas às mulheres, sem entender as relações de gênero, de maneira ampliada, na sociedade contemporânea.

Voltando à reflexão, outro elemento importante a ser destacado no âmbito da atenção integral à saúde pelo Sistema Único de Saúde é o aumento do adoecimento de mulheres, tanto físico quanto mental, que tem a ver com uma série de fatores. Esse processo tem conexão com as condições de vida, de pobreza, de trabalho em que estão submetidas e com as dificuldades no acesso aos serviços de saúde de qualidade, como aponta Nogueira e Silva (2010). Acredita-se, assim, ser essencial o conhecimento dos determinantes e condicionantes sociais presentes na saúde.

Sobre os acometimentos relacionados às mulheres, Coelho e Porto (2009) chamam a atenção de como as desigualdades (sociais, econômicas e culturais) mostram-se no processo de adoecimento e morte das mulheres. As autoras demarcam que ao ocuparem lugares de “subalternidade, desprivilegiadas nas esferas de poder, elas acabam vivendo em condições extremamente precárias de vida e de trabalho, com sérias implicações no processo saúde–doença” (p.22, 2009). Notam, ainda que, por estarem submetidas, frequentemente, à condição de pobreza, “trabalhar mais horas e gastar pelo menos a metade do tempo de que dispõem com atividades não remuneradas, elas ficam mais vulneráveis e resta-lhes pouco tempo para o cuidado consigo mesma” (COELHO; PORTO, 2009, p.22 APUD FERNANDES; NARCHI, 2007).

Desse modo, os determinantes e condicionantes permitem elucidar o quanto o não investimento em políticas sociais e na melhoria da qualidade de vida e de

trabalho da população têm impactado a saúde da classe trabalhadora em geral e sua reprodução na sociedade, especialmente, das mulheres.

Nesse segmento, destaca-se a reflexão de duas legislações que tratam sobre a saúde da mulher como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 2004) e o Programa intitulado “Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM). De acordo com o Ministério da Saúde (2004), o PAISM era inicialmente voltado para o controle da natalidade e para a atenção materno-infantil. O Programa foi incorporando ao longo do tempo a perspectiva da reforma sanitária e ampliando o conceito de assistência por parte da equipe de saúde, visando práticas educativas que propiciem, principalmente, a autonomia das mulheres. Com base na Secretaria de políticas para as mulheres da Presidência da República, o PAISM teve como alicerce o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher, que foi preparado em 1983, no momento de redemocratização do Brasil, no contexto da Declaração de Alma-Ata, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), bem como a participação dos movimentos sociais de mulheres como o movimento feminista.

Segundo Almeida (2005), sobre os direitos conquistados no âmbito da saúde da mulher no Brasil, pode-se pontuar algumas conquistas como: atenção obstétrica, que inclui o direito ao pré-natal, parto e puerpério; atendimento prioritário à gestante; acompanhamento durante o parto; direito a alimentos grávidicos do futuro pai do bebê; atenção ginecológica que abarca o direito ao Planejamento Familiar, Ligadura de trompas, Exames de prevenção ao Câncer de mama e do colo do útero gratuitos, além da reconstrução das mamas; atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs, AIDS e Hepatites Virais; Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, Amamentação, entre outras conquistas.

Contudo, apesar de existirem avanços priorizando os direitos relativos ao período grávidico-puerperal e demais direitos, como acesso ao planejamento familiar, métodos contraceptivos e direitos sexuais, ainda há que avançar na perspectiva do atendimento humanizado à mulher. Por humanização, entende-se não apenas a forma de acolhimento dos sujeitos nas instituições, mas a garantia e o pleno acesso aos serviços de saúde integral e a rede de atendimento com qualidade.

Assim sendo, a Política Nacional de Humanização, HUMANIZASUS, ressalta que a humanização se constitui como “estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão da saúde no SUS” (2014). Reflete-se, desse modo, que a saúde

é essencial na reprodução social e da vida, mas também como bem-estar físico, mental e social. Esta se constitui como um direito fundamental do ser humano, em que o Estado deve prover as condições indispensáveis na garantia desse direito (SUS, 1990).

Portanto, a partir destas questões, faz-se necessária a compreensão da mulher como sujeito de direitos, que detém o direito de realizar escolhas quando envolve seu corpo, sua saúde, o acesso à informação e ao atendimento preventivo no âmbito de sua saúde. Nessa perspectiva, entende-se a saúde da mulher como um campo de resistências e lutas sociais.

Para refletir sobre as conquistas e os impasses no acesso aos direitos sociais no campo da saúde, foram demarcadas algumas questões que são urgentes, como: direito ao pré-natal de qualidade; à mobilidade urbana (incluindo o tratamento fora do domicílio – TFD); ao acompanhante: direito ao acesso de insumos, medicamentos, alimentação específica; à informações sobre amamentação, direitos sexuais e reprodutivos, planejamento familiar, métodos contraceptivos, direitos previdenciários e prevenção às doenças infectocontagiosas.

Em relação aos direitos relacionados ao pré-natal, no Brasil, pode-se dizer que há legislações que garantem o acompanhamento especializado durante a gravidez, como exames, consultas e orientações gratuitas as mulheres, o local do parto, entre outras demandas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS, 1990). No que diz respeito à mobilidade urbana, esta questão é analisada como essencial no acesso ao tratamento de saúde. Apesar de haver os recursos do Vale Social e do tratamento fora do domicílio previstos no Sistema Único de Saúde, há de se problematizar sobre o funcionamento e acesso a esse recurso. Verificam-se dificuldades de mobilidade para os usuários que residem distantes das unidades de saúde. Já que não possuem atendimento para suas demandas específicas em seu município de origem, apesar da existência deste recurso legal, os usuários do SUS têm encontrado dificuldades para acessar o Tratamento Fora do Domicílio, inclusive os que necessitam ter acompanhante como: mulheres com filhos internados, pacientes com doenças crônicas, entre outras situações. Sabe-se que o TFD é restrito a pacientes em tratamento, porém, há uma demanda expressiva de usuários e familiares que não possuem condições financeiras para o transporte, para vir acompanhar o usuário no hospital, ainda que, muitas vezes, esse acompanhamento seja solicitado pela equipe

de saúde. (BARBOSA, E.M.G.; CARVALHO, R.E.F.L.; RODRIGUES, D. P.; ORIA, M.O.B.; VASCONCELOS, M. G; SOUSA, A.A.S, 2016)

Segundo o Ministério da Saúde (2014), outra situação é a necessidade de transporte especial (carro) devido às condições peculiares de saúde do usuário. Sobre esta questão, é visível no contexto das unidades de saúde demandas relacionadas à falta de condições financeiras dos usuários e suas famílias, principalmente, para o transporte. Verifica-se que, apesar da população ter direito à saúde integral, estes direitos têm recaído, mormente, como responsabilidades individuais desses sujeitos, o que contraria a garantia dos direitos sociais largamente. Visto que a rede de atendimento em saúde dos municípios não contempla a demanda do usuário, ou que não há vagas nas instituições da rede, muitos usuários precisam encontrar formas de buscar a assistência em saúde com seus próprios recursos, o que gera ônus financeiro à família, sobretudo, em tempos de desemprego. Assim, apreendendo o contexto social de forma ampla, convém assinalar que o acompanhante é um direito do usuário, não uma obrigação, entendendo que a rede familiar não pode ser responsabilizada ou obrigada pelas instituições de saúde a prover esse acompanhamento como algo obrigatório.

Zorzam (2013) disserta sobre o direito ao acompanhante. Legalmente, a gestante possui o direito a um acompanhante, sendo por esta indicado, por todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto. Todavia, esse direito não tem sido tão defendido pelos profissionais de saúde face à falta de estrutura hospitalar. Outras demandas que, muitas vezes, condicionam a alta hospitalar podendo agravar o quadro de saúde do usuário estão ligadas ao acesso aos insumos, medicamentos específicos, alimentação (como leite especial, suplementos) e até vagas em hospitais especializados. Estas necessidades são cada vez mais difíceis de acessar nas Secretarias de Saúde municipais e estaduais, colocando como “possível resolução” a judicialização, o que gera o enfrentamento de uma burocracia e espera no atendimento das necessidades do usuário.

Verifica-se, ainda, a falta de orientação na perspectiva da prevenção da saúde das mulheres, sobretudo, aos assuntos da amamentação, dos direitos sexuais e reprodutivos, do planejamento familiar, dos métodos contraceptivos, dos direitos previdenciários, das doenças infectocontagiosas, entre outros. Visto os entraves e a complexidade que é o trabalho no âmbito da saúde, entende-se que é fundamental o desvelamento da realidade social pelo Serviço Social, de forma a construir

estratégias de trabalho junto à população e, principalmente, a dar visibilidade às questões emergentes que aparecem no contexto institucional. O que se entende ser fundamental no âmbito do SUS é a capacitação contínua de profissionais de saúde que fortaleça o compromisso com os direitos dos usuários e com a proposta do SUS para a consolidação dos direitos sociais, o que pressupõe um atendimento qualificado e a construção de um trabalho que contemple o projeto ético-político do Serviço Social.

Segundo o Ministério da Saúde (2016), o Sistema Único de Saúde, como um dos tripés da Seguridade Social brasileira, como direito universal, devendo ser garantido pelo Estado, constitui um sistema equitativo, financiado pelo Fundo Público, de acesso à saúde, pressupondo um atendimento gratuito, integral, humanizado, de qualidade a toda a população. É essencial para o aperfeiçoamento do atendimento aos usuários do SUS, o acesso à informação, ao fortalecimento da medicina preventiva para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, e a resolução dos impasses para o acesso aos direitos sociais que impactam a saúde de modo amplo.

No contexto de atualização do conservadorismo, especialmente no que tange à saúde das mulheres, compreende-se que, como categoria comprometida com o avanço do projeto ético-político e com as lutas da classe trabalhadora, faz-se necessário trilhar um caminho de organização e mobilização junto aos movimentos sociais, travando uma luta contra-hegemônica. É fundamental, assim, ultrapassar o imediatismo e a inércia, na perspectiva de refletir de modo mais veemente sobre o real.

2.7 A atuação do assistente social na saúde

Neste item, discorrer-se-á acerca da inserção do profissional de Serviço Social no campo da saúde, sendo a área de maior atuação do assistente social, compondo equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

A relevância da inserção do assistente social na atual conjuntura da saúde é de suma importância, pois, além de ser um dos campos que mais emprega este profissional, há a questão das disparidades sociais causadas pelo sistema neoliberal, em que os assistentes sociais irão trabalhar norteados pelos princípios expostos no seu

Código de Ética; dentre eles podemos citar “a defesa intransigente dos direitos humanos”, sendo, portanto, um profissional competente para dar uma viabilização na saúde como o direito de todos.

A área da Saúde para os profissionais do Serviço Social configura um desafio profissional constante, por causa das vulnerabilidades sociais e econômicas vistas como questões a serem tratadas diariamente. É preciso, por isso, que o profissional de Serviço Social conheça bem as políticas que norteiam a área e os parâmetros específicos da sua profissão, assim como, as principais patologias envolvidas, para compreender o contexto no qual está inserido (VASCONCELOS, 2017).

De acordo com Martinelli (2007), o Assistente Social é o profissional que trabalha com pessoas em situação de vulnerabilidade, as quais pedem um “gesto humano, quer seja um olhar, sorriso, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade” (MARTINEZ, 2007, apud COSTA, 2017, p. 3).

Por isso, para tratar do fazer do profissional do Serviço Social na saúde, é preciso levar em conta todo o processo de trabalho em que está envolvida sua atuação.

O trabalho do Assistente Social, na área de saúde, uma vez que faz parte do setor de serviços, é visto como um trabalho que se concretiza no momento em que o trabalhador e o usuário, com suas peculiaridades, se encontram e o Assistente Social inserido nesse processo se manifesta através de uma intervenção profissional de uma natureza fundamentalmente política (QUINTINO et al, 2012).

Neste pensamento, Mito e Nogueira enfatizam que o assistente social, por estar centrado no processo de trabalho coletivo em saúde, voltado para os direitos e para a cidadania, organiza seu trabalho abarcando os fatores políticos, econômicos e sociais que “protegem o direito de ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, o que exige uma consciência sanitária, traduzindo-se em ações operativas de concreção desses direitos”.(2013, p. 68)

Assim, a estratégia de saúde da família como elemento de uma proposta de atuação na Atenção Primária de Saúde Pública trouxe desafios aos assistentes sociais envolvidos na prática de saúde nas equipes multidisciplinares, conforme a proposta trazida pelo Sistema Único de Saúde, no que se refere às ações de prevenção e promoção da saúde, nas unidades básicas. O assistente social, como mera parte da equipe de apoio, passou a ser bem mais exigido nas unidades, pela

importância de sua função tanto na prevenção, quanto na promoção da saúde (SODRÉ, 2014).

Para a autora supracitada, a relação entre a prevenção e a promoção da saúde na prática do assistente social de unidades de saúde deve ser observada a partir de três prismas, tendo em questão: “a) o olhar sobre o território da saúde pública; b) a família como foco de intervenção e c) o trabalho do assistente social nas ações de prevenção e promoção da atenção primária à saúde” (p. 70).

No Brasil, a saúde foi a área que mais concentrou o profissional de Serviço Social, a partir da década de 1940, seguido de momentos históricos como: o Movimento de Reforma Sanitária, de 1970; a Constituição Federal, de 1988 e a criação de leis orgânicas da saúde, de 1990, onde criou-se um novo modelo de assistência à saúde mais dirigida à um modelo de promoção e de superação do modelo anterior, o qual era centrado na doença e ações curativas. Neste momento, o assistente social ganhou mais importância na área da saúde, sendo convocado, para compor equipes multiprofissionais de trabalho (MARTINI, 2017).

Com a fundação do SUS e sua regulamentação através da Lei Nº 8.080 de 1990, os profissionais de saúde tiveram novos desafios para a Saúde. Isso exigiu uma reordenação dos serviços e a inserção de atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, a fim de produzir informações e mapeamentos da população a respeito dos perfis de morbimortalidade das distintas doenças. Isso significou criar e investir em ações de prevenção de doenças, assim como de promoção da saúde para evitar as mesmas. O objetivo era investigar cuidadosamente a vida, costumes e hábitos das populações, por meio da criação de programas voltados para a atenção à saúde dessas famílias. Esse processo depois passou a ser considerado uma “estratégia” de intervenção em saúde, em nível local (SODRÉ, 2014).

Desse modo, o que se pretendia era fazer um levantamento da localidade dos moradores a fim de conhecer sua forma de vida, dinâmica, e seu fluxo de deslocamento, para assim poder fazer a intervenção dos profissionais de saúde de forma precisa. A partir dessas informações, era possível pensar e investir em medidas de impacto que interferissem na circulação e no deslocamento dos habitantes e poder fazer estudos cuidadosos para se obter o controle da estratégia em saúde a ser utilizada nos quadros político-sanitários do país. Isso ocorreu porque com o crescimento das cidades e a chegada de mais pessoas e indústrias, fez-se

necessário esquadrihar sua população, formação, características e tudo que essa mudança urbana poderia interferir em fenômenos de conflitos ligados à saúde no tecido urbano (epidemias, falta de saneamento, água, desemprego, etc.), gerando um “território insalubre” (SODRÉ, 2014).

O conceito de “território salubre”² se configura como o “o primeiro pilar da saúde da família como estratégia desse nível de atenção à saúde pública” (Francis Sodré, ANO, p. 72) na atenção primária à saúde (APS). Outra preocupação da APS é a família, a qual passou, em função de diversos fenômenos sociais, a ser vista com outro olhar. A partir da fórmula de intervenção da Atenção Primária de Saúde, território e família, criou-se um discurso revisitado para a “promoção à saúde” (PS), no qual os assistentes sociais atuam na atenção básica do SUS (SODRÉ, 2014).

Neste campo, o fazer do assistente social está voltado para o binômio prevenção e promoção. A primeira, se refere às doenças que se relacionam ao campo da epidemiologia, a fim de evitar doenças a partir do conhecimento tanto dos riscos, quanto de práticas de prevenção, como imunização para evitá-las (SODRÉ, 2014). Já a promoção, a princípio pode ser vista como uma atividade somente ligada ao profissional de saúde, mas para o AS o objetivo não é somente uma questão sanitária, mas a promoção da saúde de uma forma mais ampla, favorecendo o “envolvimento e participação de todas as pessoas, as organizações da sociedade civil, as associações de bairros etc” (SODRÉ, 2014, p.73). O que se busca enfatizar não é somente a saúde, mas promoção da saúde através de uma rede de temas que visem criar uma mudança de comportamentos, hábitos, modos de vida e ambiente no qual vivem e convivem essas pessoas, associando saberes técnicos e populares, em nível municipal, regional e federal.

Desse modo, a promoção da saúde se coloca como um conceito em formação, que se estabelece através de ações de prevenção e promoção que se completam, em que o saber técnico dialoga com o popular, gerando um novo saber. Isso fortalece tanto as capacidades individuais quanto as coletivas, gerando nos sujeitos envolvidos uma maior capacidade de escolhas e atitudes sobre sua própria vida. A

² Segundo Sodré (2014), território salubre seria aquele ao qual temos o olhar voltado para as necessidades do cotidiano, verificando as coisas e objetos e os elementos que circulam junto com as pessoas. Essa composição da massa urbana, num olhar da atenção primária em saúde, é o que a autora chama de “território salubre”.

promoção de saúde não é somente uma questão de existência, mas de qualidade dessa existência, por isso boa parte desses programas de promoção passa pela mudança de comportamentos e hábitos de vida do indivíduo (CZERESNIA, 2003 apud SODRÉ, 2014).

Segundo Sodré (2014), por ser relativamente novo o campo da promoção, ele pode ser confundido com o campo da prevenção, que já está consolidado. Contudo, há que se entender que saúde não é a ausência de doenças, mas um critério a ser analisado a partir de muitos outros aspectos da vida de um indivíduo ou grupo, antes de considerá-los ou não saudáveis.

Em suma, como traz a pesquisa, o principal foco do trabalho realizado pelos assistentes sociais é abordar as diversas formas de prevenir e promover suas ações desenvolvidas na saúde. Tais profissionais entendem a prevenção com clareza e precisão, já que compreendem sua atuação de combate a um “risco” específico ou doença, que exigem uma atuação antecipada para não avançar um quadro preexistente ou vias de aumento de casos.

A mesma precisão e clareza não são aplicadas na questão da promoção, pois há misturas de respostas nas atividades de promoção. Promover a saúde, sempre é referida como atividade educativa, porque se faz referência à atividade dialógica e palestras como forma de transmissão de conhecimentos científicos aos usuários do SUS.

Para Sodré (2014), os assistentes sociais permitem entender a educação por duas vertentes de atuação: 1) algo que se dá em ato, no momento do encontro como troca de saberes científicos e a capacidade de dialogar sobre comportamento, estilos de vida, dúvida em relação a determinada atitude em uma posição de tradução da ação desejada pelas diretrizes ministeriais como “atitude saudável”; e 2) uma concepção que se resume à transmissão de conhecimentos científicos, na qual o usuário é visto como receptor de informações.

A intervenção do assistente social em relação sífilis na maternidade acontece de forma socioeducativa com uma linguagem de fácil compreensão, em que, muitas das vezes, se relacionam com os assistentes sociais em uma ligação de confiança e troca de questões intimistas de suas vidas, em que são passadas informações sobre a importância do tratamento e prevenção da infecção, na questão referente aos direitos e deveres dos responsáveis pela saúde dos bebês.

A falta de conhecimento por parte das gestantes e puérperas em relação a gravidade da sífilis acaba por refletir no grande aumento da sífilis congênita causada pela ausência ou pelo pré-natal incorreto, pois essa transmissão vertical pode ser evitada até os 4 primeiros meses de gestação, através da membrana celular das vilosidades cordiais que faz uma barreira de proteção do agente causador da sífilis, já mencionado em outro tópico. Porém, a falta de conhecimento acontece também por parte dos profissionais de saúde. Segundo pesquisa realizada pela Revista Latino-Americana de Enfermagem, foi constatado que em muitos municípios brasileiros os profissionais apresentaram qualificação técnica insuficiente para lidar com a sífilis durante as consultas de pré-natal. Daí a importância da capacitação dos profissionais de saúde para lidar com o tratamento da infecção.

2.8 A Maternidade Municipal Mariana Bulhões: uma reflexão sobre o campo empírico da pesquisa

Para conhecer o campo de pesquisa é de suma importância aprofundar-se na sua história, neste caso, a Maternidade Municipal Mariana Bulhões. O primeiro contato de duas das autoras com o campo empírico foi durante a inserção em campo de estágio. Através do Plano de Estágio Curricular em Serviço Social, cedido pelas supervisoras de campo, foi possível a construção e o aprofundamento da temática. Buscou-se, pois, levantar documentos institucionais existentes no arquivo do Serviço Social que narram a história da instituição, inclusive como se dá a inserção do Serviço Social na instituição, que vem desde que a Maternidade era vinculada ao Hospital Geral de Nova Iguaçu.

A Maternidade Municipal Mariana Bulhões está localizada na Avenida Governador Roberto Silveira, 2012, Moquetá, Nova Iguaçu, município situado na região Sudeste do País. Sua localização na denominada Baixada Fluminense está a uma distância de 28 km da capital estadual. A Maternidade Municipal Mariana Bulhões funciona de acordo com a livre demanda, gestantes que necessitam de atendimento emergencial, ou que estejam em trabalho eminente de parto são atendidas independente do município de origem por se tratar de uma Maternidade de portas abertas. A Maternidade também atende como emergência ginecológica, se porventura o Hospital Geral de Nova Iguaçu que atende a população usuária estiver impossibilitado de dar assistência.

Essa Unidade de Saúde funciona 24 horas ininterruptas e realiza partos de baixo, médio e de alta complexidade por possuir UTI Neonatal e UTI Materno, sendo desnecessário o agendamento. Ao dar entrada na Maternidade Mariana Bulhões, a gestante é acolhida e passa por uma classificação de risco, que é fundamental para designar a prioridade no atendimento de acordo com as cores das normas protocoladas nesta Unidade de Saúde. A Maternidade Mariana Bulhões segue as determinações de acordo com o Ministério de Saúde (2010), para atendimento das usuárias do pré parto, parto e pós parto diagnosticadas com HIV positivo ou Sífilis, cujo resultado é obtido através do teste rápido para HIV e VDRL (exame de sangue para diagnosticar a sífilis). Após o parto, a puérpera recebe orientação se poderá ou não amamentar o recém-nascido em virtude da enfermidade contraída e fica ciente que, caso não haja a possibilidade do aleitamento materno, o recém-nascido receberá a forma láctea prescrita pelo médico obstetra e será direcionado para receber a forma láctea na Rede de Apoio.

Em casos de atendimento de estupro faz-se o atendimento emergencial e a usuária recebe medicamentos para impedir a contaminação por vírus e é administrada a pílula do dia seguinte; encaminham-na para fazer Boletim de Ocorrência, caso não tenha realizado, para que a vítima possa fazer o corpo delito. Quando a vítima é adolescente, notifica-se o caso ao Conselho Tutelar (Órgão de Proteção à Criança e Juventude). Como decorrência dessa grande demanda e a ausência ou superlotação das maternidades de diversos municípios da Baixada Fluminense, a Unidade de Saúde atinge a capacidade máxima em alguns momentos, como pôde ser acompanhado na última reportagem sobre a Instituição.

A Maternidade não possui serviço de pré-natal, visto que a responsabilidade é de competência dos Postos de Saúde da rede municipal e Clínica da Família. No entanto, as gestantes que participaram do planejamento familiar e que se enquadram para laqueadura poderão realizar nessa Unidade de Saúde mediante apresentação de documento comprobatório que estão aptas ao procedimento. Os critérios estabelecidos constam na Lei 9.263 de 1996 Art. 10º,³ que garante o direito que o procedimento seja efetivado.

³ I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar,

A Maternidade Mariana Bulhões dispõe da oferta do Dispositivo Intrauterino (DIU). Conforme diretrizes do Ministério da Saúde, o DIU é indicado para todas as mulheres em idade fértil, incluindo jovens, adolescentes e lactantes. A usuária que manifestar o desejo de colocar o DIU deverá comunicar a equipe de saúde para que o procedimento seja concretizado logo após o parto, caso não haja nenhuma intercorrência ou impossibilidade.

A Unidade de Saúde possui o título de Hospital Amigo da Criança⁴ concedido pelo Ministério da Saúde, devido ao incentivo ao aleitamento materno e ao parto seguro. É realizado Curso de Aleitamento Materno para equipe multiprofissional, com o objetivo de proporcionar informações e orientar no que tange aos direitos sociais das crianças, gestantes e puérperas no trabalho de pré parto, parto e pós parto. A Maternidade Mariana Bulhões tem na sua equipe de saúde fonoaudiólogas para orientar as puérperas quanto a importância do aleitamento materno e a técnica correta para a amamentação. Também é realizado na Unidade de Saúde o Teste do Pezinho nos recém-nascidos que permanecem mais de 48 horas na Unidade. O exame tem por objetivo detectar, prevenir e tratar possíveis doenças diagnosticadas através da coleta de sangue no calcanhar do recém-nascido. Recém-nascidos com 48 horas de alta hospitalar são direcionados para a Rede de Saúde para realização do exame. O acompanhamento do resultado do exame pode ser feito através do site www.saude.rj.go.br.

Foi construído um espaço na Maternidade Mariana Bulhões, a CGBP (Casa da Gestante, Bebê e Puérpera) destinado às puérperas que estão em tratamento com antibiótico em consequência da sífilis, e também para as genitoras que tem seus recém nascidos na UTI Neonatal e residem distante da Maternidade ou não possuem meios financeiros para a locomoção; as mesmas ficam alocadas nesse espaço de convivência. A CGBP possui estrutura física contendo três enfermarias, uma sala de convivência para reuniões, palestras e TV, um postinho de enfermagem com uma técnica de enfermagem para dar suporte às usuárias, um refeitório e uma área reservada para lavagem das roupas pessoais das puérperas e recém-nascidos que estejam na sua companhia.

visando desencorajar a esterilização precoce; II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

⁴ Para receber o título e manter é necessário cumprir os 10 passos para aleitamento materno e os sete cuidados amigos da mulher.

É nesse espaço que, uma vez por semana, ocorre um evento proporcionado pela Capelania Hospitalar/Pastoral da Saúde, de acordo com a Lei nº 9.982, de Julho de 2000, que dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. O trabalho realizado pela Capelania contribui para a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde das gestantes e puérperas com alguma comorbidade (existência de duas ou mais doenças simultâneo na mesma pessoa), ou perda do recém-nascido, e necessita permanecer na Instituição de Saúde para tratamento.

A Capelania realiza junto às puérperas da CGBP momentos lúdicos criando artesanatos, fruto da parceria da Capelania, Instituição de Saúde e FENIG (Fundação Educacional Cultural de Nova Iguaçu), cujas artesãs se disponibilizaram a ensinar a confeccionar polvilhos (polvo de crochê cuja finalidade é ajudar bebês recém nascidos prematuros a sentirem-se seguros), que serão doados para os prematuros que estão na UTI Neonatal. As voluntárias da Capelania contribuem também com informações que possam servir de reflexão para a conscientização sobre a aceitação da permanência naquele espaço até que se conclua o tratamento para a enfermidade, e, além de proporcionar que a usuária se sinta útil, contribui para subtrair a ansiedade. É proporcionado também às gestantes e puérperas o dia da beleza, com manicure e cabeleireira, contribuindo para melhorar a auto-estima das usuárias.

A Maternidade Mariana Bulhões possui um cartório⁵ nas suas dependências que permite que o recém-nascido obtenha sua alta hospitalar devidamente documentado com o seu registro de nascimento pronto. O Cartório funciona nos dias úteis de, 9 às 18 horas, e aos sábados e domingos, de 9 às 12 horas. Para atender a população usuária que necessita de suporte psicológico ou orientação quanto ao acesso de viabilização de direitos, a unidade dispõe de 3 psicólogos e 3 assistentes sociais, todos os dias, de 7 às 19 horas.

CISBAF (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense) utiliza um espaço físico anexo à Maternidade Mariana Bulhões. Esse Consórcio é um mecanismo que administra e articula com as redes de saúde de Belford Roxo, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti, Duque de Caxias,

⁵ Filial da 2ª circunscrição do 1º Distrito, Cartório de Registro Civil

Itaguaí e Japeri. Através do CISBAF, os administradores abordam os problemas comuns aos Municípios que fazem parte do Consórcio em prol de buscar conclusões conjuntas, pactuarem parcerias e engrenarem projetos regionais para obtenção de recursos.

Anexo ao prédio da Unidade de Saúde, encontra-se o Setor de regulação da Ambulância do SUS (192), funcionando 24 horas por dia, com médico plantonista para atendimento via telefone fazendo avaliação dos pedidos de resgate e, mediante as informações recebidas, direcionando o socorro de acordo com a prioridade. A maternidade oportuniza seu espaço para estagiários de Medicina da Universidade Iguaçu (UNIG), estagiários de técnico de enfermagem dos Cursos Mova e Cruz Vermelha Brasileira e Estagiários do curso de Serviço Social da Universidade do Grande Rio (Unigranrio).

A Maternidade Mariana Bulhões disponibiliza nas suas dependências o Serviço de Ouvidoria, que funciona de 7 às 19 horas, de segunda à sexta-feira para atender os usuários da Unidade de Saúde que queiram registrar reclamações ou sugestões em relação à Instituição de Saúde. A recepção de acolhida possui uma caixa para captar reclamações e sugestões de demandas para a Ouvidoria, em virtude desse serviço não funcionar nos finais de semana. No setor, há funcionário designado exclusivamente para esses fins nos dias úteis.

Cabe aqui uma reflexão acerca do Município de Nova Iguaçu, pois no mesmo encontra-se localizada a Maternidade Municipal Mariana Bulhões, que é o campo empírico da nossa pesquisa. O Município surgiu em 1833, denominado de Iguassú, e, no ano 1916, passou a chamar-se Nova Iguaçu.

Sendo a Baixada Fluminense sub região do Estado e possuindo somente três hospitais públicos com maternidade para atendimento das demandas que compreendem nove Municípios (Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, São João de Meriti, Belford Roxo, Japeri, Seropédica e Itaguaí), vale ressaltar que o Hospital da Mulher, em São João de Meriti e o Hospital da mãe em Mesquita são unidades de saúde, cuja gestão é de competência do Estado do Rio de Janeiro em parceria com o Hospital Maternidade Therezinha de Jesus; já a Maternidade Mariana Bulhões é gerida pela Prefeitura de Nova Iguaçu. Com o número pequeno de Maternidades da rede Pública para atendimento de gestantes, quando as usuárias adentram nessa Instituição de Saúde, são acolhidas independente do Município onde residem. Em virtude do sucateamento da Saúde Pública gerando essa escassez na

rede, todos os dados notificados de sífilis pela Maternidade Mariana Bulhões acabam sendo computados no Município de Nova Iguaçu, e não no endereço da gestante ou puérpera (genitora), contribuindo para alavancar os casos de IST (Infecção Sexualmente Transmissível) na região.

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia), em 2015 a população do Município de Nova Iguaçu era de 807.492 habitantes. Seu IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) é considerado médio pelo PNUD (Programa das Nações Unidas). Seu valor é de 0,762, sendo 45º maior de todo o Estado do Rio de Janeiro em 92 municípios.

No município de Nova Iguaçu, de acordo com o IBGE, em 2016 a taxa de mortalidade infantil média na cidade era de 14.96 para 1.000 nascidos vivos, ficando na 1.926ª posição em relação à 5.570ª no país; 28ª de 92ª no Estado e na microrregião o 5º da 16ª colocação. Conforme dados do IBGE (2010), o salário médio dos trabalhadores formais na região era de 2,0 salários mínimos, percentual do trabalhador com remuneração mensal per capita de até ½ salário mínimo vigente. No que se refere ao quesito educacional, os discentes dos anos iniciais da Rede Pública, segundo o IBGE, em 2015, tiveram média 4,7 no IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica), e para os discentes dos anos finais a média foi de 3.6, no município de Nova Iguaçu.

Em suma, o campo empírico a Maternidade Municipal Mariana Bulhões atende não somente gestantes e puérperas residentes de Nova Iguaçu, todas são acolhidas independente do Município onde residem.

CAPÍTULO 3- PESQUISA DE CAMPO: O debruçamento sobre a intervenção do Serviço Social no campo empírico.

3.1 Aproximação com o campo empírico da pesquisa

Esta pesquisa foi efetivada no campo empírico Maternidade Mariana Bulhões em virtude de duas das autoras deste estudo estarem inseridas nesse espaço para a realização de estágio em Serviço Social, viabilizando assim uma proximidade com o campo. Para a obtenção de dados, foram realizadas entrevistas com o total das assistentes sociais que atuam na Maternidade Municipal Mariana Bulhões, o que corresponde a três (03) profissionais, que ficaram cientes e concordaram com os objetivos da pesquisa descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelas entrevistadas. As entrevistas tiveram a durabilidade de uma semana, com os respectivos tempos: entrevistada A: 12 minutos e 55 segundos; entrevistada B: 8 minutos e 93 segundos; e entrevistada C: 8 minutos e 40 segundos. As entrevistas foram gravadas com a autorização das assistentes sociais e transcritas fielmente para posterior análise.

É importante ressaltar que o acesso ao campo empírico desta pesquisa teve um fator preponderante para sua realização, pois, das quatro autoras que realizaram este estudo, duas cumprem estágio nessa Instituição, o que contribuiu para a facilitação referente ao acesso para a sua realização. É de grande relevância citar os momentos que antecederam a coleta de dados para esse trabalho em virtude das autoras residirem em cidades distintas da Baixada Fluminense. Era preciso conciliar trabalho, cuidados com o lar, estudo e estágio, com isso foi necessário todo um planejamento com uma logística que fosse propícia para que o grupo pudesse se organizar para estar presente nos dias em que as entrevistas foram realizadas no campo empírico da pesquisa.

Sabendo que as assistentes sociais supervisoras de campo atuam em dias distintos, as entrevistadoras necessitavam estar presentes nos plantões de cada profissional para que pudessem obter dados para a pesquisa através da entrevista. Nessa fase de organização para determinar dia e hora para a coleta de dados, evidenciou-se que as relações entre as autoras estavam tensionadas, pois além de seminários, provas, estágio, trabalho, acrescido das particularidades de cada autora,

somava-se a ansiedade pelo momento do encontro com as entrevistadas, que seria de fundamental importância para contribuir com os dados para este estudo.

Nesse contexto, o apoio mútuo com muito diálogo entre as autoras e a resiliência do grupo foi de grande benefício para acalmar os ânimos e se manter firme em prol da meta traçada: buscar os dados para a pesquisa. Após toda a expectativa, chegou o momento aguardado e a receptividade das entrevistadas foi excelente. As assistentes sociais supervisoras de estágio, em dias distintos, ficaram à disposição das autoras deste estudo no setor do Serviço Social na hora pré determinada por elas, que cessaram o atendimento temporariamente para que pudessem focar na entrevista, que ocorreu com tranquilidade e presteza, mesmo nos momentos em que as autoras necessitavam redirecionar a entrevista para a obtenção de dados condizentes com o tema, mostrando-se prontas em contribuir e colocando-se à disposição das autoras da pesquisa.

As autoras foram unânimes em afirmar que essa fase do estudo com a coleta de dados foi proveitosa e muito enriquecedora trazendo muitas informações de grande relevância para a pesquisa, cooperando para que o objetivo da pesquisa seja alcançado satisfatoriamente.

3.2 Eixo I: Os fatores que levam ao grande número de gestantes e puérperas infectadas pela sífilis na percepção das assistentes sociais que atuam na Maternidade Mariana Bulhões

Através do processo de entrevista, foi realizada a abordagem junto às assistentes sociais que foram indagadas acerca dos principais fatores que contribuem para o elevado número de gestantes e puérperas com diagnóstico de sífilis. De acordo com os dados coletados, um dos fatores é a dificuldade ao acesso aos Postos de Saúde, equipamento fundamental para atender o usuário, pois trata-se da atenção básica em saúde, destinado também a proporcionar acompanhamento da mulher no período gestacional, em que, através de consultas pré-agendadas, o ginecologista acompanha a saúde da gestante e do feto. Através desse monitoramento, pode-se constatar por meio de exames alguma enfermidade para que possa proporcionar tratamento adequado para ambos.

Em muitos casos, o usuário não tem o acesso ao Posto de Saúde, ou o equipamento de atenção básica funciona precariamente por falta de investimento, ocorrendo o sucateamento dos serviços, contribuindo para um atendimento insatisfatório. Ocorre também a inexistência do pré-natal ou a fragmentação do mesmo— quando a gestante não dá continuidade ao tratamento, ou seja, foi diagnosticada com sífilis, não fez o tratamento para curar a doença, gerando, com isso, possíveis agravos para a saúde de ambos. Verifica-se que é desconhecido por muitos o fato de que a sífilis pode gerar de sequelas no feto, tais como: cegueira, surdez, problemas na parte motora, deficiência cognitiva e até o óbito do feto. A gestante infectada com a sífilis poderá ter parto prematuro causando riscos para o recém-nascido devido ao baixo peso e à fragilidade do bebê, riscos também desconhecidos por muitos, por falta de divulgação.

Evidencia-se também casos em que a mulher faz o tratamento adequado, mas o parceiro não aceita fazer por achar desnecessário, por preconceito ou por ter adquirido uma IST (infecção Sexualmente Transmissível) e tem vergonha em se expor. Importante frisar que muitos parceiros, infectados ou não, se negam a usar preservativos, contribuindo para reinfectar a sua parceira ou contrair a sífilis, se porventura ela estiver com a enfermidade. Se houvesse por parte dos usuários cuidados voltados para a prevenção com exames periódicos de controle da saúde, contribuiria para o tratamento precoce da enfermidade evitando a sua propagação e subtração desses números de infectados. A sífilis não tratada ou com tratamento ineficaz, poderá ocasionar na pessoa no decorrer da sua vida lesões cutâneas, comprometimento ósseo, cardiovascular e neurológicos para infectados não tratados até 40 anos após ter contraído a enfermidade. Informações essas pouco conhecidas por carência de divulgação.

No tocante aos fatores que propiciam o grande número gestantes e puérperas infectadas pela sífilis, seguem trechos das entrevistas com as assistentes sociais supervisoras de campo:

“A falta de acesso à atenção básica que é o Posto de Saúde, as gestantes por exemplo, muitas não conseguem realizar o pré-natal adequadamente, muitas até fazem algumas consultas de pré-natal mas esse exame é preciso ser feito no início da gestação e pro meado também, então infelizmente às vezes elas não fazem adequadamente é por falta por falta de conhecimento. (...) Não entendem a complexidade de um pré-natal. Então eu acho que os fatores que levam esse grande número de gestantes puérperas infectadas tem a ver mesmo com atenção básica com a falta de investimento, de preocupação na saúde que já é um problema que a gente já vem estudando o desmonte da saúde e esses são os reflexos né? Que a sífilis é uma doença extremamente antiga e que hoje volta numa proporção assim gigantesca, então é isso. O pré -natal que não é feito, então os que não fazem ficam a mercê dessas informações, não só a sífilis mas a outras ISTS. Também aquela que fez adequadamente mas não falou para o parceiro, às vezes também não tem um parceiro fixo, a vergonha de dizer, da pré concepção” (Informação verbal, Entrevistada A).

“Com certeza, a falta de orientação no pré-natal e a falta do uso de preservativo, isso incide muito na alta taxa de infectadas. Quando não há uma prevenção, a tendência é o índice crescer em números alarmantes ,temos visto isso nos pré-natal mal feito, a doença é detectada na gestante, mas não é tratada, porque não há uma cobrança do lado do posto de saúde, para que essa mulher realmente faça esse tratamento e que o parceiro também faça porque não adianta atingir um lado e outro não. Porque ela vai comprovar que tomou toda a medicação, porém não adianta porque o parceiro estava com sífilis e ele vai novamente vai infectá-la” (Informação verbal, Entrevistada B).

“Então, eu acho que o não tratamento correto delas, que muito das vezes, a gente pergunta se fizeram o tratamento muitas falam que sim, mas não mostra pra gente o comprovante né, do tratamento, então isso pra gente indica que ela não fez o correto, não é 100% isso. O não tratamento do companheiro correto, pois muitos não aceitam que tem essa doença, falam para gente que não têm, que fez o exame de sangue e dá sempre negativo. A gente orienta que não adianta só um tratar, se o outro não tratar vai continuar sendo infectado, então o tratamento que ela fez vai ter que iniciar novamente. (...) A falta de conhecimento também, quando vamos fazer orientações, então começamos a orientar que é transmitida pelo sexo, muitas ficam assustadas, muitas ficam querendo questionar que não é pelo sexo. E isso, também a não aceitação de muitas pacientes, de não aceitar que tem que fazer o tratamento, que tem sífilis, diz que não pegou que sempre usou camisinha, que sempre se preservou mais infelizmente a gente sabe que não é isso”. (Informação verbal, Entrevistada C)

No início dos anos 1990, com a Contrarreforma do Estado, com o neoliberalismo progredindo, ocorre o retrocesso do Estado que atinge a assistência à Saúde, em que o social é contemplado com o mínimo e o máximo designado para o capital. Segundo Soares (2002), nesse contexto os serviços destinados à saúde e

seus espaços eram gradativamente super capitalizados, tornando-se uma mina para investir em busca de lucro para o universo capitalista.

Na atualidade o acesso à saúde pública continua precário, com atendimento básico insatisfatório em virtude da falta medicamentos, aparelhos para exames de maior complexidade danificados ou inexistentes, insuficiência de profissionais especializados e o fechamento de hospitais e maternidades causando a superlotação dos que estão disponíveis para servir ao usuário, contribuindo assim com um serviço de pouca qualidade. Em algumas situações muitas pessoas com enfermidades graves ou crônicas necessitam de atendimento emergencial, contínuo ou precisam fazer uso de medicamento especial e, devido ao tempo de espera, não resistem ou ficam com sequelas. Com o desmonte da Saúde Pública, fica o usuário a mercê da Saúde Privada para que possa obter atendimento de melhor qualidade (que pode também não satisfazer as necessidades do usuário) e em tempo mais breve.

Avanços ocorreram em prol das mulheres durante o período gestacional e pós-parto, além do acesso ao planejamento familiar, métodos contraceptivos, seus direitos sexuais; porém há de se pensar quanto ao serviço de atendimento na saúde para as mulheres. É de suma importância compreender os direitos que competem à mulher, direito de escolhas em relação ao seu corpo, à saúde, direito de ter acesso à informação e obtenção de atendimento preventivo em relação à saúde. Importante a reflexão quanto ao direito à informação, no que se refere à sífilis, pois muitas mulheres não têm conhecimento dos agravos à saúde que a IST (sífilis) pode causar e o da reinfecção e proliferação da mesma, se o parceiro infectado não tratar. De acordo com SUS (1990), ser detentor de saúde é essencial, havendo o ser humano o direito de possuir o bem-estar físico, mental e social, tendo o Estado que fornece meios imprescindíveis para a garantia desses direitos.

É de grande relevância que haja Política de Educação em Saúde eficaz, informando através dos meios de comunicação com campanhas de esclarecimento em relação a sífilis, com chamadas para a prevenção e tratamento, que se divulgue sobre os riscos para quem contrai e não trata da infecção. Também, é necessária a conscientização da responsabilidade social de cada um em se preservar e preservar o outro. Para tanto, deve haver palestras realizadas nos âmbitos escolares, nas redes de saúde, associações de moradores, para que essas informações possam ser multiplicadas. Que as redes de saúde tenham material impresso disponível não só sobre a sífilis, mas também de outras IST's (infecções sexualmente transmissíveis).

Para que haja apreensão da informação, é preciso massificar informações sobre as formas de contração da sífilis, seus agravos, onde se tratar; urge abordar que a sífilis está ganhando espaço, proliferando a cada dia. É fundamental derrubar esse tabu.

Segue trecho da narrativa referente a entrevista com a Assistente Social C:

“O não tratamento do companheiro correto, pois muitos não aceitam que tem essa doença, falam para gente que não têm, que fez o exame de sangue e dá sempre negativo. A gente orienta que não adianta só um tratar, se o outro não tratar vai continuar sendo infectado, então o tratamento que ela fez vai ter que iniciar novamente.”

É imprescindível “discutir as relações sociais entre homens e mulheres, ponderando as relações de dominação e exploração entre gêneros determinadas socialmente” (SOUSA; MOURA apud BORGES, p. 3, 2013).

Com referência às mulheres, há que se atentar para o desequilíbrio econômico, social e cultural que contribui para o desenvolvimento de enfermidades que poderão até culminar na morte da mulher. Ao se submeterem a uma posição de inferioridade, dependência, elas propiciam vivenciar um acúmulo de atribuições com jornada exaustiva com o cuidar do lar, trabalhar fora educar os filhos entre outras responsabilidades. Com essa rotina acirrada, a mulher detém para si pouco tempo para cuidar da saúde, conforme alertam COELHO e PORTO (2009).

Se porventura a mulher contrair alguma enfermidade e tardar em conseguir diagnóstico, muitas das vezes, com o avanço do problema, sua vida fica em risco. Quando o parceiro se nega a fazer exame para detectar possível infecção transmissível ou quando tem resultado positivo e se nega a se tratar, é fundamental que a mulher deixe claro seus direitos no que se refere ao seu corpo no acesso a saúde e faça o tratamento adequado. É corriqueiro que o homem subestime a sífilis, IST (Infecção Sexualmente Transmissível), como se ele não fosse atingível, colocando em risco a sua saúde e a da mulher, pois conseqüentemente ela será reinfectada. Importante que ele tome conhecimento dos possíveis agravos para a sua saúde e que sua atitude poderá gerar graves sequelas na sua saúde no decorrer da sua vida. Relevante também frisar que esse é um posicionamento preconceituoso, típico de uma cultura patriarcal machista.

3.3 Eixo II: Os motivos que levam determinadas gestantes e puérperas a relutar em permanecer na Maternidade para o tratamento da sífilis

Na entrevista, as assistentes sociais foram indagadas acerca de suas considerações sobre os motivos que levam determinadas gestantes e puérperas a relutar em permanecer na Maternidade para o tratamento da sífilis. De acordo com os dados coletados, através das três entrevistas, um dos fatores que faz com que gestantes e puérperas relutem em permanecer no tratamento é a questão da falta de conhecimento sobre a doença, visto que muitas se questionam como foram infectadas e como isso poderia afetar a vida do RN.

A sífilis é transmitida pelo contato sexual entre parceiros, e pode afetar o RN, ainda na gestação, pois é passada de mãe para filho.

A sífilis congênita ocorre a transmissão vertical do *treponema pallidum*, quando é transmitida de mãe para filho no útero. Existe também a chamada transmissão direta, que acontece no momento do parto, quando há lesões nos genitais e também durante o aleitamento se houver lesões mamárias causadas pela sífilis. (MANUAL SÍFILIS DE BOLSO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, s/p).

De acordo com a citação, pode-se constatar que a sífilis na mãe e no RN é tanto um risco antes, durante e também após a gestação, pois as gestantes e puérperas em grande maioria não sabem os riscos que essa infecção pode ocasionar para as mesmas. E no RN pode provocar diversos sintomas, entre eles: o baixo peso, rinite com coriza sanguinolenta, obstrução nasal, prematuridade, choro ao manuseio, alterações respiratórias (pneumonia), anemia, lesões cutâneas (na palma da mão e no pé) e também a morte.

Normalmente a experiência que a gente tem, temos muitos prematuros que nascem graves por conta da sífilis, temos feto morto, aborto tardio por conta da sífilis que também tem a conscientização que pelo aumento da dor, mas que não trataram, não levaram a sério a sífilis e aí quando se depararam com essa sensação de perda grave do bebê, complicações e aí tem a real noção do que é a sífilis. (Entrevistada A).

Contudo, verifica-se que o fator primordial para as gestantes e puérperas relatarem em permanecer para o tratamento da sífilis é a questão de que muitas não podem permanecer para fazer o tratamento da sífilis, como trazem as 3 (três)

entrevistadas. A primeira e segunda entrevistadas falam acerca do tratamento, por ele não ser tratado no começo do pré natal, leva-se um tempo duradouro para se tratar, assim, ocasionando nas gestantes e puérperas essa vontade em largar o tratamento, pois muitas são provedoras de casa e tem mais filhos.

(...) elas até pontuam questões externas que a gente entende, né? Que o tratamento hoje é no âmbito hospitalar e para aquelas que não trataram são 10 dias. Muitas têm seus outros filhos, sua casa, suas dificuldades, muitas são provedoras daquele lar, então ficar aqui com o bebê esses 10 dias a gente entende que é algo que não é simples e não é fácil, então às vezes por questão que essa família passa lá fora, ela não consegue ver a relevância do tratamento correto para a sífilis. (Entrevistada A)

Ela fica desesperada em sair da maternidade por causa dos outros filhos que estão em casa, é onde o serviço social entra com a barganha, ou melhor dizendo, com a instrumentalidade de fazer com que ela possa ir em casa durante esses 10 (dez) dias de tratamento com 3 (três) saídas no máximo, deixando a criança com alguém de sua confiança na maternidade enquanto durar a permissão de ida à sua residência. (Entrevistada B)

A Entrevistada C traz as mesmas questões apresentadas pelas demais assistentes sociais. No entanto, ela enfatiza a questão dessas gestantes e puérperas estarem sozinhas e como os familiares as tratam, pois sempre que é perguntado se elas têm alguém para ficar com o bebê, enquanto ela vai em casa, não há ninguém. Frequentemente o pai da criança não liga para ela, nem para o bebê, assim gerando um estresse no qual as gestantes e puérperas saem em revelia.

“não tenho família aqui, sou sozinha, os meu filhos estão na rua, meus filhos estão com vizinhos, o pai não quer saber de mim e dos filhos, então eu preciso ir pra casa porque eu tenho cinco filhos, eu tenho dez filhos e não tenho família” e sempre a mesma resposta não tenho família, não tenho com quem ficar meus filhos, alguém que possa me ajudar, porque na hora que precisa a família, se diz se família, some, então esses são um dos motivos que a gente luta bastante. (Entrevistada C)

Em suma, nas entrevistas realizadas no campo empírico da Maternidade Municipal Mariana Bulhões, pode-se compreender que o assistente social na saúde passa por diversos tipos de demandas. Por mais que tenham o mesmo sentido, por si cada atendimento acaba por ser único; as gestantes e puérperas desta unidade de saúde, em grande maioria dos casos não conseguem fazer o tratamento por conta de uma vulnerabilidade social, advinda das expressões da questão social.

A Questão Social pode ser definida como: o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais colectiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO,1998, p.27)

Essas desigualdades sociais fazem com que as gestantes e puérperas não tenham recursos financeiros para arcar com a questão de passagem, por exemplo, pois, por mais que o tratamento não seja custeado, há a questão da locomoção para ir e vir da Maternidade. Também, há a questão de que muitas dessas gestantes e puérperas têm crianças pequenas em casa, não tendo com quem deixar essas crianças. Então, como o tratamento é longo, acabam por sair em revelia. Nesse sentido, o Serviço Social, junto à psicologia, tem papel fundamental para orientar as gestantes e puérperas acerca da importância desse tratamento, que caso não venha a ser feito, pode acarretar tanto problemas físicos, quanto psicológicos, tanto para a mesma, como para o bebê, podendo ocorrer também no nível mais alto da infecção, resultando na morte do RN.

3.4 Eixo III: A intervenção do Serviço Social junto às puérperas e gestantes infectadas pela sífilis

A atuação do Serviço Social no Brasil, na área da saúde, foi a que teve mais contratações desde a década de 1940, ainda tendo maior amplitude em alguns momentos tidos como históricos, tais como: o Movimento de Reforma Sanitária, de 1970; a Constituição Federal, de 1988 e a criação de leis orgânicas da saúde, de 1990, em que foi criado um novo modelo de assistência à saúde mais dirigida à um modelo de promoção e de superação do modelo anterior, o qual era centrado na doença e ações curativas. Assim, fazendo com que o profissional de Serviço Social ganhasse força na área da saúde, sendo convocado, para compor equipes multiprofissionais de trabalho.

O trabalho do Assistente Social, na área de saúde, uma vez que faz parte do setor de serviços, é visto como um trabalho que se concretiza no momento em que o trabalhador e o usuário, com suas peculiaridades, se encontram e o Assistente Social inserido nesse processo, se manifesta através de uma intervenção profissional de uma natureza fundamentalmente política (QUINTINO et al, 2012, p.40).

Com isso, o profissional de Serviço Social, na área da saúde, como diz a citação acima, atua em consonância com o código de ética (1993) da profissão como o que vem posto nele, como as questões dos direitos humanos, visto que o profissional não precisa somente observar as condições de vida dos usuários, mas também os fatores sociais que permeiam o cotidiano dos indivíduos. Sendo assim, o profissional precisa de fato aliar esforços entre os diversos profissionais da área de saúde, conforme aponta os parâmetros para atuação dos assistentes sociais na política de saúde, para assim ter um melhor atendimento com o usuário, pois muitos estão em vulnerabilidades sociais e econômicas, advindas das expressões da questão social.

As expressões da questão social são múltiplas, podendo ser manifestadas das mais diversas formas e vividas simultaneamente. Iamamoto (2015) em uma das suas obras vai dissertar sobre o conceito de questão social:

Importa deixar claro que a questão social não é aqui focada exclusivamente como desigualdade social entre pobres e ricos, muito menos como “situação social problema”, tal como historicamente foi encarada no Serviço Social, reduzida a dificuldades do indivíduo. O que se persegue é decifrar, em primeiro lugar, a gênese das desigualdades sociais, em um contexto em que acumulação de capital não rima com equidade. Desigualdades indissociáveis da concentração de renda, de propriedade e do poder, que são o verso da violência, da pauperização e das formas de discriminação ou exclusão sociais. Mas decifrar a questão social é também demonstrar as particulares formas de luta, de resistência material e simbólica acionadas pelos indivíduos sociais à questão social (IAMAMOTO, 2015, p. 59).

Entre as múltiplas expressões da questão social, encontra-se também a sífilis, visto que é importante salientar que a sífilis é uma infecção que sofreu diversas alterações ao longo dos anos enquanto ao conhecimento do seu agente etiológico e o tratamento a ser feito. Mesmo assim, com toda essa mudança, há um elevado agravamento em questão da doença, trazendo demandas de grande esforço, não só das demais áreas da saúde, mas também do Serviço Social.

Na presente entrevista, as assistentes sociais foram perguntadas sobre a maneira como é feita a intervenção do Serviço Social junto às puérperas e gestantes infectadas pela sífilis. De acordo com os dados coletados, através das três entrevistas e com base nas citações percorridas acima neste subitem, as três entrevistadas relacionam e articulam bem o papel do assistente social. As mesmas salientam, ainda, que o atendimento com os usuários é feito de forma inerente à intervenção. A intervenção do assistente social em relação à sífilis na maternidade acontece de

forma socioeducativa com uma linguagem de fácil compreensão, na qual, muitas das vezes, as pacientes se relacionam com os assistentes sociais em uma ligação de confiança e troca de questões intimistas de suas vidas, em que são passadas informações sobre a importância do tratamento e prevenção da infecção, na questão referente aos direitos e deveres dos responsáveis pela saúde dos bebês. Seguem abaixo alguns trechos das respostas das entrevistadas A e C:

então a gente tenta sempre fazer esse papel de educador ativo educação em saúde. Assistente Social é também um profissional da saúde, e gente tem também por dever é fazer as orientações para que esse paciente tenha direito ao acesso aos seus direitos e esse direito inicial a vida da criança que é o direito ao tratamento, essa mulher também né? (Informação verbal, Entrevista A)

então a gente começa toda a orientação né, perguntar se ela fez o tratamento, mostrar ainda importância né do tratamento pra ela e para criança, para que não ocorra problemas futuros né, principalmente no RN, pois infelizmente a criança ela não tem culpa de ter contraído a sífilis, por se tratar de uma doença que é passada de mãe para o bebê. (Informação verbal, Entrevistada C)

A Entrevistada B traz também em questão tudo que as outras assistentes sociais relatam, no entanto, fala que para além de se ter uma intervenção junto às gestantes e puérperas, existe um protocolo que a Maternidade Municipal Mariana Bulhões segue, determinado por meio de cores para designar a prioridade de cada gestante e puérperas. Protocolos estes pertencentes ao Ministério de Saúde (2010), no qual as usuárias do pré parto, parto e pós-parto são diagnosticadas com HIV positivo ou Sífilis, sendo o resultado obtido através do teste rápido para HIV e VDRL (exame de sangue para diagnosticar a sífilis). Logo após ao parto, a puérpera recebe orientação se poderá ou não amamentar o recém-nascido, em virtude da enfermidade contraída, e fica ciente que, caso não haja a possibilidade do aleitamento materno, o recém-nascido receberá a forma láctea prescrita pelo médico obstetra e será direcionada para receber a forma láctea na Rede de Apoio.

A entrevistada também relata que o atendimento vai além da questão da mulher, sendo necessário acompanhar a família inteira, pois, por ser uma doença sexualmente transmissível, e o parceiro geralmente não fazendo o tratamento, a mulher involuntariamente acaba tendo um ciclo desta infecção. O assistente social precisa, então, realizar essa intervenção em prol de alarmar o grau da doença, trazendo para a família conscientização acerca da sífilis. Por fim, a entrevistada fala

sobre o protocolo vigente na Maternidade Municipal Mariana Bulhões ser o mesmo, mas que cada profissional executa de uma forma, enfatizando, com isso, que, mesmo sendo a mesma demanda e intervenção, os profissionais têm particularidades e formas diferentes de atendimento.

A intervenção é muito baseada na instrumentalidade pessoal do profissional, existe um protocolo a ser seguido, esse protocolo é passado da necessidade da permanência, necessidade do tratamento e familiar, não é só o bebê, tanto é que ela é tratada nos seguimos o protocolo, porém cada profissional tem a forma de abordar essa mulher, para que ela faça uma reflexão e no final haja uma avaliação como se fosse um projeto. Esse projeto é colocado qual o objetivo geral e o específico, o geral é atingir a família na conscientização em prol da cura dessa doença alarmante (Informação verbal, Entrevistada B).

Nota-se, após todas as entrevistas realizadas, que o procedimento utilizado em um primeiro momento é fazer a intervenção social e acompanhamento dessas gestantes e puérperas dentro da instituição de saúde; não somente dela, mas também de toda a sua família. Além do mais, convém destacar que muitas dessas gestantes e puérperas têm a falta de conhecimento em relação à gravidade da sífilis, acabando por refletir em um grande aumento da sífilis congênita causada pela ausência ou pelo pré-natal incorreto.

Assim, pode-se observar como é de suma importância a intervenção e capacitação do profissional de Serviço Social na saúde, para saber lidar com as demandas inerentes da infecção e também as que levam a essa infecção.

3.5 Eixo IV: As dificuldades enfrentadas pela equipe de Serviço Social na intervenção junto às puérperas e gestantes infectadas pela sífilis

No Brasil, entende-se que a saúde da mulher é um assunto que tem certo foco de atenção, pois deve ser entendida de forma ampla. A mulher, desde seus primórdios, historicamente sempre esteve ligada a dona do lar e associada à ideia materno-infantil; sempre vista de forma inferior ao homem, sendo a mulher configurada como um objeto de fertilização do homem, apenas sendo usada como objeto sexual.

Segundo Copello (2017), a noção de gênero é uma construção cultural e social que estabelece as relações entre homens e mulheres, partindo da concepção de que o feminino e o masculino não são fatos biológicos, ou seja,

o papel do homem e da mulher é constituído culturalmente. Tal categoria é importante na compreensão das motivações que perpetuam em nossa sociedade a desigualdade de gênero e as diferentes formas de violência contra a mulher baseada nesta desigualdade (Almeida, 2007, p.27-28).

Na citação acima, pode-se ver que a desigualdade de gênero existente e se intensifica no sistema capitalista, fazendo com que cresça uma cultura discriminatória e opressora contra a mulher, gerando, assim, uma separação de área pública, área privada, desmistificando o homem da mulher ao colocar a mulher como submissa do homem. As relações de gênero ocorrem em um sistema já constituído hierárquico, em que há relações de poder em diferentes espaços e culturas. Tal desigualdade é vista como algo natural, por estar enraizada na cultura da sociedade patriarcal e machista.

Com o passar dos anos, as mulheres passaram a reivindicar a igualdade e, através de muita luta, conseguiram direitos tais como: o direito ao voto, em 1932, pois a mulher não tinha direito de votar, apenas mulheres autorizadas pelos seus maridos ou viúvas; a criação da pílula de anticoncepcional, em 1961, que foi um grande avanço, pois as mulheres teriam controle sobre seu corpo, optando se deveriam ter filhos ou não; a lei do divórcio, em 1977, lei segundo a qual a mulher casada poderia finalmente se casar e divorciar quantas vezes fossem necessárias, no entanto essa lei só foi sancionada em 1988, na Constituição Federal, em que houve não só a prioridade da mulher, mas da família como um todo, sendo fundamentada na igualdade e dignidade da pessoa humana. Esses direitos e lutas foram adquiridos por causa da luta intensa e de reivindicações dos movimentos feministas. Portanto, vale ressaltar o reconhecimento da importância política da luta feminista, que obteve a criação de diversos órgãos públicos, programas governamentais e iniciativas voltadas para as mulheres. Mesmo com todos os ganhos em prol dos direitos das mulheres, ainda é preciso avançar na perspectiva do atendimento humanizado à mulher, na forma de acolhimento, na garantia e no acesso aos serviços de saúde.

A mulher tem uma história socialmente construída como sendo inferior ao homem. Entretanto, com o passar dos anos e com muita luta, as mulheres conquistaram alguns direitos, fazendo da mulher dona de si mesma. Contudo, pelo machismo ser uma questão socialmente enraizada em uma sociedade hierarquizada, mulheres reproduzem discursos machistas, sem saber, muitas vezes, das relações de dominação e exploração entre homens e mulheres.

Rigorosamente, a relação violenta se constitui em verdadeira prisão. Neste sentido, o próprio gênero acaba por se revelar uma camisa de força: o homem deve agredir, porque macho deve dominar a qualquer custo; e mulher deve suportar agressões de toda ordem, porque seu “destino” assim determina (Saffioti, 1997, p.8).

As mulheres precisam buscar seu sustento e de seus filhos, ingressando no mercado de trabalho, onde até hoje em dia há desigualdades, não apenas na contratação, mas também em cargos e na remuneração, em comparação ao homem. Deve-se sublinhar a realidade que, além de provedora da família, a mulher tem que tomar conta da casa e dos filhos, gerando na mulher um adoecimento tanto físico, como mental, que tem a ver com uma série de fatores e questões históricas. Esse processo tem conexão com as condições de vida, de pobreza, de trabalho em que estão submetidas, e as dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

O não investimento em políticas sociais e em melhorias na qualidade de vida e de trabalho da população tem impactado a saúde da classe trabalhadora, principalmente, a vida das mulheres. Em outras palavras, pôr as mulheres serem desfavorecidas nos atendimentos em geral, bem como nos de saúde, acabam por viver em condições de extrema precarização de trabalho, e na vida pessoal, implicando em um processo de precarização da saúde.

Na entrevista, as Assistentes Sociais foram indagadas acerca de quais são as dificuldades enfrentadas pela equipe de Serviço Social na intervenção junto às gestantes e puérperas infectadas pela sífilis. De acordo com os dados coletados, através das três entrevistas e das questões citadas acima, afirma-se que, no campo empírico da Maternidade Municipal Mariana Bulhões, a maior dificuldade encontrada pelas profissionais é o fato de que as gestantes e puérperas não conseguem ficar para fazer o tratamento, por diversos motivos, como elas terem outros filhos, ou o fato de elas relutarem e afirmarem que não possuem a doença, pois, como já mencionado anteriormente, a mulher tem toda uma construção histórica, na qual a atenção à mesma sempre foi minimizada, tanto sobre a questão patriarcal, bem como sobre a questão de saúde em si. Dessa forma, as gestantes e puérperas, mesmo quando orientadas, não compreendem em grande parte a necessidade e importância do tratamento, fazendo com que dificulte a intervenção do Serviço Social. Segue abaixo algumas frases das entrevistas, nas quais essa dificuldade encontrada no ambiente de trabalho é exemplificada:

uma orientação mais específica, um acompanhamento que pudesse dedicar a essa mulher ao sexo seguro. Uma reflexão que mude o posicionamento dela em relação aos cuidados que ela tem que ter com a sua saúde, essa é a nossa maior dificuldade, fazer ela refletir, fazer ela pensar no que é a sífilis para ela e para todos (Informação verbal, Entrevistada B).

Eu acho que é a não aceitação do tratamento, porque é sempre a mesma coisa, nunca tem uma novidade, quando a gente vai fazer essas intervenções com elas, e sempre eu não aceito, eu não tenho essa doença, eu fiz todo o tratamento na gestação, porque que essa doença apareceu, então a gente todos os dias tem uma dificuldade, pra poder ajudar essas pacientes, pensarem, olharem por um sujeito, é bem difícil né, a gente luta, algumas a gente consegue reverter a situação, consegue entender mais outros infelizmente não (Informação verbal, Entrevistada C).

A Entrevistada B também levanta a questão de as gestantes e puérperas relutarem em fazer o tratamento. No entanto, ela ressalta a falta de espaço, pois há uma superlotação, pois quando não é feito o tratamento, a internação demora, pois por muitas vezes a gestantes e puérperas não tem como ir e vir da maternidade, todos os dias; além disso, há a questão da configuração da família, com quem deixar os demais filhos, ou quem vai poder ficar com o bebê.

A precarização acontece na Maternidade porque além de atender gestantes do município de Nova Iguaçu também são atendidas de outros municípios, causando assim a superlotação, assim como traz a Entrevistada B em sua fala:

então a gente tem muita essa questão das demandas, de sair à revelia, delas não aceitarem esse tratamento, aí com a internação, a gente tenta sempre estar mediando, liberá-las as vezes pra ir em casa, substituir, botar alguém, um familiar, pai, avó, alguém, ela vai em casa, resolve as questões retorna, porque novamente ele precisa da questão do aleitamento, sim eu acho que a dificuldade é a superlotação, quantidade significativa de bebês em tratamento de sífilis e a dificuldade dessas famílias compreenderem a real necessidade e a importância do tratamento (Informação verbal, Entrevistada B).

É evidente uma precariedade no âmbito da Maternidade Municipal Mariana Bulhões, como relatado pela entrevistada B, diante do sistema neoliberal há cada vez mais o desmantelamento das políticas públicas e a diminuição da intervenção pública do Estado. Com isso, acontece falta de investimentos financeiros, precarização dos espaços de trabalho interferindo agravamento na saúde. Porém, mesmo com esses desmantelamentos, as profissionais desta unidade de saúde estão interligadas

profissionalmente, superando os limites impostos, realizando a intervenção com eficácia.

3.6 Eixo V: As ações que poderiam ser implementadas pelo Poder Público, para prevenir o quadro acentuado de sífilis

A Política de Saúde no Brasil foi vista de maneira filantrópica e caritativa desde de seus primórdios; ou seja, a assistência médica era vinculada ao trabalho que o indivíduo exercia, as demais pessoas que tinham contrato empregatício não tinham assistência médica garantida pelo Estado, e eram tratadas na assistência médica por uma forma filantrópica, de forma vulnerável.

Com o passar das décadas, precisamente por volta do século XIX, aconteceram transformações políticas e econômicas no âmbito da saúde, surgindo, assim, algumas iniciativas e reivindicações sociais no campo da saúde pública. Com a chegada da industrialização, houve uma mudança no mercado de trabalho; o trabalho passou a ser em massa, gerando um ciclo de exército de reserva, no qual se tinham muitos trabalhadores para poucos postos de trabalho, surgindo as políticas sociais, voltadas para a população, em diferentes setores. Em outras palavras, a saúde passou a ser a pauta de discussão entre os profissionais da saúde e os demais sujeitos sociais, e passou a ser vista como uma democracia, na qual o indivíduo possui uma melhor quantidade de vida e um melhor atendimento.

Universalização do acesso; a concepção de saúde como direito sociais e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar para a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2009, p.94)

A política de saúde teve um grande desenvolvimento através da Constituição de 1988, que aponta os direitos sociais da sociedade como um todo. Com isso, mesmo ocorrendo as conquistas da Constituição Federal de 1988, no início dos anos 90 ocorreu uma contrarreforma do Estado e o neoliberalismo cresceu, pautado na lógica do máximo para o capital e mínimo para o social. Dessa maneira, com o crescimento do neoliberalismo, os serviços de saúde e demais políticas sociais

começaram a ficar escassos e também a serem vistos como fonte de lucros capitalistas, ocorrendo um declínio em massa nos direitos sociais já conquistados pela sociedade através de diversas lutas.

Na entrevista, as assistentes sociais foram indagadas sobre as ações que poderiam ser implementadas pelo Poder Público para prevenir o quadro acentuado de sífilis. De acordo com os dados coletados, através das três entrevistas e da discussão feita, a política de saúde no Brasil passou por grandes e contínuos movimentos de evolução, sejam influenciados pelas lutas, reivindicações e necessidades sociais da população. Assim sendo, a entrevistada, em suma, fala da precarização que hoje está presente de grande forma nos equipamentos de saúde, gerando, assim, dificuldades para os profissionais em seu campo de trabalho. Segue um trecho da entrevista no que exemplifica tal questão:

tem campanha de vacinação, eu acho que também é preciso fortalecer isso, então acho que é a integração das políticas existentes, mas que a questão não é do SUS, mas do investimento de fato na saúde, que é algo que hoje em dia vem vivenciando o contrário. (Informação verbal, Entrevista A)

A Entrevistada A aponta também elementos fundamentais que o Estado precisa intensificar, no que diz respeito a essas políticas sociais, pois as gestantes e puérperas terão uma melhor conscientização sobre a sífilis.

intensificar a questão da Atenção Básica do atendimento do acompanhamento, eu acho que ajuda bastante, além da educação em saúde, eu acho que é um fator importantíssimo para que as pessoas tenham consciência dos seus direitos do acesso ao tratamento, coisa que a gente hoje pontua como as principais dificuldades (Informação verbal, Entrevistada A).

Em 2016, no Brasil, a sífilis foi declarada como um sério problema de saúde pública e, como qualquer IST, seu combate faz parte dos principais instrumentos de gestão de estados, municípios e Distrito Federal (BRASIL, 2018); ou seja a sífilis é claramente um problema social a ser resolvido, no entanto, sabe-se que não é divulgada em massa, como as demais doenças sexualmente transmissíveis. As entrevistadas B e C trazem em alguns trechos de sua fala a questão da falta de divulgação acerca da doença; relatam que até acontecem campanhas, porém que

são, de toda forma, escassas, não atingindo à população como um todo. Seguem, abaixo, trechos das entrevistadas B e C, nos quais elas afirmam o quanto é importante ampliar as divulgações pelo Poder Público:

Então o que era preciso fazer campanhas que fossem levadas aos postos de saúde, as clínicas da família, um debate com mais força, um debate com criatividade para que o público alvo que são as mulheres fossem até a unidade de saúde e levassem para casa, olha é melhor a prevenção, Acho que tudo circula e chega ao único ponto, a mulher ter voz dentro de casa, então o que a política pública deveria fazer era campanha maciça, mas não uma campanha de um mês, isso teria que ser sempre, como aquela campanha de “leve seu filho para vacinar (Informação verbal, Entrevistada B).

Então não tem muita coisa, o que pode ser ajudar é ampliar, as informações, fazer mais campanhas na televisão, ter mais pessoas nas ruas, nos postos de saúde, fazer essa ampliação de divulgação (Informação verbal, Entrevistada C)

Percebe-se que a sífilis é uma doença ocultada na sociedade e que precisa haver um controle da sífilis. Uma medida deve ser tomada, não só por meio dos profissionais, mas também por meio do poder público e seus gestores, controlando um atendimento de qualidade e de atenção às gestantes e puérperas. Além disso, é necessário focar na questão dos seus parceiros sexuais, que também estão incluídos na família. Deve-se, pois, investir em uma melhor mobilização na ampliação do tratamento e do diagnóstico da sífilis, não apenas em gestantes e puérperas, mas na população geral e nas populações mais atingidas.

O Poder Público deve implementar nos postos de saúdes, onde as gestantes fazem o pré-natal, palestras semanais, para conscientizar dos agravos que a sífilis pode trazer a sua saúde e aos demais, também seria interessante a questão da distribuição de panfletos e folders falando acerca da questão do contágio, o tratamento e prevenção da infecção.

É importante a realização de campanhas voltadas para sífilis, onde busque conscientizar a população feminina a se reeducar a um sexo seguro e em casos de contaminação fazer o tratamento, sendo ambos acompanhados pelo médico, para a realização do exame de VDRL de 3 meses, 6 meses e 12 meses, após o tratamento, para comprovação da eficácia da doença.

3.7 A contribuição do Serviço Social para a questão estudada.

O Estágio Supervisionado possibilitou às autoras conhecer um pouco da atuação do profissional de Serviço Social no exercício da profissão na área da saúde, e também conhecer a gravidade do objeto de estudo. Através do campo empírico, foi delimitado o tema sobre a importância do trabalho realizado pelos assistentes sociais da Maternidade Mariana Bulhões junto às gestantes e puérperas atendidas nesta unidade de Saúde com o quadro de sífilis.

Em relação ao tratamento da sífilis, as assistentes sociais realizam a intervenção e orientam a puérpera sobre a permanência dela e do bebê durante 10 (dez) dias para fazer o tratamento no bebê e nela. Os profissionais de Serviço Social sabem diariamente da quantidade de mulheres e bebês infectados com sífilis através do censo, porém a demanda espontânea para o Serviço Social atrelada a sífilis é pouca, e as assistentes sociais são sempre solicitadas pela equipe médica e de enfermagem para reverter o quadro de evasão hospitalar das puérperas, não por resistência ao tratamento, mas sim a sua permanência na unidade, que está diretamente ligada ao social, visto que essa mulher não possui uma rede de apoio. É nessa hora que os assistentes sociais utilizam toda a sua habilidade de persuasão, ou seja, a sua instrumentalidade em conscientizar, não só da importância do tratamento da doença tratada, mas do retorno após as saídas permitidas. Além das saídas permitidas, há casos em que o Serviço Social junto com a Pediatria dá uma autorização permitindo que a puérpera e seu bebê deixem a unidade hospitalar retornando no dia seguinte para aplicação das doses prescritas. Quando do não cumprimento das informações passadas, o Conselho Tutelar é acionado, ressaltando que, se um dia sem tratamento, o mesmo precisa ser reiniciado. O direito ao tratamento contra a sífilis é garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no seu artigo 7º.

Salienta-se que a abordagem feita pelos outros profissionais da área da saúde geralmente causam difícil compreensão por parte das usuárias, sendo necessária a presença de um profissional de Serviço Social que tenha uma abordagem e escuta diferenciadas. Segundo a entrevistada B:

a intervenção é muito baseada na instrumentalidade pessoal do profissional, no qual existe um protocolo a ser seguido”. Desse modo, a contribuição do Serviço Social não é só auxiliar os profissionais na área da saúde quando há o enfrentamento e há a necessidade da intervenção do assistente social, mas

principalmente orientar os usuários e em especial viabilizar os direitos básicos das puérperas, gestantes e bebês, que pelas condições sociais das mesmas são desconhecidos.

Nessa hora, o profissional atua de forma clara, direta e com uma linguagem de fácil compreender. Assim, Toniolo informa que:

a linguagem é o instrumento número um de todos os profissionais, pois ela possibilita a comunicação entre estes e aqueles com quem interagem. Ou, como afirma Iamamoto, no nosso caso: “o Serviço Social, como uma das formas institucionalizadas de atuação nas relações entre os homens no cotidiano da vida social, tem como recurso básico de trabalho a linguagem” (IAMAMOTO: 1995; p. 101). É a partir das formas de comunicação que se estabelecem no espaço das instituições onde trabalha o Assistente Social que este profissional poderá construir e utilizar instrumentos e técnicas de intervenção social.

A conscientização a respeito da prevenção e/ou tratamento deveria de modo efetivo alcançar as gestantes, puérperas e seus familiares, porque, em muitas das vezes, o insucesso do tratamento da sífilis perpassa pela história de vida das usuárias, como a preocupação com outros filhos menores de idade, situação em que nos 10 (dez) dias de tratamento inicial da sífilis na maternidade, os filhos são relegados a outro plano, prejudicando a finalização do tratamento da sífilis das puérperas.

Cabe às assistentes sociais e aos demais profissionais da saúde elaborar estratégias através de práticas educativas de modo a atingir as puérperas e gestantes, com intuito da promoção ou prevenção da saúde antes, durante e depois das gestações quando a questão da sífilis, fortalecendo o processo democrático dentro dos serviços de saúde, e o próprio exercício da cidadania.

A atuação dos assistentes sociais dentro unidade materno apresenta-se com um desafio constante, por causa das vulnerabilidades sociais e econômicas das usuárias, cabendo aos mesmos produzir mudanças nas demandas apresentadas.

no horizonte do exercício profissional. No cotidiano das classes vulnerabilizadas, em termos de modificar empiricamente as variáveis do contexto social e de intervir nas condições objetivas e subjetivas de vida dos sujeitos (visando a mudança de valores, hábitos, atitudes, comportamento de indivíduos e grupos). É no cotidiano — tanto dos usuários dos serviços quanto dos profissionais — no qual o assistente social exerce sua instrumentalidade, o local em que imperam as demandas imediatas, e consequentemente, as respostas aos aspectos imediatos, que se referem à singularidade do eu, à repetição, à padronização. O cotidiano é o lugar onde a reprodução social se realiza através da reprodução dos indivíduos (Netto, 1987), por isso um espaço ineliminável e insuprimível. As singularidades, os

imediatismos que caracterizam o cotidiano, que implicam na ausência de mediação, só podem ser enfrentados pela apreensão das mediações objetivas e subjetivas (tais como valores éticos, morais e civilizatórios, princípios e referências teóricas, práticas e políticas) que se colocam na realidade da intervenção profissional.

É preciso que o profissional de Serviço Social desenvolva cada dia mais uma visão mais aguçada, saindo do imediatismo, de funções repetitivas e burocráticas, pois as demandas postas atualmente exigem profissionais mais capacitados, mais resolutivos, que saibam utilizar as três dimensões que norteiam o fazer profissional, que serão abordadas no próximo subitem.

Como já tratado, o profissional de Serviço Social inserido na área da saúde, diante da conjuntura da saúde pública precarizada por poucos investimentos, precisa lidar com disparidades sociais, pautando sua atuação nos princípios expostos no seu Código de Ética, do qual vale citar “na defesa intransigente dos direitos humanos”, cabendo dizer que de fato o profissional de Serviço Social é competente para viabilizar a saúde como direito de todos.

Desse modo, a contribuição do Serviço Social não é só auxiliar os profissionais da área da saúde quando há o enfrentamento e há a necessidade da intervenção do Assistente Social, mas, principalmente, orientar os usuários e em especial viabilizar os direitos básicos das puérperas, gestantes e bebês, que pelas condições sociais das mesmas são desconhecidos. Nessa hora, o profissional atua de forma clara, direta e com uma linguagem de fácil compreensão.

3.8 As três dimensões do saber e fazer profissional

Sendo as três dimensões da atuação do Assistente Social de suma importância para o seu exercer profissional, vale ressaltar que o Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão social do trabalho, e situa-se no processo de reprodução das relações sociais. É fundamental que ele domine cada uma das dimensões e se faz imprescindível que haja articulação entre elas, pois, de forma contrária, acarreta-se a despolitização e a fragmentação.

Na dimensão Teórica-Metodológica, o Assistente Social deverá ser conhecedor dos fatos e das demandas apresentadas pelo usuário, desviar-se do senso comum e do que está posto, objetivando atingir a essência para que possa intervir com base e

propiciar o acesso para viabilizar a garantia dos direitos violados, considerando as particularidades do usuário (CARVALHO e IAMAMOTO, 2005).

Nessa dimensão, o profissional deverá possuir capacitação para conscientização dos aspectos culturais, econômicos, sociais e políticos no universo profissional onde está inserido para que consiga prover novas probabilidades na área profissional (IAMAMOTO, 2004).

Um dos fundamentais objetivos do referencial teórico para um projeto de pesquisa é criar um plano de sustentação sobre o tema que será abordado, oferecendo embasamento e provendo confronto em relação aos resultados a serem conquistados a partir do estudo em desenvolvimento. Para se construir material teórico em prol de uma pesquisa, pode-se fazer uso de artigos, livros, teses, para fundamentar o estudo. O referencial teórico também é conhecido como embasamento teórico ou supervisão bibliográfica e é imprescindível nos trabalhos científicos e acadêmicos, consistindo em uma síntese de discussões já abordadas em autores diversos sobre determinado tema específico.

A dimensão Teórica-metodológica faz-se presente neste estudo na abordagem de autores (livros, artigos) diversos cujas produções são voltadas para o tema deste estudo e a metodologia traçada contemplou a pesquisa bibliográfica, pesquisa exploratória no Campo Empírico da pesquisa, entrevista com as assistentes sociais supervisoras de estágio.

Sobre a competência da dimensão Ético-política, sabe-se que o assistente social realiza sua prática profissional no âmbito das relações contraditórias entre capital e trabalho, e é considerável que se situe politicamente perante às questões que despontam do conjunto de fenômenos sociais no embate das relações de força social e poder que emanam do universo capitalista. O assistente social não pode ser neutro, precisa ter percepção quanto às questões oriundas da realidade social para traçar a direção da sua prática profissional, que deverá ser pautada no Código de Ética Profissional dos assistentes sociais. É indispensável que ele se aproprie dos valores ético-morais que ampara o seu fazer profissional (IAMAMOTO, 2004).

Assistente social, categoria que no seu exercer profissional deverá estar comprometida com a consolidação e a ampliação dos direitos para todos aqueles que se sentiram violados; direito à vida, à educação, à moradia, ao trabalho, a alimentação, ao lazer. É fundamental que o assistente social exerça seu ofício com responsabilidade e competência para que possa materializar esses direitos

fundamentais para que o usuário tenha uma existência com dignidade. A violação desses direitos demonstra a violência social que a classe menos favorecida economicamente vivência, que é a grande parcela da sociedade.

Correlaciona-se a este estudo a dimensão Ético-Política quando, na abordagem sobre a atuação do assistente social na Saúde, cita que esse é o setor que mais emprega assistentes sociais que exercerão sua profissão norteados pelos princípios contidos no Código de Ética do assistente social, pautados na defesa intransigente dos direitos humanos. Também, o assistente social precisa ser conhecedor das políticas que norteiam a área e ter domínio sobre os Parâmetros Específicos da sua profissão, e que, na sua intervenção frente as demandas impostas, deve considerar os fatores políticos, econômicos e sociais que “protegem o direito de ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, o que exige uma consciência sanitária, traduzindo-se em ações operativas de concreção desses direitos” (MIOTO e NOGUEIRA, 2013, p. 68). De acordo com Sodré, a promoção da saúde não é somente questão sanitária, mas “envolvimento e participação de todas as pessoas, organizações da sociedade civil, as associações de bairro etc” (SODRÉ, 2014, P. 73).

Com relação à competência técnico-operativa, objetiva-se que o assistente social apodere-se de habilidades de cunho técnico para intervir junto aos usuários e as imposições das instituições na qual está atuando (Empresas Públicas, privadas, Organizações Não Governamentais, etc.). É imprescindível que o profissional tenha ciência da realidade institucional e dos fenômenos sociais, pois sendo conhecedor irá contribuir para uma atuação responsável e de qualidade na mediação dos conflitos originários das tensões decorrentes das relações antagônicas dos empregadores e trabalhadores (CARVALHO & IAMAMOTO, 2005).

Segundo Santos; Souza; Backk (2012), é relevante citar que:

(...) a dimensão técnico-operativa é constituída dos seguintes elementos: as estratégias e táticas definidas para orientar a ação profissional, os instrumentos, técnicas e habilidades utilizadas pelo profissional, o conhecimento procedimental necessário para manipulação dos diferentes recursos técnicos-operativos, bem como, a orientação teórico-metodológica e ético-política dos agentes profissionais (SANTOS; SOUZA FILHO; BACKK. 2012, p.21).

Sabendo-se que o exercício profissional do assistente social está sujeito à moderação impostas pelas instituições nas quais está inserido, é preciso buscar a

transposição organizando-se politicamente. É relevante que se construam condições intelectuais com capacitação profissional e a produção de conhecimento, pois, com o fortalecimento da organização política, articulação no seio da categoria profissional e a adesão da sociedade, busca-se contribuir na construção de respostas pertinentes às demandas postas ao profissional de Serviço Social. Tendo em vista que o assistente social é um mediador no exercer da sua ação profissional no antagonismo entre capital/trabalho, buscando intervir entre distintos interesses, de acordo com Guerra, esse profissional é composto:

Pela estrutura da própria sociedade na qual o assistente social intervém, pela dinâmica, pelos interesses, objetivos, metas, finalidades das instituições (sejam públicas ou privadas), lócus do trabalho profissional, os limites institucionais ficam evidentes. De outro lado, a profissão também recebe um mandato das classes subalternizadas que reclamam o atendimento de suas necessidades, resultado do seu nível de organização social, o que faz as instituições sociais (contratantes dos assistentes sociais) incorporarem, em alguma medida, tais necessidades e tomam-nas como demandas institucionais a serem atendidas pelo assistente social [...] (GUERRA, 2009, p. 81, grifo do autor).

A Dimensão Técnica-Operativa supera o domínio das técnicas. Esta dimensão refere-se à instrumentalidade do Serviço Social, que é a aptidão adquirida por meio da ação do exercício profissional, propiciando a intervenção nas demandas para oportunizar o acesso para viabilização de direitos à população usuária. A Dimensão Técnica-Operativa encontra-se presente nesta pesquisa em virtude do planejamento realizado para que ela se materializasse e em todo o processo de organização e seleção para contemplar os instrumentos adequados para atingir os dados para análise, que foram coletados através das entrevistas com as assistentes sociais supervisoras do estágio.

Em suma o estudo em tela, traz as dimensões do saber e do fazer profissional, a dimensão teórica metodológica fez-se presente na abordagem de autores(livros e artigos) fundamentado o estudo, a metodológica visou a pesquisa bibliográfica e exploratória no campo empírico da pesquisa, e nas entrevistas realizadas com as assistentes sociais, voltadas para aprender o seu movimento na construção de novas possibilidades em relação ao objeto em tela, já a dimensão ético política está relacionada a postura ética apresentada na pesquisa e do posicionamento político frente às questões vistas e por último a dimensão técnico operativa contemplou os instrumentos e ações utilizadas pelas autoras ao longo do estudo para o sucesso do trabalho de conclusão de curso.

3.9 A contribuição das autoras a partir da dimensão investigativa das assistentes sociais frente ao estudo realizado

Convém salientar que o trabalho realizado foi esclarecedor e ao mesmo tempo desafiador, porque o objeto do estudo ainda apresenta poucas pesquisas no campo de atuação do profissional de Serviço Social, fazendo com que buscássemos elementos principalmente no campo empírico. Usamos como base a dimensão investigativa apresentada pela autora Yolanda Guerra (2009). Isso permitiu, através da narrativa de pesquisa e das entrevistas feitas, desenvolver uma visão em perspectiva para a construção de novas possibilidades profissionais.

Percebe-se que, como futuras assistentes sociais, as autoras deste trabalho terão pela frente barreiras a serem ultrapassadas, não só pelo entendimento conservador, mas por aprofundar um diálogo crítico e construtivo no fazer profissional. O profissional de Serviço Social inserido em qualquer espaço sócio ocupacional deve estar em constante formação profissional, buscando o aprendizado e aperfeiçoamento, contribuindo para as necessidades, interesses e os direitos sociais dos usuários de acordo com projeto profissional.

Segundo Guerra (2009), é essencial não só coordenar e executar políticas sociais, projetos e programas, mas também avaliar, realizar vistorias, coordenar pesquisas, emitir laudos e perícias, emitir pareceres técnicos, contribuir na formação de novos profissionais. Nesse momento, pode-se perceber e sublinhar a dimensão investigativa das competências e atribuições profissionais na atuação do exercício profissional. Por esta razão, a necessidade de cada vez mais ter profissionais capazes de lidar com as dimensões constitutivas dentro das expressões das relações sociais.

O trabalho realizado pelo Serviço Social na unidade hospitalar proporciona às gestantes e puérperas um acolhimento e uma escuta diferenciada. Essa dimensão investigativa do profissional é capaz de identificar outras necessidades sociais que estão postas, que passam despercebidas pelos outros profissionais da maternidade. Abarcar as relações de fatos exige reconhecimento das condições dos processos sociais e suas particularidades sobre o ser social, bem como o método de conhecer o objeto na sua totalidade.

Destaca-se, aqui, que os futuros profissionais dessa área lidarão diretamente com múltiplas expressões da questão social, o que possibilitará executar,

operacionalizar e implementar políticas sociais que podem contribuir para a redução das desigualdades e da exclusão social vivida pelos sujeitos, manifestadas das relações antagônicas oriundas do capital e do trabalho.

Diz Guerra (2009) que todo conhecimento se inicia pelos órgãos dos sentidos (intuição). O empirismo restrito limita o conhecimento a um nível preliminar e estabelece a máxima de que só se aprende a fazer, fazendo. O conhecimento pode partir do senso comum, mas tem que ir além dele. Há que se incorporar este conhecimento, porém, analisá-lo criticamente, negá-lo (o que significa dizer que há mais coisas sobre o objeto do que estamos supondo) e elevá-lo a um novo patamar, o que significa agregar conhecimentos novos, às vezes, abrir mão de velhos preconceitos. A nova síntese permite que o processo se renove através de novo questionamento, cujo resultado tende a ser o aprofundamento do conhecimento sobre o objeto estudado.

O conhecimento oriundo da razão dialética capta o movimento do objeto, a sua lógica de constituição, percebe o que o objeto é e como chegou a ser o que é (seu processo de constituição), quais seus fundamentos, sua capacidade de transformar-se em outro. O conhecimento resultante dos procedimentos da razão vai além da apreensão da imediatez da vida cotidiana. Ele busca captar a processualidade contraditória de seus objetos e visa a refiguração, no nível do pensamento, do seu movimento. O fenômeno é (apenas e necessariamente) o ponto de partida do conhecimento. Nesse nível, o conhecimento se organiza mediante categorias analíticas. Estas são sínteses mentais de esforços em compreender o movimento do real, sua lógica constitutiva é de comportar-se adequadamente frente a ele. O conhecimento é tanto mais verdadeiro enquanto ele conseguir captar, por meio de categorias analíticas, o movimento, as determinações, os modos de ser dos processos analisados, bem como a lógica do movimento de constituição dos processos, que se expressam na consciência do sujeito e se constituem no “concreto pensado” (MARX, 1983, p. 219). Porque incorpora o movimento, a negatividade, o vir a ser dos processos, a razão é dialética. Este é o nível mais alto do conhecimento.

Para bem conhecer o objeto de estudo, é preciso um trabalho que exija preparo, formação, habilidade e competência, isto é, um trabalho intelectual. A pesquisa científica exige do pesquisador rigor, método e técnicas adequadas, e não uma simples sistematização de dados, de modo, que há se desenvolver determinados conhecimentos que são procedimentais. Santos (2006) trata muito bem

da necessidade destes procedimentos no exercício profissional. Guerra (2009) informa que o ranço empiricista leva muitas das vezes a identificar elaboração teórica com sistematização da prática. Pontua-se que ambas as afirmações são importantes, mas sua distinção deve ser feita, em nome do rigor teórico-metodológico.

A pesquisa desenvolvida trouxe elementos que podem ser aplicados de forma efetiva e eficiente não só na unidade materno onde a pesquisa foi desenvolvida, mas em outras maternidades públicas ou particulares que queiram desenvolver um trabalho de acolhimento das demandas e orientação das mesmas no que tange o conhecimento e o tratamento da sífilis. Ficou nítido para as autoras que muitas puérperas desconhecem a sífilis da sua totalidade e, como foi supracitado, as profissionais de Serviço Social somente fazem abordagens às usuárias infectadas com sífilis quando há situações de enfrentamento, auto revelia, resistência ao tratamento.

É preciso o mesmo olhar cuidadoso que se tem com relação ao aleitamento materno, os bebês sem registro, às usuárias infectadas com doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis, nosso objeto de estudo. Urge desenvolver projetos que levem à conscientização da população feminina a se reeducar a um sexo seguro, com uso de preservativos femininos e, a seus parceiros, preservativos masculinos, a importância da periodicidade de exames preventivos, o cuidado com a sua saúde e dos outros. E, nos casos já confirmados de sífilis, deve-se levar as gestantes e puérperas a uma reflexão acerca dos tratamentos para ela e para todos. É oportuno, ainda, aproveitar o período de tratamento que a puérpera e o bebê fazem na CGBP, utilizando a sala de convivência para, através de palestras, dinâmica de grupo, conscientizar do contágio da sífilis, da prevenção e do tratamento de si própria, do seu bebê e de seu companheiro.

Durante a realização das entrevistas, exercitou-se a dimensão investigativa da profissão, já que foram extraídas informações vindas das realidades das gestantes, puérperas e bebês. Realizaram-se pesquisas indiretas em bibliografias que abordam a questão estudada bem como em trabalho de pesquisas já existentes sobre o objeto de estudo. Este conhecimento é uma mediação que se interpõe entre o sujeito e a realidade a ser conhecida.

Ele é testado, validado ou não na realidade. Daí que a postura investigativa do profissional se explicita na realização das suas competências como um todo: nas fases de planejamento, implementação, avaliação e revisão crítica do processo. A

dimensão investigativa está intrinsecamente relacionada com a dimensão interventiva, e a qualidade de uma implica a plena realização da outra (GUERRA, 2009, p.14).

A adoção de uma postura investigativa é essencial para se construir respostas qualificadas às demandas apresentadas durante o exercício profissional. Cabe ressaltar a importância dessa troca com outros profissionais da saúde no campo empírico na perspectiva de viabilizar direitos sociais às gestantes, puérperas e bebês.

Com o estudo realizado sobre a importância do trabalho realizado pelas assistentes sociais da Maternidade Mariana Bulhões junto às gestantes, puérperas atendidas pela unidade citada com quadro de sífilis, foi possível conhecer e refletir acerca dos aspectos diante da dimensão investigativa e sua importância no exercício profissional, para a qualidade dos serviços prestados aos usuários e a colaboração como os demais profissionais da unidade materno. Dessa forma, percebe-se o comprometimento dos profissionais de Serviço Social no campo empírico, reconhecendo a importância da dimensão investigativa da profissão, sem, contudo, deixar de verificar os limites postos em seu cotidiano profissional que interferem em sua operacionalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu um conhecimento aprofundado sobre a questão da sífilis, tendo em vista a inquietude do grande número de gestantes e puérperas infectadas pela doença na Maternidade Municipal Mariana Bulhões.

A partir de toda pesquisa bibliográfica e análise de dados que contribuíram de forma indispensável para este trabalho monográfico, entende-se que a relação contraditória do capitalismo entre classes dominantes e a classe trabalhadora gera grande impacto sobre a sociedade e sobre os indivíduos particularmente, levando-os muitas vezes à medidas extremas de vida e também a uma precarização para classe mais pauperizada.

Segundo apontamentos da Organização Mundial da Saúde (2015), a sífilis, Infecção Sexualmente Transmissível (IST), abrange mais de 12 milhões de pessoas no mundo e eliminá-la permanece sendo um desafio de ordem global, nos sistemas de saúde (OPAS BR, 2019). Apesar destes dados, ainda assim a sífilis não é debatida com intensidade e frequência.

A sífilis é uma infecção que vem se intensificando ainda mais, como apontam os números nos gráficos e tabelas apresentadas ao longo da pesquisa, mesmo com as medidas adotadas a incidência de sífilis e a sífilis congênita continua tendo crescimento no Brasil. A prevalência da sífilis se deu pelo baixo nível socio econômico, a ausência do pré-natal adequado, a falta do uso de preservativo e outros.

O maior desafio que foi encontrado para elaborar a pesquisa, e que não há um grande número de autores que discutam acerca do assunto, e principalmente, autores no âmbito do Serviço Social.

Através dos resultados que foram obtidos durante a pesquisa, compreende-se que é de suma importância a discussão acerca da sífilis no âmbito do Serviço Social.

O Assistente Social na área da saúde é um profissional que está em constante desafio, por conta das vulnerabilidades sociais e econômicas vistas como questões a serem tratadas diariamente, é preciso que o profissional de serviço social tenha conhecimento das políticas que norteiam a sua área e também os parâmetros específicos da sua profissão, sendo pautado pelos seus princípios expostos no seu Código de Ética, no qual vale ressaltar “a defesa intransigente dos direitos humanos”.

As demandas postas aos assistentes sociais não só da saúde, como também das demais áreas, devem ser compreendidas e atendidas com um olhar para além da imediatividade, buscando a origem da questão, pois entende-se que toda demanda que se apresenta, se fundamenta no plano social, para assim se concretizar em sua totalidade.

É preciso também que o profissional de Serviço Social, desenvolva cada vez mais uma visão aguçada, sem fazer funções repetitivas e burocráticas, pois as demandas postas atualmente exigem profissionais mais capacitados, mais resolutivos que sabiam utilizar as três dimensões que norteiam o fazer profissional.

Objetivamos com esta pesquisa fomentar que o assistente social busque novas reflexões e consiga pensar em estratégias de intervenção voltadas para a questão da sífilis; ainda, que a pesquisa fortaleça também toda equipe de profissionais que atua frente a esta demanda para incitar novas estratégias de ações mobilizadoras na política de Saúde que venha contribuir para um atendimento qualificado às gestantes e puérperas, visto que foi realizada uma pesquisa voltada para esse público-alvo. Somente assim será possível contribuir para a criação de

uma sociedade menos excludente, mais democrática e com indivíduos plenos e em consciência de sua emancipação.

Toda esta análise detalhada certifica que as demandas postas ao Serviço Social devem ser compreendidas e atendidas com um olhar para além da imediatividade, buscando a origem da questão, neste atual contexto de diminuição e negação das Políticas Públicas, que visam resultados rápidos para atingir metas institucionais, caracterizando o assistente social como um tarefeiro, ou seja, um mero executor de ordens institucionais. Dado o exposto, reafirma-se a importância de fortalecer a educação no âmbito da saúde por meio de ações de educação permanente.

Na atual conjuntura já é existente ações feitas pelo poder público, mas é preciso aprimorar as questões já existente da incidência da sífilis, como campanhas maciças, distribuição de panfletos e folders, alertando sobre a conscientização a respeito da prevenção e tratamento da infecção, para alcançar as gestantes e puérperas e também praticas educativas voltadas a ensinar a importância do uso do preservativo.

Compreendemos que para além do poder público e os demais profissionais de saúde é preciso que também a sociedade tenha um comprometimento dos agravos da sífilis, no intuito da diminuição e talvez da erradicação da infecção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Maria Alix Leite; SILVEIRA, Claudia Bastos. **Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível - DST.** Esc. Anna Nery R Enferm. vol.11, n.3. [s.l.]: Esc. Anna Nery [online], 2007. vol.11, n.3.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle.** vol.81, n.2. [s.l.]: An. Bras. Dermatol. [online], 2006.

BATTISTELLA, Viviane. **A sociedade mudou, e as famílias também.** Rev. online Obvius. 2015. Disponível em: http://obviousmag.org/vida_manual_do_usuario/2015/a-sociedade-mudou-e-as-familias-tambem.html. Acesso em: 06 jun. 2019.

BENEDITO, Geraldês Neto et alii. **A sífilis no século XVI: o impacto de uma nova doença**. [s.l.]: Arq Ciênc Saúde, 2009.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis – 2018**. Data da publicação: 16.11.2018. Última modificação: 04.12.2018 - 15:40. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em: 18 mai. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Controle da Sífilis Congênita**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. p. 7-53

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica: cartografias da gestão de políticas públicas [versão eletrônica] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.), 2003.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

CASTRO, R. **Contribuição para o estudo de infecção por *Treponema pallidum*: resposta serológica, diagnóstico molecular e genopitagem** (Tese de doutoramento)- Nova CUNHA, Alessandro Ricardo Caruso.

Ciência e Saúde Coletiva DST/Aids de Passos/MG. **DST - J bras Doenças Sex Transm Rotinas de diagnósticos e tratamento das doenças Infecciosas e Parasitárias**. Volume 27, Suplemento 1; 2015.

Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e n. 293/1994.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social**. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Assistência Social**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 1, Brasília: CFESS, 2009.

Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas EC de Revisão nos 1 a 6/94, pelas EC nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008,p.496. Brasília, 2016.

COPELLO, Vaniele. **A Luta Do Movimento Feminista Para A Elaboração De Políticas Públicas De Enfrentamento À Violência Contra A Mulher**. 2017.

COSTA, Danielle Lima. **A política nacional de saúde: o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar**. Artigo. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF; Publicado em: 07 abr. 2017.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. *Cad. Saúde Pública* [online], 1999, vol.15, pp.701-709.

DATASUS. **Sífilis em gestante e congênita - casos confirmados notificados no sistema de informação de agravos de notificação**. Rio de Janeiro. Casos confirmados segundo Município de notificação. Período: 2010-2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisgestanterj.def>. Acesso em: 18 mai. 2019.

DUK, Cristina. **Expressões Da Questão Social Nos Escritórios De Atendimento Jurídico: Possibilidades E Perspectivas De Atuação Para O Serviço Social**, 2006.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 3ª Ed. São Paulo: Centauro, 2006.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. Atlas S.A, 2008.

GRIEBELER, Ana Paula Dhein. **Concepção social da sífilis no Brasil: uma releitura sobre o surgimento e a atualidade**, 2009.

GUERRA Y. **A dimensão investigativa no exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 1995.

GUERRA, Y. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez/CELATS, 1982.

IAMAMOTO, Marilda Villela.
7. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IV Seminário CETROS Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social 29 a 31 de maio de 2013 – Fortaleza – CE – UECE – Itaperi LEITÃO, Eslei Judson Lisboa. et al. **Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal**.

LOCKS, Jéssica Cristina dos Anjos. **As Novas modalidades de família**. Boletim jurídico Publicado em 26 dez. 2012. Disponível em: <https://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/artigo/2728/as-novas-modalidades-familia>. Acesso em: 06 jun. 2019.

MACEDO, Elemir. **Há 100 anos, a descoberta do Treponempallidum**. An. Bras, Dermato, 2005, vol.80, Rio de Janeiro Sept./Oct.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MARTINI, Débora. **A atuação do Assistente Social na saúde: uma reflexão sobre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família do município de Florianópolis**, 2017.

MELLO, Julio de Filho; BURD, Mirian. **O significado da sífilis no universo masculino**: um estudo em representações sociais. Tempus - **Actas de Saúde Coletiva**.

MELLO, LG. **Antropologia cultural iniciação teoria e temas**. 17ª edição, Editora Petrópolis vozes, 2009.

Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**, 2016.

MIOTO, Regina Celia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional**. Rev. Katál Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 61-71, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rk/v16nsp_e/05.pdf Acesso em: 22 abr. 2019.

MORAES, Magali Aparecida Vieira de. **A evolução do conceito de família no ordenamento jurídico brasileiro**. Rev. Jus.com publicado em Mai.2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/28568/a-evolucao-do-conceito-de-familia-no-ordenamento-juridico-brasileiro>. Acesso em: 06 jun. 2019.

NETTO, José Paulo. **Cinco notas a propósito da "questão social"**. Temporalis, n. 3, Brasília: ABEPSS, 2001.

NOGUEIRA, Danielle de Oliveira; SARRETA, Fernanda de Oliveira. **A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: desafios atuais**. LOCAL: EDITORA, ANO.

OLIVEIRA, LPNN **Doença e Família**. São Paulo. Casa do psicólogo, Cad. Saúde Pública. 2015.

OPAS BR. **Organização Mundial da Saúde Pública: novas estimativas sobre sífilis congênita**. Publicado em: 28 de fevereiro de 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-sifiliscongenita&Itemid=812 Acesso em: 18 mai. 2019.

Os vários "tipos" de família. Rev. online Juabrazil. Publicado em 2017. Disponível em: <https://leonardopetro.jusbrasil.com.br/artigos/459692174/os-varios-tipos-de-familia> Acesso em: 15 jun.2019.

PERROT, M. **O nó e o ninho**. Veja 25 anos: Reflexões para o futuro. São Paulo: Abril, 1993. p. 75-81. Número especial. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/Advogadassqn/o-n-e-o-ninho-michelle-perrot> Acesso em: 15 jun.2018.

PIMENTA, Cristina. **Aprendendo sobre AIDS e doenças sexualmente transmissíveis**. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids, Dario Noleto, Série A. Manuais; n. 57, 2003.

POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS. **Eficácia do preservativo masculino**. Programa Nacional de DST e AIDS, **Guia de vigilância epidemiológica**, Editora: Assessoria de Comunicação, 1999.

QUINTINO, Thiago Dias; et al. **As contribuições do Assistente Social no campo da promoção da saúde: desafios e possibilidades**. Rev. APS; 15(3): 345-355. 2012. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/14836/7904> Acesso em: 22 abr. 2019.

RAICHELIS, Raquel. **Legitimidade popular e poder público**. São Paulo: Cortez, 1988.

REGAZZI, João Carlos. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. An. Bras. Dermatol. vol.81, Rio de Janeiro Mar./Apr, 2006.

RIBEIRO, K.C.S.; SILVA, J. da; SALDANHA, A.A.W. **Querer é poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens**. DST – J brasileiro Doenças Sex Transm. DST - J bras Doenças Sex Transm, 2011.

RODRIGUES, Silvio. **Direito civil**. 28ª Ed. rev. e atual. por Francisco José Cahali, de acordo com o Novo Código Civil – Lei nº. 10.406, de 10/01/2002. São Paulo: Saraiva, 2004.

SANTANA, Edith Licia Ferreira Felisberto. **Família monoparental feminina: fenômeno da contemporaneidade?** Rev. Polêmica; v. 13, nº. 2 (2014). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/10618/8518> Acesso em: 06 jun. 2019.

SANTOS, Jonabio Barbosa; SANTOS, Morgana Sales da Costa. **Família monoparental brasileira**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/revistajuridica/Artigos/PDF/JonabioBarbosa_Rev92.pdf. Acesso em: 06 jun. 2019.

SANTOS, Keli Lopes; QUINTANILHA, Bruna Ceruti; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. **A atuação do psicólogo na promoção da saúde**. *Psicol. Teor. Prat.*, São Paulo, v. 12, n. 1, 2010.

Secretaria de Vigilância em Saúde Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

SERJ. Secretaria do Estado do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental Gerência de DST, HIV/ AIDS, sangue e hemoderivados. **Boletim Epidemiológico Sífilis: Adquirida Materna**

e Congênita. n 1/2018. publicada em 25 de outubro de 2018. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=Wn9Vlf7uomU%3D> Acesso em: 18 mai. 2019.

SINAN. Dados Epidemiológicos Sinan. **Doenças e Agravos de Notificação de 2007 em diante.** Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/dados-epidemiologicos-sinan> Acesso em: 18 mai. 2019.

SODRÉ, Francis. **O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde:** tradução, vínculo e acolhimento. Rev. Serv. Soc., São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n117/05.pdf> Acesso em: 22 abr. 2019.

SOUZA NOBRE, Rodrigo Igor Rocha de. **Conceito e evolução do Direito de Família.** Ver. Jus.com. Publicado em ago.2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/29977/conceito-e-evolucao-do-direito-de-familia> Acesso em: 06 jun. 2019.

VAITSMAN, Jeni. **Gênero, identidade, casamento e família na sociedade.** In: PUPPIN, A. B.; MURARO, R. M. (Org.). Mulher, gênero e sociedade. Rio de Janeiro: Relume Dumará, FAPERJ, 2001. p. 13-20.]

WELTER, Belmiro Pedro. **Direitos Fundamentais do Direito de Família.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

WELTER, Belmiro Pedro. **Inconstitucionalidade do processo de adoção judicial,** São Paulo, Revista dos Tribunais, 2004.

ANEXO - MODELO DE TCLE

Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **Qual a importância do trabalho realizado pelas assistentes sociais da Maternidade Municipal Mariana Bulhões, junto às gestantes e puérperas atendidas nesta unidade de saúde com quadro sífilis?** Você foi selecionado por: integrar a equipe de Serviço Social da Maternidade Mariana Bulhões e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são analisar a importância do trabalho realizado pelas Assistentes Sociais da Maternidade Municipal Mariana Bulhões, junto às gestantes e puérperas atendidas nessa unidade de saúde com o quadro de sífilis, localizada no Município de Nova Iguaçu; identificar os fatores que levam ao grande número de gestantes e puérperas infectadas pela sífilis; apreender os motivos que levam determinadas gestantes e puérperas em permanecer na Maternidade para o tratamento de sífilis; reconhecer as ações realizadas pela equipe de Serviço Social; investigar as dificuldades enfrentadas pela equipe de Serviço Social; conhecer as ações que poderiam ser implementadas pelo poder público para prevenir o quadro acentuado de sífilis.

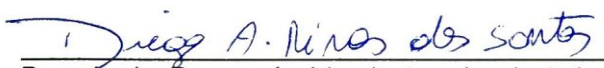
Sua participação nesta pesquisa consistirá em entrevista com os pesquisadores.

Os riscos relacionados com sua participação são tempo despendido para participar da pesquisa e reflexões que irão suscitar ao ser indagada sobre algumas questões.

Os benefícios relacionados com a sua participação são fomentar a discussão sobre o tema informar maiores dados sobre o mesmo.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação por nome ou qualquer forma que possa identificar o entrevistado.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis: Orientador: Profº Diego Augusto Rivas dos Santos; Pesquisadores: Arilene Lopes da Rocha Braga, Isabelle da Silva Florentino, Maria Ivanilda dos Santos Silva de Lima e Marinês Trindade de Paula no e-mail: arilenebraga@unigranrio.br; isabelle.florentino@unigranrio.br; marialima@unigranrio.br; mpaula@unigranrio.br ou nos telefones: (21)983013498; (21)980487212; (21)974520999; (21)974316732.


Pesquisador Responsável (assinatura do orientador)

Diego A. Rivas dos Santos
Mestre em Serviço Social
Inscrição de Registro em Serviço Social
Nº 21.218 7ª Região
diego@unigranrio.edu.br

APÊNDICE: ROTEIRO DA ENTREVISTA



1-Para você quais os fatores que levam ao grande número de gestantes e puérperas infectadas pela sífilis?

2- No seu entendimento quais são os motivos que levam determinadas gestantes e puérperas a relutar em permanecer na Maternidade, para o tratamento da sífilis?

3- Como é feita a intervenção do serviço social, junto às puérperas e gestantes infectadas pela sífilis ?

4- Ao seu ver, quais são as dificuldades enfrentadas pela equipe de Serviço Social, junto às puérperas e gestantes infectadas pela sífilis?

5- Na sua percepção, quais ações que poderiam ser implementadas pelo poder público, para prevenir o quadro acentuado de sífilis?