

UFF – Universidade Federal Fluminense  
ESS – Escola de Serviço Social  
PPS – Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social  
Mestrado em Política Social

**NILENE DOS SANTOS SOUZA**

**A SÍFILIS GESTACIONAL E SUA DETERMINAÇÃO SOCIAL:  
Estudo das particularidades de raça, classe, gênero e território no Centro  
de Testagem e Aconselhamento em Campos dos Goytacazes, RJ**



Niterói – RJ  
Junho/2023

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

NILENE DOS SANTOS SOUZA

**A SÍFILIS GESTACIONAL E SUA DETERMINAÇÃO SOCIAL:  
Estudo das particularidades de raça, classe, gênero e território no Centro  
de Testagem e Aconselhamento em Campos dos Goytacazes, RJ**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense – UFF, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Área de Concentração: Sujeitos sociais e proteção social.

Carlos Antonio de Souza Moares  
Orientador

Niterói - RJ  
Junho/2023

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG  
Gerada com informações fornecidas pelo autor

S719s Souza, Nilene dos Santos  
A SÍFILIS GESTACIONAL E SUA DETERMINAÇÃO SOCIAL : Estudo das particularidades de raça, classe, gênero e território no Centro de Testagem e Aconselhamento em Campos dos Goytacazes, RJ / Nilene dos Santos Souza. - 2023.  
172 f.

Orientador: Carlos Antonio de Souza Moraes.  
Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, Niterói, 2023.

1. Sífilis Gestacional. 2. Determinação Social. 3. Determinantes Sociais da Saúde. 4. Raça. 5. Produção intelectual. I. Moraes, Carlos Antonio de Souza, orientador. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD - XXX

NILENE DOS SANTOS SOUZA

**A SÍFILIS GESTACIONAL E SUA DETERMINAÇÃO SOCIAL:  
Estudo das particularidades de raça, classe, gênero e território no Centro de Testagem e  
Aconselhamento em Campos dos Goytacazes, RJ**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense – UFF, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Área de Concentração: Sujeitos sociais e proteção social.

Aprovado em \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ 2023.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – (Orientador - PPGPS/UFF),

---

Profa. Dra. Valentina Sofía Suárez Baldo – UERJ (2ª Examinadora – UERJ)

---

Profa. Dra. Jussara Francisca de Assis dos Santos – UFF (3ª Examinadora – UFF)

---

Profa. Dra. Ariane Rego de Paiva – (Suplente / PPGSS-PUC/RJ);

Niterói - RJ  
2023

*Dedico esta dissertação à minha mãe Helena, uma mulher forte e guerreira que sempre foi minha guia neste caminho da vida. Hoje, olhando para trás, percebo que nada teria sido possível sem seu amor incondicional e sua dedicação incansável em me dar o melhor.*

*Dedico ao meu saudoso pai Ananias, meu “Maça”- que, embora não esteja mais fisicamente presente neste mundo - está sempre presente em meu coração, me guiando nos momentos mais difíceis*

*Por último, mas não menos importante, dedico esta dissertação a meu padrasto Celso Frias (em memória), pessoa tão especial em minha vida e que foi um exemplo de perseverança e determinação, me ensinando que é possível superar todos os obstáculos com fé e força de vontade.*

## AGRADECIMENTOS

Iniciar agradecendo a Deus é um ato de humildade, reconhecendo que sem Sua ajuda todo este projeto não seria possível. Sendo assim, quero expressar minha profunda gratidão a Ele por iluminar meu caminho, me dar discernimento e por ser minha fonte de inspiração e força em todos os momentos.

Aos meus pais, Ananias (*in memoriam*) e Helena Maria, minha gratidão eterna por terem me transmitido valores importantes, me apoiado incondicionalmente e acreditado em mim mesmo quando eu não acreditava. Sei que sem o amor, confiança e educação que recebi deles, eu nunca teria chegado tão longe. Dedico essa conquista a vocês, que semearam em mim o que há de melhor.

Ao meu padraсто, Celso (*in memoriam*), gostaria de expressar minha profunda gratidão por ter sido uma voz amiga em momentos de incerteza. Agradeço por todo o aprendizado que recebi e pelas lembranças que ficaram.

Ao meu professor e orientador, Carlos, agradeço o tempo e atenção que dedicou a mim durante estes meses de trabalho. Sempre atencioso, disposto a ouvir e colaborar, você me ajudou a enfrentar as dificuldades que surgiram no meio do caminho. A partir do seu conhecimento e sabedoria, pude aprimorar meu pensamento crítico e expandir meus horizontes, adquirindo uma compreensão mais profunda do tema estudado. Sua orientação, conselhos e esclarecimentos foram fundamentais para que eu pudesse desenvolver minha pesquisa com segurança e confiança. Enfim, é difícil expressar em palavras o quanto sou grata por ter tido a oportunidade de ter um orientador como você. Espero que esta dissertação seja uma pequena manifestação de todo o aprendizado, experiência e amizade conquistados ao longo do caminho.

Ao meu amigo e companheiro de longa data, Rafael Tudesco, meus mais sinceros agradecimentos por sua amizade e presença constante em minha vida que foram fundamentais para que eu pudesse não só ter chegado até aqui, mas também enfrentar os desafios apresentados ao longo deste último período. Seu apoio incondicional, paciência e compreensão me sustentaram em momentos de incerteza, sempre me incentivando a seguir em frente.

A todos os meus familiares e amigos que estiveram ao meu lado durante esta caminhada, obrigada por acreditarem em mim e por serem fonte de motivação em todo o percurso. A todos esses, que fazem parte do meu círculo de amor, peço que saibam que valorizo profundamente cada gesto, palavra e atitude.

Gostaria ainda de expressar minha sincera gratidão a todos do Centro de Testagem e Aconselhamento de Campos dos Goytacazes, RJ, pela oportunidade de realizar minha pesquisa

em suas instalações. Agradeço a todos os membros da equipe pelo seu profissionalismo, apoio e disponibilidade em me ajudar em tudo o que foi necessário para desenvolver o trabalho. Não tenho palavras para expressar o quão importante foi esse suporte para o sucesso da minha pesquisa. Espero que essa parceria entre nós e a instituição possa ser ampliada em futuras pesquisas e, assim, continuar contribuindo para a melhoria da saúde da população.

Ao finalizar, quero deixar meu agradecimento a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta dissertação. Espero ter conseguido transmitir a clareza e o aprendizado que absorvi durante essa jornada e que possa, de alguma forma, também servir de incentivo e inspiração para outras pessoas que estão em busca de seus sonhos.

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota” (Madre Teresa de Calcutá).*

## RESUMO

Esta dissertação objetiva analisar a incidência de sífilis em gestantes no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), do Programa Municipal IST/AIDS, em Campos dos Goytacazes, RJ, entre 2018 e 2021, a partir das contribuições da epidemiologia latino-americana sobre as determinações sociais do processo saúde-doença, com enfoque nas categorias raça, classe, gênero e território. A análise particulariza a cidade de Campos, RJ, considerando o seu processo sócio-histórico, desde seus primeiros habitantes indígenas, o período de escravização de corpos negros, o trabalho com a cana-de-açúcar, até a descoberta e o desenvolvimento da exploração do petróleo. Evidências de que a população campista, predominantemente negra, vivencia processos de violência, exploração, discriminação e exclusão que determinam processos de adoecimento e morte. Para a construção e o desenvolvimento da pesquisa, recorreu-se ao materialismo histórico-dialético, como perspectiva teórico-metodológica, a pesquisa de tipo exploratória, através de abordagem quali-quantitativa e de estudo bibliográfico e documental. Para a realização da pesquisa documental, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Foram analisados 166 prontuários de gestantes com sífilis atendidas no CTA em Campos dos Goytacazes, entre 2018 e 2021, representando 30,29% do total de prontuários de mulheres atendidas nesta instituição, no período em questão. Em relação à dimensão de classe social, os resultados apontaram que as gestantes diagnosticadas com sífilis vivenciam situações de pobreza que interpela grande parte da classe trabalhadora. No que se refere a dimensão racial, constatou-se que as gestantes negras apresentam maior suscetibilidade à contaminação, uma situação que se justifica pela determinação social do processo de adoecimento, dado o contexto cultural, socioeconômico e político capitalista, com particularidades no Brasil e no Norte Fluminense. Quanto ao gênero e raça, a cidade revela a face patriarcal e agrária, com base nas quais se dão as relações de poder sobre os gêneros. O subdistrito de Guarus, estigmatizado desde o período da escravidão, possui a maior incidência de sífilis nas gestantes atendidas no CTA, uma situação que está ligada ao racismo estrutural e à segregação sócio racial. Dessa forma, é possível afirmar que as mulheres negras, residentes na periferia, vivenciam uma intersecção de diversas formas de opressão. Por fim, os resultados apontam para a invisibilidade das mulheres negras, nos registros e produções relativas à história da cidade, bem como, em quantitativo significativo dos prontuários investigados no CTA, em Campos, que subnotificam a dimensão racial, fator que impacta negativa e diretamente na gravidade da epidemia de sífilis em gestantes no território de Guarus e na cidade de Campos dos Goytacazes, RJ.

**Palavras-chave:** Sífilis Gestacional; Raça; Classe; Território; Determinação social.

## ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the incidence of syphilis in pregnant women at the Testing and Counseling Center (CTA), of the Municipal IST/AIDS Program, in Campos dos Goytacazes, RJ, between 2018 and 2021, based on the contributions of Latin American epidemiology on the social determinations of the health-disease process, focusing on the categories race, class, gender and territory. The analysis particularizes the city of Campos, RJ, considering its socio-historical process, from its first indigenous inhabitants, the period of enslavement of black bodies, the work with sugar cane, until the discovery and development of oil exploration. Evidence that the camper population, predominantly black, experiences processes of violence, exploitation, discrimination and exclusion that determine processes of illness and death. For the construction and development of the research, historical-dialectical materialism was used, as a theoretical-methodological perspective, exploratory research, through a qualitative-quantitative approach and bibliographic and documental study. In order to carry out the documentary research, the project was submitted to Plataforma Brasil and approved by the Research Ethics Committee. A total of 166 medical records of pregnant women with syphilis treated at the CTA in Campos dos Goytacazes, between 2018 and 2021, were analyzed, representing 30.29% of the total medical records of women treated at this institution, in the period in question. Regarding the social class dimension, the results indicated that pregnant women diagnosed with syphilis experience situations of poverty that challenge a large part of the working class. With regard to the racial dimension, it was found that black pregnant women are more susceptible to contamination, a situation that is justified by the social determination of the illness process, given the cultural, socioeconomic and capitalist political context, with particularities in Brazil and in the North of Rio de Janeiro. As for gender and race, the city reveals a patriarchal and agrarian face, based on which power relations over genders take place. The sub-district of Guarus, stigmatized since the period of slavery, has the highest incidence of syphilis in pregnant women treated at the CTA, a situation that is linked to structural racism and socio-racial segregation. In this way, it is possible to affirm that black women, living in the periphery, experience an intersection of different forms of oppression. Finally, the results point to the invisibility of black women, in the records and productions related to the history of the city, as well as in a significant number of medical records investigated in the CTA, in Campos, which underreport the racial dimension, a factor that negatively and directly impacts the severity of the syphilis epidemic in pregnant women in the territory of Guarus and in the city of Campos dos Goytacazes, RJ.

Keywords: Gestational Syphilis; Race; Class; Territory; Social determination.

## SUMÁRIO

<b>1 PARA A ANÁLISE DAS DETERMINAÇÕES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: SAÚDE, DOENÇA E SUAS DISTINTAS CONCEPÇÕES.....</b>	<b>33</b>
<b>1.1 Determinação social <i>versus</i> Determinantes Sociais do processo de adoecimento: aproximações às produções brasileiras.....</b>	<b>33</b>
1.1.1 A teoria dos Determinantes sociais da saúde.....	37
1.1.2 A teoria da Determinação Social da Saúde.....	40
1.1.3 Determinantes Sociais da Saúde <i>versus</i> Determinação Social da Saúde: aproximações e distanciamentos.....	44
<b>2. A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E SUA PARTICULARIDADE NO BRASIL.....</b>	<b>49</b>
<b>2.1 Para análise da determinação social da saúde e de suas particularidades no Brasil: Trabalho, classe social e sociabilidade capitalista.....</b>	<b>49</b>
<b>2.2 Para análise da determinação social da saúde e de suas particularidades no Brasil: as trabalhadoras negras.....</b>	<b>63</b>
<b>3. CAMPOS DOS GOYTACAZES, “TERRA FEITA DE LUZ E MADRIGAIS?”: do desenvolvimento ao desalento.....</b>	<b>70</b>
<b>3.1 Dos indígenas aos escravizados, dos trabalhadores da cana aos embarcados.....</b>	<b>70</b>
3.1.2 Os primeiros habitantes da planície <i>Goytacá</i> .....	71
<b>3.2 Entre a terra indígena e a mão de obra escravizada: a formação de Campos dos Goytacazes.....</b>	<b>76</b>
<b>3.3 Entre canaviais e plataformas: a persistência da exploração e exclusão do povo preto na indústria sucroalcooleira e petrolífera em Campos, RJ.....</b>	<b>89</b>
<b>4 A SÍFILIS GESTACIONAL E SUA DETERMINAÇÃO SOCIAL NA PARTICULARIDADE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ.....</b>	<b>96</b>
<b>4.1 Caracterização do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Programa Municipal IST/AIDS em Campos dos Goytacazes, RJ.....</b>	<b>96</b>
<b>4.2 Determinação social e configurações da sífilis gestacional em Campos dos Goytacazes, RJ.....</b>	<b>103</b>
4.2.1 Sífilis em gestantes e Grávidas: desafios sociais e de saúde em um território de desigualdades.....	106

4.2.2 Perfil sociodemográfico das gestantes.....	123
4.2.3 Covid-19 e Sífilis gestacional: implicações para o tratamento .....	138
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>146</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>154</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>170</b>
ANEXO 1 Ficha de investigação do SINAN de sífilis em gestante.....	170
ANEXO 2 Prontuário único do CTA campos, RJ (folha 1).....	171
ANEXO 3 Prontuário único do CTA campos, RJ (folha 2).....	172

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> – Estimativas da sífilis adquirida pelo mundo.....	16
<b>FIGURA 2</b> - Casos de sífilis adquirida notificados nas regiões geográficas, por ano de diagnóstico, entre 2010 e 2020 .....	16
<b>FIGURA 3</b> - Taxa de detecção de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, por 100.000 habitantes, entre 2010 – 2020.....	17
<b>FIGURA 4</b> - Mapa da cidade de Campos dos Goytacazes, RJ.....	22
<b>FIGURA 5</b> - Cidade de Campos dividida entre as margens direita e esquerda do rio Paraíba.....	24
<b>FIGURA 6</b> - Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde.....	38
<b>FIGURA 7</b> – Um indígena Goytacá.....	74
<b>FIGURA 8</b> – Ossadas de <i>Goytacás</i> encontradas no sítio arqueológico do Caju.....	75
<b>FIGURA 9</b> - Centro de Testagem e Aconselhamento em Campos dos Goytacazes, RJ.....	99
<b>FIGURA 10</b> - Mapa com os distritos da cidade de Campos dos Goytacazes, RJ.....	100

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> Principais autores e temas.....	30
<b>QUADRO 2</b> Dados separados para realização da busca ativa no registro geral, disponibilizados via excel.....	111
<b>QUADRO 3</b> Condições encontradas após busca ativa.....	111
<b>QUADRO 4</b> Casos de sífilis em gestantes registrados em 2018.....	112
<b>QUADRO 5</b> Casos de sífilis em gestantes registrados em 2019.....	112
<b>QUADRO 6</b> Casos de sífilis em gestantes registrados em 2020.....	113
<b>QUADRO 7</b> Casos de sífilis em gestantes registrados em 2021.....	113
<b>QUADRO 8</b> Sífilis em gestantes por raça/cor.....	116
<b>QUADRO 9</b> Sífilis por bairro/localidade.....	119
<b>QUADRO 10</b> Gestantes com sífilis oriundas de outras cidades.....	120
<b>QUADRO 11</b> Sífilis por idade e ano.....	124
<b>QUADRO 12</b> Sífilis por escolaridade.....	127
<b>QUADRO 13</b> Sífilis por local de encaminhamento.....	128
<b>QUADRO 14</b> Período gestacional da descoberta diagnóstica.....	129
<b>QUADRO 15</b> Autorização para contato .....	132
<b>QUADRO 16</b> Autorização para contato de gestantes por grau de parentesco ou proximidade.....	132
<b>QUADRO 17</b> Conclusão do tratamento .....	135
<b>QUADRO 18</b> Casos de sífilis congênita.....	144
<b>QUADRO 19</b> Descrição da condição da mãe após busca ativa dos prontuários.....	144

## **LISTA DE SIGLAS**

**ABRASCO** - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**CEBES** - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

**CDSS** - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

**CF** – Constituição Federal

**CNS** - Conferência Nacional da Saúde

**CTA** - Centro de Testagem e Aconselhamento

**DSS** - Determinantes Sociais da Saúde

**ELA** – Epidemiologia Latino-americana

**ENA** - Epidemiologia Norte Americana

**HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IST** – Infecção Sexualmente Transmissível

**MHD** - Materialismo Histórico-dialético

**MRSB** - Movimento da Reforma Sanitária

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde

**RSB** - Reforma Sanitária Brasileira

**SG** – Sífilis em Gestantes

**SINAN** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

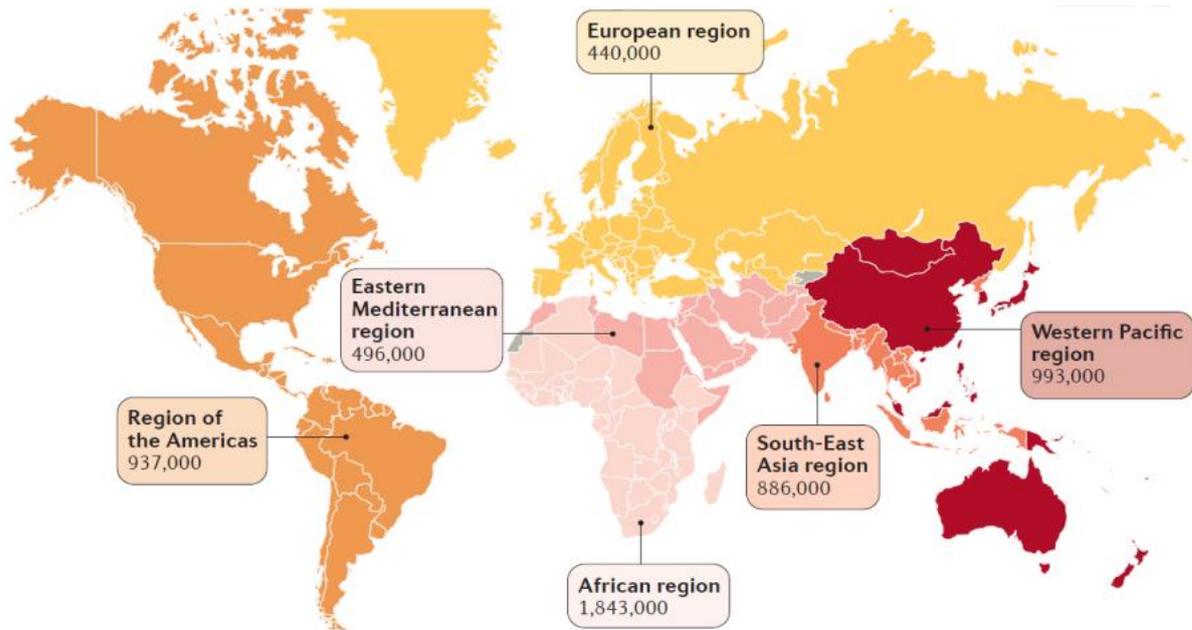
**SUS** – Sistema Único de Saúde

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado propõe investigar o fenômeno da sífilis gestacional na particularidade do Programa Municipal IST/AIDS em Campos dos Goytacazes, RJ a partir do debate produzido pela Epidemiologia Latino-Americana (ELA) a respeito da determinação social do processo saúde-doença. Esta proposta se vincula ao Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social, da Universidade Federal Fluminense, mais especificamente, a Área de Concentração *Sujeitos Sociais e Proteção Social* e a linha de pesquisa *Formação e Trabalho Profissional na Política Social*. Sua pertinência e aderência às mesmas decorrem do fato de agregar análises a respeito “das políticas sociais nos diversos cotidianos institucionais” (Informação extraída do Site oficial do PPGPS, 2021).

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

Dados recentes indicam que a sífilis registra cerca de seis milhões de novos casos em todo o mundo (OPAS, 2019). A vulnerabilidade social de uma considerável parcela da população mundial, principalmente em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil, contribui para o avanço da infecção. De acordo com a figura 1, que apresenta estimativas da OMS sobre a incidência de casos por região em 2012, é possível observar um panorama da sífilis global

**FIGURA 1: ESTIMATIVA DA SÍFILIS ADQUIRIDA PELO MUNDO**

Fonte: Benzaken (2018)

Neste quadro, a assistência pré-natal insuficiente é apontada como um dos principais fatores determinantes para a elevada incidência da sífilis congênita em âmbito global. Além disso, outros fatores estão correlacionados, como a situação de pobreza, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), o uso abusivo de substâncias e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2013)

No Brasil, estima-se que ocorram, aproximadamente, 18 novos casos por hora (BRITO, 2020). Referente a sífilis adquirida no país, conforme apresentado na figura 2, verifica-se que atualmente há maior notificação de casos da IST nas regiões sudeste e sul, seguidas das regiões nordeste e centro-oeste.

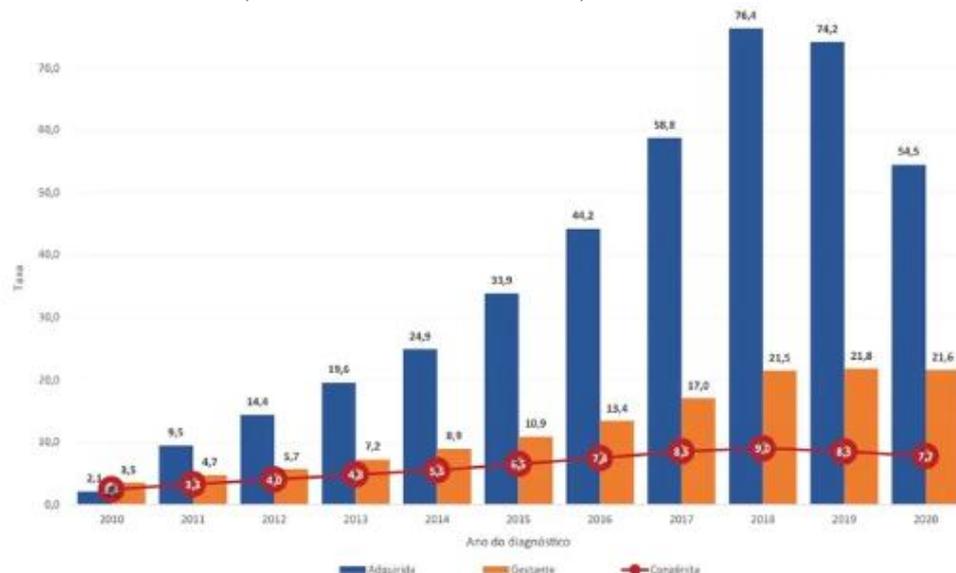
**FIGURA 2: CASOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA NOTIFICADOS NAS REGIÕES GEOGRÁFICAS, POR ANO DE DIAGNÓSTICO, ENTRE 2010 e 2020**

Fonte: Ministério da Saúde (2021)

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

Ademais, constata-se no Brasil uma alta prevalência de casos de sífilis em gestantes (figura 3), o que gera preocupação, principalmente em relação à probabilidade de ocorrência da sífilis congênita, cujas chances são estimadas em aproximadamente 80% quando há ausência de tratamento ou tratamento inadequado da mãe. Além disso, existem outros fatores de risco que contribuem significativamente para o aumento das chances de sífilis congênita, tais como a gravidez em idade precoce, o nível educacional baixo, o histórico ISTs, a presença de sífilis em gestações anteriores, a exposição a múltiplos parceiros sexuais e a baixa renda.

**FIGURA 3: TAXA DE DETECÇÃO DE SÍFILIS ADQUIRIDA, SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS CONGÊNITA, POR 100.000 HABITANTES, ENTRE 2010 - 2020**



Fonte: Ministério da Saúde (2021)

O número de mortes fetais em decorrência da sífilis, em todo o mundo, só perde para mortes fetais decorrentes da malária (OPAS, 2019). Além disso, cerca de 40% das mulheres grávidas não tratadas durante a gestação sofrem abortamentos, morte perinatal ou neonatal (DAMASCENO *et al.*, 2014).

Diante desses dados preliminares, parte-se do *pressuposto* de que o fenômeno mundial de avanço da sífilis se configura para além da perspectiva tradicional-conservadora da relação saúde-doença, uma vez que também está circunscrito às determinações sociais do processo de adoecimento. Apesar de as gestantes mais pobres não serem exclusivamente acometidas pela doença, é possível afirmar que, dentre seus principais fatores de risco e consequências, a classe trabalhadora, especialmente as mulheres negras, com baixa escolaridade, em situações de pobreza e vulnerabilidade, tendem a iniciar o pré-natal mais tardiamente, o que, no conjunto, pode contribuir para que sejam acometidas pela sífilis em período gestacional (SOUZA, MORAES, 2021). Diante disso, nesta dissertação, objetivamos abordar a categoria determinação social da saúde, analisando, a partir das contribuições da ELA, a prevalência da sífilis em gestantes no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), em Campos dos Goytacazes, no Norte Fluminense. Para esta análise, propõe-se aprofundar os estudos a partir das categorias: classe, raça, gênero e território.

Como mulher negra, oriunda de uma família de baixa renda e residente em Araruama, região rural do Rio de Janeiro, tornar-me a primeira da minha família a obter um diploma de graduação e posteriormente cursar um mestrado foi uma conquista significativa. Minha trajetória acadêmica foi marcada por diversas dificuldades e obstáculos, incluindo o acesso limitado a serviços de saúde e educação de qualidade, bem como ao mercado de trabalho e a outros setores importantes da sociedade, os quais são consequências explícitas de desigualdades estruturais e do racismo presente em nosso país. A partir dessas vivências, procurei conduzir estudos e pesquisas que permitissem a análise da relação entre saúde e a condição social dos indivíduos como trabalhadores, considerando ainda sua raça.

Esta proposta se origina por meio do trabalho de conclusão de curso (TCC) intitulado: *SÍFILIS EM GESTANTES COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL: um estudo a partir do Programa Municipal IST/AIDS em Campos dos Goytacazes*, apresentado a Universidade Federal Fluminense/Departamento de Serviço Social de Campos, em fevereiro de 2021, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

O TCC foi construído a partir de experiência de estágio supervisionado em Serviço Social realizado no Programa Municipal IST/AIDS, no período de agosto de 2017 a dezembro de 2018. Através da observação participante e das análises articuladas e empreendidas em sala de aula, na disciplina de Estágio em Serviço Social, surgiram inquietações referentes aos atravessamentos de questões sócio raciais na saúde durante os atendimentos de gestantes com sífilis na instituição, sobretudo pela prevalência da infecção em gestantes e/ou puérperas.

Tais inquietudes foram parcialmente respondidas a partir do projeto de pesquisa intitulado: *CDIP II e o Serviço Social: estudo dos fatores sociais que determinam a sífilis gestacional*, desenvolvido na disciplina de Pesquisa em Serviço Social, no ano de 2019. Inicialmente identificou-se o quantitativo total de 279 prontuários de mulheres atendidas no programa, dentre os quais, 76 se referiam às gestantes/puérperas com sífilis, representando 27,2% do total. A análise dos 76 prontuários permitiu-nos verificar que houve significativo aumento de novos casos da infecção em gestantes atendidas pela instituição, com crescimento de 73,7% no período de 2016 – 2017.

Ademais, os resultados analisados com maior detalhamento no TCC, apontaram que, majoritariamente, as gestantes com sífilis atendidas no Programa Municipal IST/AIDS e Hepatites Virais possuíam entre 20 e 29 anos e residiam no 6º distrito da cidade, denominado Guarus, marcado desde a sua constituição, pela segregação social. Além disso, possuíam baixo grau de escolaridade, sendo o ensino fundamental incompleto o mais informado entre elas. Outro dado relevante na pesquisa diz respeito ao fato de que quase metade das gestantes descobriram a doença durante o parto, aborto e morte neonatal e que todos os encaminhamentos foram oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS) ou de hospitais filantrópicos.

Ressalta-se ainda que a pesquisa verificou a ausência do preenchimento da variável raça nos formulários<sup>1</sup> e a falta de informações referentes a comunicação da infecção aos parceiros sexuais das gestantes diagnosticadas com sífilis.

As análises desenvolvidas a partir destes resultados apontaram para a necessidade de ampliar as investigações, fundamentando a proposta apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense. Sendo assim, a proposta consiste em, a partir do debate produzido pela ELA a respeito da determinação social do processo saúde-doença, recorrer a análise dos prontuários, dos anos subsequentes (2018, 2019, 2020 e 2021) do Programa Municipal IST/AIDS e Hepatites Virais, em Campos dos Goytacazes, RJ.

Na pesquisa para a dissertação optamos pelo referido recorte temporal tendo em vista que se faz necessária a atualização dos estudos documentais que originaram o projeto de pesquisa e o TCC, preservando a identidade, endereço, número de telefone ou quaisquer informações que possam identificar as gestantes. Vale ressaltar que os anos de 2020 e 2021

---

<sup>1</sup> Embora tenha se identificado a ausência dessa variável, identificou-se segundo o censo de 2010 que as mulheres em Guarus somavam cerca 52,3% da população e 34% destas possuíam entre 15 e 34 anos. Ademais, atualmente 50% da população de Campos se autodeclara negra (IBGE, 2021) e tendo em vista suas características sócias históricas e que a maior concentração populacional da cidade está localizada no Parque Guarus, subentende-se que a maioria da população residente no bairro é de identidade negra.

serão tratados considerando às especificidades do contexto pandêmico que pode influenciar os dados a respeito da sífilis gestacional no município.

Para tanto, publiquei alguns artigos em periódicos reconhecidos na área, como a Revista Sociedade em Debate (SOUZA; MOARES, 2021) e apresentei trabalhos em importantes eventos, como o II Encontro Nacional de Trabalho Interdisciplinar e Saúde (SOUZA; FREITAS; MORAES, 2021). Inclusive, em 2022 tive a oportunidade de trabalhar como recenseadora para o Censo 2020, pelo IBGE, valorizando a proximidade com a região de Guarus, análise frequente em meus estudos, objetivando afastar a visão impessoal e fria que ocorre em estudos baseados em documentos e literaturas, e me aproximar da comunidade, da terra, e vivenciar o dia a dia das pessoas que tem sido objeto de meu trabalho. Essas experiências foram fundamentais para a consolidação de nosso estudo e aprimoramento contínuo de nossa pesquisa.

Tendo em vista tais considerações, o estudo propõe se aproximar dos debates empreendidos pela Epidemiologia Norte Americana (ENA) acerca dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), disseminado internacionalmente pela OMS como referência nos estudos sobre a relação entre o campo social e a saúde. Contudo, considerando o debate gerado pela ELA sobre a perspectiva da chamada determinação social da saúde que vem ganhando evidência na América Latina desde a década de 1970, promovendo uma nova interpretação da saúde pública, questionando os limites do paradigma biomédico na explicação da doença e oferecendo soluções satisfatórias para melhorar as condições de saúde coletiva, optamos por trabalhar com essa perspectiva, ainda que reconheçamos as importantes contribuições da ENA.

A determinação social da saúde como descreve Teixeira (1989, p. 22), “[...] busca apreender as determinações contraditórias e simultâneas decorrentes de necessidades do capital e do trabalho”, cuja abordagem não contradiz a identificação biológica das condições de saúde, mas tenta determinar sua importância diante de condições comportamentais e sociais (TEIXEIRA, 2009).

Pautado no campo teórico e político marxista, a ELA entende que a saúde da população está intrinsecamente conectada ao regime de acumulação capitalista e aos avanços do capital. Sendo o processo de saúde e doença concebidos por meio desse contexto, que envolve elementos e condições postas no campo da estrutura e superestrutura da sociedade, produção e redistribuição de recursos e que o combate às iniquidades em saúde e garantias de acesso a direitos em saúde, só poderão ser assegurados por meio de mudanças dessa estrutura de sociedade (ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008).

Destaca-se que, na perspectiva das DSS, a saúde é analisada a partir do princípio de totalidade o que compreende o processo saúde-doença como historicamente decorrente das formas de produção e reprodução social. Em outras palavras, verificamos que a saúde é um reflexo da contradição entre as classes sociais e exprime os embates entre os interesses contraditórios no âmbito das lutas provenientes da relação capital *versus* trabalho.

A análise da saúde como resultante de uma concepção político-ideológica é revolucionária, porque destaca a saúde enquanto questão social e política, direcionada ao enfrentamento e suplantação a sociedade capitalista (MOREIRA, 2013). A vista disso, pensar a saúde dos trabalhadores, enquanto questão social e de ordem política, significa considerar que a saúde necessita de intervenção política. Assim, a determinação social e a política são inseparáveis. Fleury-Teixeira e Bonzo (2010) corroboram essa análise ao afirmarem que

(...) a política é um componente essencial da determinação social dos indivíduos em geral e, portanto, também da determinação social da saúde. Por outro lado, o conhecimento, tácito e explícito, popular ou científico, e a militância técnica no campo da determinação social da saúde podem ter impacto real significativo sobre as práticas políticas. Dito de outro modo, a política tem um papel central no ordenamento social, e a saúde constitui tema bastante sensível para o universo político, ao passo que a determinação social da saúde potencializa ainda mais esse caráter crítico, pois vincula diretamente a saúde de indivíduos e populações ao ordenamento social (FLEURY-TEIXEIRA; BONZO, 2010, p. 37).

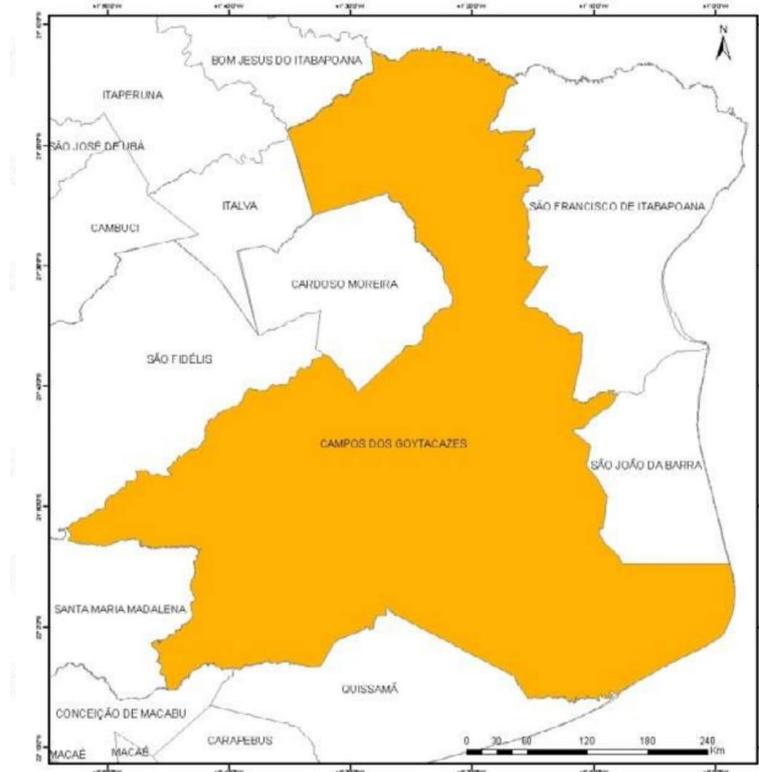
Apesar de destacarmos ambos conceitos nesse trabalho, evidenciando aproximações e divergências, considerando a relevância de suas análises para a compreensão do processo saúde-doença e enfrentamento das desigualdades em saúde, para o desenvolvimento do estudo proposto, optamos pela interpretação dessas categorias à luz do que defende a ELA, a partir de produções predominantemente brasileiras (ALMEIDA-FILHO, 2021; BARATA, 2009, etc.) em detrimento da ENA, defendida pela matriz dominante.

O recorte geográfico dessa pesquisa é a cidade de Campos dos Goytacazes, RJ (figura 4). Campos é a maior cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro, ocupando uma área de aproximadamente 4.032,487 km<sup>2</sup>. Segundo o IBGE<sup>2</sup> (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) sua população, em 2021, foi estimada em 514.643 pessoas, com densidade geográfica aproximada de 115,16 hab/km<sup>2</sup>. O salário médio mensal girava em torno de 2,4 salários-mínimos, ocupando o 16º maior rendimento entre as 92 cidades do estado do Rio de Janeiro. À época (2021), a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 19.1%, contudo dados recentes divulgados pela Secretaria de Desenvolvimento Humano e Social da cidade, revelaram que, atualmente, 25,2% da população vive em extrema pobreza.

---

<sup>2</sup> Informações retiradas diretamente do site do IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/campos-dos-goytacazes/panorama>

**FIGURA 4: MAPA DA CIDADE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ**



Fonte: CIDAC, 2018

A economia da cidade campista sempre foi destaque no cenário econômico do país: já foi considerado o município com maior produção açucareira entre o século XIX e meados do século XX e, no final do século XX e início do século XXI, ampliou seu ciclo expansivo a partir da extração e produção de petróleo e gás, sendo atualmente um dos maiores produtores mundiais (SILVA; HASENCLEVER, 2019).

Se atualmente, Campos se destaca pela exploração do petróleo e do gás, no passado, a exploração do trabalho escravizado foi um elemento marcante, tanto que foi uma das últimas cidades brasileiras a abolir a escravidão e ainda hoje, possui forte relação com seu passado escravocrata (SOUZA; MORAES, 2021) já que tal processo inacabado<sup>3</sup>, “[...] tem influenciado direta e indiretamente sobre as situações desiguais, frutos da discriminação racial que

<sup>3</sup> O processo de abolição no país, de fato, não foi concluído com a Lei Áurea em 1888, tendo em vista que a libertação do negro foi assegurada na teoria, não alcançando integralmente a prática. Em Campos dos Goytacazes, Maia, Zamora e Baptista (2019, p. 108) ressaltam que os negros lutam por seus direitos de pertencimento ao território campista até os dias atuais. A cidade possuiu a terceira maior população escrava do estado do Rio de Janeiro, e o racismo pelo qual se estruturou o desenvolvimento do capital, mesmo na pós-abolição, imputaram ao negro os lugares inferiores da pirâmide social, dificultando o acesso aos direitos em sua totalidade, bem como à sua mobilidade social. Além disso, o bairro Parque Guarus, durante a escravidão, já possuía uma população escrava maior do que a população livre (ASSIS, 2016).

inferioriza essa parte da população de forma locacional, educacional e ocupacional” (ANDRADE *et al.*, 2019, p. 101).

Preliminarmente, verificamos que o desenvolvimento econômico campista possui relevância nacional e suas raízes não se desvinculam do processo de modernização conservadora<sup>4</sup>. O avanço do capital e o desenvolvimento da cidade não refletiram integralmente em melhores condições de vida da classe trabalhadora, sobretudo para a população descendente de negros escravizados, mestiços e indígenas que migraram das zonas rurais para Guarus, zona “abaixo dos padrões” da sociedade campista (VIEIRA, 2004, p. 37). Neste contexto, a mecanização nas lavouras e nos campos, a ampliação da produtividade e a concentração de renda dos donos das terras promoveram desemprego e informalidade, corroborando também com o “êxodo rural” desses trabalhadores, fazendo com que buscassem habitação e oportunidades no lado esquerdo do Rio Paraíba<sup>5</sup>.

Nesse ínterim, Carvalho e Almeida (2020, p. 5) destacam que Campos “continua sendo refém de uma modernização ‘pelo alto’, com traços elitistas, de exclusão e segregação dos grupos subalternos da sociedade, dos espaços públicos e da política, desde os primeiros períodos da urbanização no século XIX”. A riqueza da cidade dos bons tempos do açúcar, o avanço da modernização, a abundância do petróleo e gás na Bacia de Campos não asseguraram a redução da desigualdade social na cidade, pelo contrário, tem corroborado ainda hoje com o que chamamos de “*apartheid social*”. Como esse *apartheid* surge com o avanço da sociedade do capital, nos faz concordar com a assertiva de Ianni (1989, p. 154) ao destacar que “a mesma sociedade que fabrica a ‘prosperidade econômica’ fabrica as desigualdades que constituem a questão social<sup>6</sup>”.

Os condicionantes estruturais do subdesenvolvimento estão bastante enraizados em Campos dos Goytacazes, pois mesmo com a significativa geração de riqueza proveniente das atividades de exploração e produção de P&G [Petróleo e Gás], o município não se mostrou capaz de gerar condições locais que viabilizassem de forma sustentada o desenvolvimento socioeconômico da região. As evidências empíricas demonstram que a produção de riquezas, per se, têm sido insuficientes para garantir os avanços desejados no desenvolvimento local, especialmente no que se relaciona ao desenvolvimento social [...] (SILVA; HASENCLEVER, 2019, p.329).

---

<sup>4</sup> O processo denominado modernização conservadora, marcado pelo abuso de poder e autoritarismo no cenário atual, manifestou-se na sociedade brasileira na interação entre o público e privado numa espécie de “pacto” político entre a classe dos latifundiários e a burguesia, cujas transformações se dariam de cima para baixo. Sader (1999, p.126) ressalta que decorre desse processo o surgimento de um Estado max-mini “máximo para o capital e mínimo para o trabalho”.

<sup>5</sup> Área em que está localizada o distrito de Guarus.

<sup>6</sup> Para Netto (2001), a expressão “questão social” surge para dar conta do pauperismo, estando intimamente ligado a exploração. Em complemento Yazbek (2012) explica que ela condensa múltiplas desigualdades. Essas desigualdades incidem mais fortemente sobre a vida da população negra, principalmente a vida das mulheres negras, que sofrem mais a opressão da sociedade, cujas práticas racistas e sexistas naturalizadas banalizam sua trajetória histórica.

Pensar a realidade e as especificidades de Campos, maior cidade do Norte Fluminense, é necessário diante do contexto global, reforçando a indispensabilidade do entendimento sobre saúde como processo social e político, e a relevância deste estudo. O breve resgate sócio-histórico e econômico do município contribui para corroborar com as discussões as quais este estudo se propõe, sobretudo quando pensamos a sífilis a partir das categorias de raça, classe, gênero e território.

O desenvolvimento socioeconômico de Campos dos Goytacazes coaduna com o desenvolvimento do País, na apropriação e exploração do trabalho escravizado negro, motivadas pelo ideal racista de dominação. O racismo foi essencial para o desenvolvimento do capitalismo e do Estado capitalista e, como parte de sua essência, é seu principal sustentáculo. Logo, a violência que o racismo representa na desumanização de negros e negras faz parte de um projeto de poder de eliminação dos indesejáveis. A cor de sua pele e o “lugar” que ela ocupa na sociedade é a causa de morte. Nesse lugar, à margem esquerda do Rio Paraíba<sup>7</sup> (figura 5), a segregação, a violência, o desemprego e as dificuldades de acesso aos cuidados em saúde corroboram com a manutenção do sistema capitalista e faz parte da necropolítica do Estado, que funciona como instrumento regulador de distribuição da morte (MBEMBE, 2016).

**FIGURA 5:** CIDADE DE CAMPOS DIVIDIDA ENTRE AS MARGENS DIREITA E ESQUERDA DO RIO PARAÍBA



Fonte: Rogério Azevedo (2019) - Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes, RJ

<sup>7</sup> Referência ao distrito de Guarus, bairro de predominância de pessoas de identidade negra, onde residiam a maioria das gestantes dos estudos nos quais se originaram este projeto.

Essa política de eliminação dos indesejáveis não fica evidente apenas nos altos índices de homicídios e mortes por doenças tidas como evitáveis e tratáveis, mas na dificuldade dessa população acessar o mercado de trabalho, igualdade de salários, melhores condições de habitação, educação e acesso a serviços de saúde. Assim, essas formas de violência e opressões vividas por negros e negras no país se dão pela ação e pela omissão do Estado capitalista e igualmente resultam em morte.

Outrossim, o racismo configura-se como DSS (BRASIL, 2011). A ideologia racista se origina por meio da concepção de que brancos são seres superiores, podem abusar, explorar e eliminar os negros. Nessa perspectiva, a mulher negra sofre duplamente, tendo em vista que o seu corpo não é apenas marcado pela melanina, mas pelo seu gênero, sendo objeto de uso, abuso e descaso. É indiscutível que todas as mulheres sejam oprimidas e sujeitas a diferentes tipos de violências e iniquidades em saúde, dado a reprodução do patriarcado na esfera pública e privada que corrobora com sua subordinação e controle, mas, do mesmo modo, é indubitável considerar que a mulher negra sofre dupla, tripla ou mais vezes essas formas de opressão, subordinação e abandono. Mesmo sendo igualmente mulheres, nem todas são iguais, havendo por detrás de suas condições individuais e coletivas uma intersecção de fatores e estigmas<sup>8</sup> que aumentam o risco de serem negligenciadas e dificultam o acesso à justiça e a meios de interrupção desse ciclo.

A divisão da sociedade em classes aprofunda a opressão sobre as mulheres que se tornam propriedade e instrumento de produção. A opressão culturalmente patriarcal é anterior ao capitalismo e uma vez dominado por ele, aprofunda a violência e a exploração contra a mulher, ou seja, através do desenvolvimento global do capitalismo que o patriarcado se inseriu nas estruturas do sistema econômico (SOUZA, 2021).

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

O reconhecimento da interferência dos aspectos sociais no processo saúde-doença “[...] traz implícita uma posição sobre o modelo societário que o produz e a escolha de uma referência teórica para explicar sua gênese e determinação” (NOGUEIRA, 2011, p. 55). Os dados

---

<sup>8</sup> Historicamente, muitos estigmas foram associados à sífilis: a infecção já foi vista como um castigo divino fruto do pecado, da promiscuidade e corrupção da carne. Assim, não raro, aqueles por ela acometidos são enxergados com olhares discriminatórios e julgadores, relacionando sua condição de saúde à depravação.

circunscritos neste estudo explicitam que, na cidade de Campos, RJ, há fragilidades nas políticas públicas que combatam a desigualdade e iniquidades em saúde, haja vista a incidência de novos casos da infecção de sífilis que, por ser curável e de baixo custo de tratamento, evidenciam as fragilidades da política de saúde local.

Por isso, tendo em vista as particularidades da prevalência da infecção de sífilis gestacional na cidade e suas características sociodemográficas, este estudo se debruçará sobre tais especificidades, reconhecendo que o fenômeno do avanço da sífilis configura-se para além da perspectiva tradicional-conservadora da relação saúde-doença, uma vez que também está circunscrito a determinações sociais, econômicas, culturais e políticas, como destacamos inicialmente.

A relevância desse estudo a partir da ELA do processo saúde doença, refere-se não apenas a sua aproximação com o debate aqui circunscrito, mas a necessidade de aprofundamento desta perspectiva, associada à sífilis em gestantes, para o campo das Ciências Sociais e, mais particularmente, o Serviço Social, visto que os estudos que serviram de base para elaboração deste trabalho, destacam que os aspectos sociais tiveram forte impacto na saúde das gestantes diagnosticadas com sífilis.

Portanto, esta proposta reconhece que a condição de classe, raça, gênero dos sujeitos e o território em que habitam, – além de outras variáveis - influenciam diretamente na exposição a riscos distintos e acesso a tratamentos em saúde. Apesar da relevância da influência do racismo na desigualdade social e no processo de adoecimento e morte, ele não é uma via de mão única, tornando necessário identificar a existência de outros fatores que atuam concomitantemente, aprofundando ou reduzindo seu impacto sobre pessoas e grupos tendo em vista que, nas palavras de Davis (2016, p. 18-19) é “[...] preciso compreender que classe informa a raça. Mas raça, também, informa a classe. E gênero informa a classe. Raça é a maneira como a classe é vivida. Da mesma forma que gênero é a maneira como a raça é vivida”. Isto posto, inevitavelmente nos impulsionou a encetar este estudo da sífilis em gestantes partindo da “tríade”: raça, classe e gênero associados a categoria território, que ao se interligarem, tornam-se decisivos para os processos de adoecimento e morte.

Diante disso, esta dissertação se desenvolve buscando responder ao seguinte problema de pesquisa: como se configura a sífilis em gestantes no Programa Municipal IST/Aids em Campos dos Goytacazes, RJ, no período 2018 a 2021 e quais as suas determinações sociais?

O pressuposto é que as gestantes negras, jovens, de menor renda, escolaridade e residentes no Parque Guarus, atendidas no Programa Municipal IST/Aids de Campos dos Goytacazes no período analisado, foram as mais infectadas pela sífilis. Como o perfil dessas

mulheres assemelha-se ao perfil nacional revelado pelo Ministério da saúde (2019), nossa pesquisa parte do pressuposto de que essas variáveis se associam as determinações da incidência e prevalência da infecção neste grupo e que, de forma significativa, pode refletir o fenômeno na cidade de Campos.

Ressalta-se que é possível que a configuração dos dados documentais relativos à sífilis tenha sofrido forte impacto na cidade, sobretudo entre os anos de 2020 e 2021, em função da pandemia<sup>9</sup> causada pelo vírus *Sars-Cov-2* e das alterações forçadas por ela no cotidiano da instituição, com realocação e interrupção de atendimentos. Assim, supõe-se que haverá uma redução no registro do número de casos de 2018-2019 para 2020-2021, o que não necessariamente significa dizer que novos casos da infecção tenham sofrido queda.

Diante destes elementos, o *objetivo geral* da pesquisa consiste em: analisar a incidência da sífilis em gestantes diagnosticadas no Programa Municipal IST/AIDS e Hepatites Virais, em Campos dos Goytacazes, RJ, no período de 2018 a 2021, a partir das contribuições da ELA sobre determinação social da saúde, com enfoque nas categorias: raça, classe, gênero e território.

Enquanto *objetivos específicos*, a dissertação propõe:

- Estudar as contribuições da epidemiologia latino-americana a respeito da determinação social da saúde;
- Analisar as principais características sócio-demográficas da cidade de Campos dos Goytacazes, RJ, considerando as particularidades históricas da escravidão no município;
- Investigar a configuração da epidemia de sífilis em gestantes, em Campos dos Goytacazes, RJ.
- Debater as categorias classe, raça, gênero e território do ponto de vista da determinação social da saúde, verificando sua influência e implicações na saúde das gestantes com sífilis na cidade de Campos dos Goytacazes, RJ.
- Oferecer subsídios para aprimoramento ao enfrentamento à sífilis gestacional em Campos dos Goytacazes, RJ.

---

<sup>9</sup> A pandemia além de causar milhões de mortes em todo mundo, ocasionou significativas mudanças no cotidiano e no comportamento da população, sendo assim é um elemento importante para nossa análise. Suas implicações, sentidas a curto e longo prazos, podem gerar repercussões negativas em diferentes âmbitos no público mais vulnerável social e culturalmente, sejam nos cuidados em saúde, educação, trabalho, entre outros. Assim sendo, ressalta-se a importância desse recorte temporal que será discutido ao longo deste trabalho.

## METODOLOGIA

Esta dissertação recorre ao materialismo histórico-dialético através de uma interpretação materialista do desenvolvimento histórico, fundada em uma visão dialético-crítica da realidade, o que para Netto (2011), significa ir além da aparência para alcançar a essência do objeto de estudo.

Situado a partir do corte de classe social, o materialismo histórico-dialético (MHD) apreende cada forma por meio de um processo histórico, transitório, dinâmico e provisório, denunciando a historicidade do sistema burguês (LOWY, 1978). Para tanto, consiste em trazer ao exame racional, tornando conscientes os fundamentos, condicionamentos e limites do conhecimento acumulado (NETTO, 2011).

Sob a marca da totalidade e do reconhecimento do diverso e do contraditório no interior dessa unidade, o MHD recorre à perspectiva histórica, que pode contribuir para a compreensão das mediações e das correlações do objeto de conhecimento. Nessa direção, o conhecimento científico proporciona um quadro integral de leis, conexões e relações substanciais num determinado domínio da realidade (KAMEYAMA, 1995).

Quanto à abordagem, a proposta se vinculada aos parâmetros da pesquisa quali-quantitativa, de modo a apreender a realidade que os números indicam, mas não revelam (TAQUETTE, 2016). A escolha por esse tipo de abordagem decorre da complementação de ambas, considerando que, apesar de suas distinções, como descreve Minayo (2000, p.22), “a realidade abrangida por elas interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

A opção pela dimensão qualitativa ocorre mediante a sua possibilidade de compreensão mais profunda a respeito da sífilis enquanto um fenômeno social e que não pode ser quantificado, ressaltando a necessidade de promover visibilidade a respeito das gestantes campistas, para compreender suas singularidades através das informações descritas nos prontuários do Programa Municipal IST/AIDS. Dessa forma, entende-se que a pesquisa qualitativa ocupa um lugar que reconhece as diversas possibilidades em promover o estudo entre os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes. Conforme Chizzotti (2003, p. 2),

o termo qualitativo implica uma partilha densa entre pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível e, após esse tirocínio, o autor interpreta e traduz um texto, zelosamente escrito, com perspicácia e competência científicas, os significados patentes ou ocultos do seu objeto de pesquisa (CHIZZOTTI, 2003, p. 2).

No que lhe concerne, a pesquisa quantitativa tem por característica principal a quantificação dos dados pesquisados, seja por meio da coleta de informações, como pelo seu tratamento por meio de técnicas estatísticas (RICHARDSON, 1999). No caso em questão, a pesquisa quantitativa está vinculada a preocupação com o mapeamento e estudo de todos os prontuários de gestantes com sífilis entre 2018 e 2021 e dispostos no Programa Municipal IST/AIDS de Campos dos Goytacazes, RJ.

Tendo em vista nosso enfoque de análise com base nas categorias: raça, classe, gênero e território, a pesquisa propõe a ser desenvolvida a partir de estudo descritivo, uma vez que “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2002 p. 46). Seu desenvolvimento será por meio de análise bibliográfica, enquanto levantamento de materiais teóricos que já foram publicados em diferentes meios validados pela ciência e por diferentes autores/as, tendo como elemento articulador aqueles/as vinculados à tradição marxista.

O estudo bibliográfico será mediado pela seleção de produções do campo de conhecimento interdisciplinar, predominantemente, nacional, mas também recorrendo a produções latino-americanas que discutam a determinação social da saúde, especialmente sobre as categorias: raça, classe, gênero e território. A inicial investigação a respeito do assunto nos permitiu identificar as seguintes produções:

Além destes, também recorreremos aos periódicos do campo da saúde coletiva, tais como: Ciência e Saúde Coletiva; Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis; Physis: Revista de Saúde Coletiva; Revista Brasileira de Epidemiologia; Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia; Revista da Escola de Enfermagem da USP; Revista de Saúde Pública, entre outras. As produções possuem como recorte temporal a partir de 2006<sup>10</sup>. Posteriormente à seleção do *corpus* da pesquisa, realizamos leitura inspeccional do material, a fim de trabalhar com aqueles que, de fato, contribuíram para a pesquisa proposta.

No quadro abaixo é possível verificar os temas discutidos e os autores trabalhados.

---

<sup>10</sup> Ano em que foi decretada a organização da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), reafirmando a importância da dimensão social da saúde e institucionalizando uma comissão organizada por pesquisadores e personalidades notáveis da sociedade civil e de movimentos sociais.

**QUADRO 1: PRINCIPAIS AUTORES E TEMAS**

<b>Temas</b>	<b>Autores (ano)</b>
<b>Determinantes sociais da saúde (DSS) e determinação social da saúde</b>	Almeida-Filho (2021); Arellano, Escudero, Carmona (2008); Breilh; Barata (2009); Barreto (1996); Borghi, Olveira e Sevalho (2018); Carvalho (2019); Garbois, Sodré, Dalbello-Araújo (2017); Minayo (2021); Nogueira (2010), Petress; Ros (2018); Souza (2020); Rocha e David (2015); Silva (2022);
<b>Classe, raça, gênero e território</b>	Audre (2019); Gonzales (1984); Gonzales; Hasenbalg (1982); Santos (2021); Sposati (2012); Telles (2012)
<b>Campos dos Goytacazes</b>	Almeida (2017); Almeida; Carvalho (2019); Almeida; Cruz (2006; 2007); Pauline (2017), Alvarenga (2020); Alvarenga; Siqueira (2019), Assis (2017), Carvalho (2019), Maia; Zamora, Baptista (2019)

Fonte: Elaboração própria (2023)

Além do estudo bibliográfico, recorreremos a técnica de análise documental - enquanto fonte primária da pesquisa – que, diferente do estudo bibliográfico, “vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (GIL, 2002, p. 45). A análise documental foi desenvolvida a partir de dois momentos: Primeiramente a análise de documentos disponibilizados pelo IBGE, pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e pela Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes (PMCG), RJ, tais como:

- IBGE: Características Étnico-raciais da população (2013); Pesquisa Nacional por amostra de domicílios (2015); Sínteses de indicadores Sociais da População Brasileira (2016); Pesquisa Nacional de Saúde (2019), etc.
- OMS: Indicadores de Saúde (2018);
- PMCG: Análises das Condições Socioeconômicas da População Negra de Campos dos Goytacazes/RJ (2020).

Num segundo momento, após a submissão e aprovação do comitê de ética em pesquisa, solicitação e autorização da coordenação do Programa Municipal IST/Aids/Hepatites Virais, foi realizada uma pesquisa de campo no CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), da

Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes/RJ, a fim de coletar dados primários de pesquisa.

A pesquisa de campo, realizada no CTA, objetivou selecionar todos os prontuários de gestantes inseridas no Programa entre os anos de 2018 a 2021, separando por trimestres aqueles pertencentes as gestantes com sífilis. Para tanto, recorreu-se ao estudo documental (dos prontuários) a partir das seguintes variáveis sócio-demográficas<sup>11</sup>: local do encaminhamento, raça, idade, bairro, escolaridade, permissão para entrar em contato com outras pessoas, considerando ainda, excepcionalmente, quaisquer observações feitas pelo/a atendente. A análise dessas informações será construída através da técnica de análise de conteúdo.

A análise de conteúdo que, segundo Bardin (1977, p. 38), consiste num “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, sendo dividida em três fases: Pré-análise; análise do material; e interpretação dos dados, considerando o método definido, conceitos, autores e documentos.

Para a pré-análise, consideramos o assunto a ser estudado (determinação social da sífilis gestacional); o período a ser observado (todos os prontuários identificados como pertencentes as gestantes com sífilis de 2018 a 2021); a modalidade de trabalho (documento); a localização ou base de dados a serem consultadas (prontuários das usuárias, disponibilizados nos arquivos do Programa Municipal IST/AIDS); e o recorte espacial (Município de Campos dos Goytacazes/RJ). Diante desta proposta, optou-se por desenvolver as análises e interpretações nesta dissertação que, por sua vez, se divide em capítulos.

O primeiro capítulo discute as determinações sociais do processo saúde-doença a partir dos debates produzidos pela epidemiologia norte-americana e latino-americana. Apresentamos as perspectivas dessas duas correntes teóricas e suas concepções divergentes, abordando a influência de tais contribuições para o caso brasileiro.

No capítulo dois analisamos as transformações societárias e no padrão de acumulação capitalista que afetaram o mundo do trabalho, gerando adoecimento. Discutimos as categorias de classe, raça, gênero e território como marcadores importantes para a ampliação de desigualdades em diferentes âmbitos, incluindo a saúde. A categoria trabalho é abordada como um componente essencial para a análise desta problemática, com especial ênfase nas trabalhadoras negras.

---

<sup>11</sup> As variáveis destacadas são as que integram o prontuário da gestante diagnosticada com sífilis e, imediatamente, já apontam para ausência de dados importantes, tais como: a relação com o trabalho.

Na sequência, o terceiro capítulo, propõe realizar uma análise sucinta sobre a formação socioeconômica do município de Campos dos Goytacazes, RJ, com o propósito de descrever os principais aspectos de sua história e memória. Com o intuito de destacar as especificidades da cidade, discutem-se os processos fundamentais que conduziram ao seu desenvolvimento, avaliando suas possíveis consequências na atualidade municipal.

No quarto e último capítulo, analisamos a presença da sífilis gestacional no Programa Municipal de IST, em Campos dos Goytacazes. Para tal, realizamos uma revisão bibliográfica sobre a sífilis em escala mundial e nacional, contextualizando o programa na região em questão. Utilizamos dados dos prontuários das gestantes obtidos através da pesquisa de campo, a fim de verificar o perfil das pacientes, informações socioeconômicas e outros fatores relacionados à transmissão e progressão da infecção. Por fim, discutimos possíveis impactos da pandemia de Covid-19 na ocorrência da Sífilis Gestacional no período de 2018 a 2021.

Por fim, esse estudo consiste em construir interpretações de tais dados, por meio da leitura horizontal e transversal dos achados da pesquisa, a partir de um “movimento circular, que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, que busca as riquezas do particular e do geral” (MINAYO, 2014, p. 358, 359). Tais interpretações serão sistematizadas no decorrer dessa dissertação de mestrado.

## **1 PARA A ANÁLISE DAS DETERMINAÇÕES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: SAÚDE, DOENÇA E SUAS DISTINTAS CONCEPÇÕES**

Este capítulo tem como objetivo discutir, a partir dos debates produzidos pela epidemiologia norte-americana e pela epidemiologia latino-americana, as determinações sociais do processo saúde-doença. Para tal, apresentaremos as duas perspectivas e suas concepções divergentes, problematizando a influência de tais contribuições para o caso brasileiro.

### **1.1 DETERMINAÇÃO SOCIAL *VERSUS* DETERMINANTES SOCIAIS DO PROCESSO DE ADOECIMENTO: aproximações às produções brasileiras**

A dinâmica mais ampla do capitalismo, associada à formação sócio-histórica do Brasil, desempenha um papel central no agravamento das desigualdades e das iniquidades em saúde<sup>12</sup> (SILVA, 2020). Nesse sentido, não possuir os meios de produção, ser pobre, mulher e negra impõem uma posição mais baixa na sociedade da qual não é possível se desvencilhar tão facilmente, afetando diretamente o acesso a direitos sociais de cidadania, dos quais destacamos a saúde.

Os debates sobre a determinação social da saúde, a partir da ELA, têm alcançado grande relevância nos últimos anos e, mesmo permeados por diferentes concepções, possuem, em comum, a forte pressão exercida sobre o sistema público, visando à formulação e/ou reformulação de políticas públicas que corroborem as mudanças necessárias (e possíveis) para uma sociedade menos desigual e mais saudável.

Mas, antes de adentrarmos o debate da determinação *versus* determinantes sociais da saúde, é necessário situarmos o que se entende por saúde e doença, não com o objetivo de esgotar as diferentes possibilidades de análise, mas fundamentalmente de apresentarmos as diferenças pontuais de ambos os conceitos, a fim de facilitar a compreensão do leitor. Nesse ínterim, concordamos com Scliar (2007, p. 30), que saúde e doença não representam a mesma coisa para todos, pois decorrem da “[...] conjuntura social, econômica, política e cultural” e, portanto, “[...] dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas”, para a sua compreensão.

---

<sup>12</sup> As iniquidades em saúde são entendidas como diferenças ou desigualdades em saúde entre diferentes grupos de pessoas. Essas desigualdades, além de relevantes, são tidas como evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 1992). Para a OMS (2018), a redistribuição desigual de recursos a diferentes grupos populacionais, por ser injusta, pode ser reduzida por meio da intervenção governamental. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>. Acesso em: 29 out. 2022.

O que de modo geral é concebido socialmente sobre o termo *saúde* é a sua associação direta com o termo *doença*. Estar doente, por muito tempo, foi considerado o oposto de estar saudável. Além disso, a saúde também era simplesmente interpretada como decorrente da vontade divina (SCLIAR, 2007). Até 1948, não existia um conceito de saúde universalmente aceito, o que só foi possível com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), que passou a definir saúde como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Para Scliar (2007, p. 37) “[...] este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo”.

À época, essa definição foi considerada um avanço, contudo a ideia de uma "saúde ideal" é uma utopia, já que a saúde não é estática, ou seja, algo que pode ser mantido quando alcançada, além do que críticas de natureza política entendiam que o conceito permitiria abusos por parte do Estado. Na Conferência em Ottawa<sup>13</sup>, no ano de 1986, a OMS passa a reconhecer que, além do bem-estar físico, mental e social, a saúde incluiria também uma quarta variável, como "bem-estar espiritual", porém sem alterar o conceito oficial. A ONU, no ano de 2000, por meio do Movimento da Reforma Sanitária (MRSB), a Recomendação Geral de nº 14, reforçou esse conceito, passando a identificar quatro condições mínimas sob as quais o Estado deveria garantir o direito à saúde de seu povo, como: disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços públicos de saúde para nação. A comissão das Nações Unidas apontou outro aspecto importante que faz parte do entendimento do direito à saúde: o processo de participação popular nas decisões públicas. Seu conteúdo inclui, além do direito da população em exigir ações efetivas por parte do Estado, a urgência do respeito efetivo dos direitos do homem, das liberdades fundamentais e do controle de seus corpos, não permitindo que sejam submetidos à esterilização compulsória (OMS, 2009 *apud* OLIVEIRA, 2010).

No Brasil, articulado e formulado graças ao MRSB<sup>14</sup>, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, sob influência o conceito ampliado de saúde a concebeu como:

---

<sup>13</sup> Foi a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, na cidade de Ottawa (Canadá). A conferência apresentou uma carta, conhecida como carta de Ottawa, com instruções para a obtenção de saúde para todos no ano de 2000 e nos anos seguintes. A conferência foi a primeira resposta às expectativas crescentes em termos de alcançar um novo movimento mundial de saúde pública, considerando as necessidades de saúde principalmente nos países industrializados. Para mais informações, acesse: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf).

<sup>14</sup> Foi um movimento iniciado na década de 1970 no período em que a ditadura militar subsistia no país. O MRSB surgiu como uma forma de luta contra o poder vigente e de oposição ao modelo o complexo assistencial-industrial-tecnológico, sendo sua principal bandeira a Saúde e a Democracia. Nos anos seguintes o movimento avançou em seu processo de organização, ganhando força e estrutura entre os movimentos sindicais, nas

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (BRASIL, 1986, p. 4).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB), conforme destacado por Paim e Teixeira (2007), é diferente das reformas setoriais disseminadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e Banco Mundial, desde a década de 1980. Paim (2008) ressalta que a proposta da RSB pode ser analisada a partir de momentos distintos: ideia-proposta-projeto-movimento-processo. O momento da ideia é marcado pela tese "O Dilema Preventivista", defendida em 1975 por Arouca, e pela criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979, representando um pensamento ou reflexão inicial.

O momento da proposta envolve um conjunto articulado de princípios e proposições políticas difundidas no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1980, especialmente quando foi defendida pela primeira vez a criação do SUS, através do documento "A questão democrática na área da saúde", elaborado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1980.

O momento do projeto corresponde ao planejamento e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que deu origem a um conjunto articulado de políticas, sendo considerado como uma "bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças" por Arouca (1988).

Nos anos de 1980, além do processo de democratização política, que superou o regime ditatorial de 1964, o Brasil experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que ainda persiste atualmente. A sociedade brasileira, nesse contexto, desencadeou um amplo movimento social e político em prol da Reforma Sanitária, tendo como principais propostas a democratização da saúde, do Estado e da sociedade.

A inclusão do conceito ampliado de saúde, na Constituição Federal (CF) de 1988, resulta do avanço da luta contra a hegemonia do modelo biomédico sob a orientação do

---

universidades e entre a sociedade civil. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o movimento se consolidou. No evento mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil e como resultado desses anos de luta e trabalho foi reconhecida a garantia, na Constituição Federal de 1988, da saúde como direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 2006).

MRSB, que conseguiu formular um novo conceito de saúde alinhado ao projeto de democracia. A CF de 1988, no artigo 196, define a saúde como direito de todos e dever do Estado “[...] garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Observa-se que, dadas as diferentes concepções de saúde, a CF 1988 não discute o seu conceito, mas indica o caminho para o seu alcance.

Quanto à doença, Laurell (1983) destaca que sua natureza social não é demonstrada em casos clínicos, mas nas formas características como as pessoas adoecem e morrem. Em uma sociedade predominantemente desigual, como a brasileira, há doenças que, por mais que acometam os cidadãos de ambas as classes, gêneros e raças, afetam predominantemente determinados grupos, conforme seu ordenamento social. Desse modo, reconhecemos que essas características peculiares das formas com as quais os indivíduos adoecem e morrem decorrem do modelo de produção e de reprodução de padrões estruturais de dominação, de exploração e de marginalização, moldando estilos de vida que se manifestam no processo saúde-doença.

Nessa perspectiva, o processo-saúde é mediado pelo processo de trabalho, pela forma como os homens se apropriaram e transformaram a natureza em momentos históricos distintos. Assim sendo, é relevante compreender o papel central do trabalho nessa perspectiva, pois, se é inevitável para o capital criar desigualdades, é indispensável pensar a saúde e a doença do trabalhador a partir do capitalismo (SOUZA, 2020). O processo saúde-doença é concebido nesse contexto, abarcando elementos e condições colocados no âmbito da estrutura e da superestrutura social da sociedade capitalista, que se expressam ao “[...] longo da vida dos sujeitos, em seu acesso a serviços, à informação, ao cuidado, a subjetivação da vida, ao sofrimento e as reais condições para o seu enfrentamento” (SOUZA, 2021, p. 46).

Um importante caminho na busca pela compreensão teórico-metodológica da dinâmica do processo saúde-doença é a partir da análise de suas determinações. Nesse sentido, consideramos o debate promovido pela matriz norte americana, comumente associado ao conceito de determinantes sociais da saúde, e o debate defendido pela epidemiologia latino-americana, associado à determinação social da saúde. A primeira, que expressa o privilégio de identificar variáveis sociais mensuráveis na compreensão mais descritiva e densa dos contextos de saúde, e a segunda, entendida como uma perspectiva que leva em conta o campo mais amplo em que surgem os processos saúde-doença, buscando transferir para o nível de consciência a compreensão que estabelece a mediação entre a realidade compartilhada e a totalidade social (ROCHA; DAVID, 2015).

### 1.1.1 A teoria dos determinantes sociais da saúde

O conceito de DSS surge entre os anos de 1970 e 1980, a partir de uma série de documentos que deixaram evidentes “[...] as limitações das intervenções orientadas pelo risco de doenças” (NOGUEIRA, 2012, p. 486). Tais documentos “[...] evidenciavam a relação positiva dos determinantes aos fatores que colaboram para as pessoas ficarem saudáveis, ao invés do auxílio que as pessoas obterão quando ficarem doentes”. A autora afirma ainda que, atualmente, há um consenso sobre o entendimento dessa temática cujos DSS se configuram como “[...] as condições que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham, envelhecem, incluindo o sistema de saúde”. A OMS adotou uma definição mais concisa, considerando os DSS como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

Esse conceito, apesar de reconhecer a influência dos indicadores sociais na saúde, pauta-se por uma visão mais conservadora e inclinada ao discurso neoliberal cujas “[...] propostas se referem à adaptação do indivíduo ao sistema social vigente [...]” (MACEDO, 2015, p. 98). Essa conceituação é uma tentativa de adaptação e de modernização, sem abalos à essência do modelo societário. A dimensão social aparece como fator, sem intenção de reversão do modelo biomédico, com propostas de intervenção que não se dispõem a enfrentar o sistema vigente. Escudero e Carmona (2008) destacam que a conversão de determinantes em fatores, ofusca os processos sociais e históricos, assim como as formas de relação entre os homens e desses com a natureza.

O modelo teórico de DSS, associado à orientação da OMS, é frequentemente referenciado à representação de Dahlgren e Whitehead (1991), que dispõe os DSS em camadas, tomando por referência a análise da relação entre a saúde e a sociedade, baseada sob a ótica preventiva. Rocha e David (2015, p. 133) analisam que, no modelo da OMS, os DSS estão relacionados externamente, ampliando a visão do que eles vão chamar de *causas das causas*, fato que, segundo os autores, é “[...] preocupante, uma vez que repete o *modus operandi* do causalismo, o de atuar sobre os fatores”. Borghi, Oliveira e Sevalho (2018, p. 885) relevam também estranheza quanto a esse modelo de DSS, pois, segundo eles:

Em primeiro lugar, percebe-se que sua centralidade não recai sobre coletividades, mas sim sobre indivíduos, destacando como suas únicas características idade, sexo (e não gênero) e fatores hereditários, sem menção à raça/etnia ou à maneira como essas particularidades transcendem a individualidade na medida em que são significadas de acordo com as experiências sociais. Nota-se também que ‘estilo de vida dos indivíduos’ aparece como determinante, sem que haja uma explanação clara de como ele se concatena com dimensões históricas e sociais. Uma última objeção diz respeito à ausência da nomeação da estrutura ou de classes sociais, mal substituídas por algo

tão vago como ‘condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais’, ‘condições de vida e de trabalho’ e ‘redes sociais e comunitárias’.

Vale lembrar que o Brasil “importa” o modelo conceitual da OMS, que norteia a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada em 2006, por meio de decreto presidencial, que define os DSS como fatores: econômicos, culturais, étnicos/raciais, sociais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e condições de risco da população, sendo incluídos ainda condicionantes biológicos como idade, sexo e heranças genéticas. Os principais objetivos da CNDSS são:

- i) produzir conhecimentos e informações sobre os DSS no Brasil;
- ii) apoiar o desenvolvimento de políticas e programas para a promoção da equidade em saúde;
- iii) promover atividades de mobilização da sociedade civil para tomada de consciência e atuação sobre os DSS. (BUSS; FILHO, 2007, p. 89).

Em consonância com o conceito da OMS, foi adotado, pela CNDSS, como referência para análise dos DSS, o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), conforme a figura 6. O modelo indica que a desigualdade social entre as classes é fator determinante para a saúde da população.

**FIGURA 6: MODELO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**



Fonte: CNDSS (2008, p. 23, adaptado).

Conforme a figura, o primeiro nível inclui as características pessoais que vão além de qualquer manipulação sobre sua saúde, incluindo idade, sexo e fatores hereditários. Posteriormente, na segunda camada, surgem comportamentos e estilos de vida individuais, situados na fronteira entre os fatores individuais e os DSS, pois não dependem apenas do livre arbítrio dos cidadãos. A terceira camada inclui redes de apoio comunitário onde maior ou menor

riqueza revelam um nível de coesão social relevante para a sociedade como um todo. A quarta camada aborda fatores relacionados às condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços básicos, como saúde e educação. A quinta e última camada diz respeito aos macrodeterminantes que afetam todas as outras camadas, relacionadas às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo determinantes transnacionais como o processo de globalização (CNDSS, 2008; SOUZA, 2020).

A crítica que se faz desses pontos defendidos pela CNDSS é sobre a sua superficialidade por considerar como acidentais os impactos negativos do mercado sobre a equidade em saúde. Para Borde, Hernandez-Alvarez e Porto (2015, p. 847-848), a CNDSS desconsidera: “[...] o padrão sistemático da determinação social que se engendra, entre outros, a partir da superexploração do trabalho, da natureza implicada no regime de acumulação capitalista e das diferentes formas de discriminação e racismo”.

Nesse sentido, Souza e Silva (2013) também criticam as discussões teóricas em que se baseiam os modelos de DSS propostos pela OMS, que parecem desconhecer ou ocultar o papel do capital na operacionalização do sistema e sua relação direta com as desigualdades sociais. Para os autores, as soluções possíveis tendem a ser imediatas em um contexto deliberadamente injusto, ignorando seus fundamentos estruturais.

Rocha e David (2015, p. 133) tecem uma crítica mais incisiva ao conceito atual de DSS pois, segundo as autoras, é totalmente “[...] desprovido do arcabouço teórico e político que apresentava nos anos 1970 e 1980, período em que se pretendia entendê-lo à luz da teoria marxista de sociedade, com base na vertente crítica do pensamento social [...]”, uma vez que “[...] apresentam-se sob o tema DSS casos em que a causalidade social dos problemas de saúde é quase óbvia [...]”.

Souza (2020, p. 175) conclui que a matriz norte-americana não consegue desvencilhar da matriz biomédica, pelo contrário, segundo ele, essa formulação “[...] atua a favor de sua reprodução, presa ao sisifismo de um caminho meramente gnosiológico”. Além disso, destacam Borde, Hernández-Álvarez e Porto (2015, p. 846): “[...] classe social, etnia e gênero não aparecem como categorias analíticas da matriz de dominação que tem sustentado a consolidação e expansão do sistema-mundo capitalista moderno/colonial”.

Apesar de o relatório final da CDSS responsabilizar o sistema econômico por problemas de saúde globais e buscar aumentar a conscientização sobre as taxas de morbidade e mortalidade e as iniquidades em saúde, que afetam principalmente os países mais pobres e desiguais, por estarem “[...] satisfeitos com a melhorias em um sistema inerentemente injusto” (BORDE; HERNANDEZ-ALVAREZ; PORTO, 2015 p. 848), acabou sendo uma

oportunidade perdida (BIRN, 2009; INGLEBY, 2012 *apud* BORDE; HERNANDEZ-ALVAREZ; PORTO, 2015).

Breilh (2006) destaca que a fragmentação provocada pelo conceito DSS proposto pela OMS superestima os fatores de risco e de causalidade, enfraquecendo o conceito de determinação social (que trataremos a seguir), e faz com que os processos sócio-históricos deliberadamente importantes para o entendimento do processo saúde e doença, sejam ocultados. Como duas faces de uma mesma moeda e apesar das fortes e justas críticas ao conceito proposto, Fleury-Teixeira e Bonzo (2010, p. 45) entendem que são “[...] potencialmente úteis para a análise dos determinantes sociais da saúde e para o embate social progressista e transformador a partir do tema”.

### 1.1.2 A teoria da determinação social da Saúde

No fim dos anos de 1970, o paradigma biomédico da doença foi profundamente questionado, sendo objeto de investigação teórica na América Latina. O movimento de crítica ao modelo hegemônico ocorreu em um contexto social cuja principal característica foi a dificuldade da medicina em gerar novos conhecimentos capazes de compreender e explicar as relações sociais, trazendo à tona os aspectos estruturais da saúde dos países latino-americanos, por meio do discurso político do direito à saúde (ARELLANO; ESCUDERO; CARMONA, 2008).

Para Souza (2020), a perspectiva da determinação social da saúde, assumida como um dos pilares da corrente crítica do pensamento da Medicina Social e Saúde Coletiva latino-americana, com contribuições do Movimento Operário Italiano, preencheriam as lacunas deixadas pela matriz hegemônica vigente.

A determinação social da saúde, em linhas gerais, se estabeleceu como a forma de entender a saúde para além da seara biológica, mas apreendendo o caráter dialético que possui. No interior de uma relação indissociável entre aspectos biológicos e sociais (nestes, inclua-se aí aspectos culturais, políticos etc.), a saúde humana ganha seus contornos individual e coletivamente, transitando em vários níveis e de diversas formas, dependendo das relações sociais estabelecidas, em especial as relações sociais de produção (SOUZA, 2020, p.173).

À vista disso, a corrente da medicina social latino-americana trouxe importantes contribuições para o debate teórico, oferecendo soluções satisfatórias para melhorar a saúde da comunidade, delineando o pensamento social no campo da saúde, a partir da realização de uma nova interpretação da saúde pública. Entre os autores considerados pioneiros, cujas obras

dissertavam sobre essa perspectiva, destacam-se: “Jaime Breilh e Edmundo Granda, no Equador; Asa Cristina Laurell, no México e Cecília Donnangelo e Sérgio Arouca, no Brasil” (MOREIRA, 2013, p. 70).

A ELA, que parte do campo teórico e político marxista, estrutura-se em torno de uma nova proposta de estudos em saúde, com o rigor do método científico de análise do materialismo histórico dialético, como ferramenta eficaz para a transformação política, centrada na categoria do trabalho (a ontologia do ser social), ou seja, buscando compreender a relação entre sujeito e objeto, entre pessoas e coisas, a natureza e a vida, identificando o biológico e o social como uma subsunção, que, conectados, ligam-se à perspectiva de alteração da realidade (MOREIRA, 2013, GARBOIS; SODRE; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Do ponto de vista da determinação social da saúde, a garantia do direito à saúde envolve mudanças na sociedade, a fim de reduzir as desigualdades sociais. Para tanto, os movimentos sociais e a sociedade civil – como atores centrais da mudança – precisariam organizar-se em prol de um objetivo comum, haja vista o atual esgotamento de recursos pelo capital e as contínuas crises dele decorrentes, que demandam novas práticas, políticas e ações. Carvalho (2019, p.16) salienta que a perspectiva da determinação social da saúde:

[...] consiste em compreender e considerar que as necessidades em saúde se vinculam a satisfação das necessidades sociais mais amplas da população, onde a dimensão histórico-social implica na construção de necessidades coletivas, dadas pelo desenvolvimento das forças produtivas, que estruturam padrões de reprodução social, determinando a inserção social dos sujeitos nesta sociabilidade, suas formas de viver e adoecer.

A década de 1970 não foi apenas um marco importante para a construção do referencial teórico da determinação social da saúde, a partir das inquietações do período, mas também foi um período marcado por forte desenvolvimento do capital nos países mais industrializados, que fomentaram novas interpretações para a compreensão do processo saúde-doença, cujo paradigma biomédico não dava conta de responder. Para Iriart *et al.* (2002), o contexto de desenvolvimento da medicina social, na América Latina, deu-se em meio a uma crise do modelo econômico desenvolvimentista, implementado intensamente nos anos de 1960, que, em tese, deveria gerar melhorias na qualidade de vida e de saúde da população, mas obteve o efeito contrário, resultando em deterioração de sua saúde. A medicina social, na América Latina, contribuiu para a inserção do pensamento social no campo da saúde, pensada não somente como um processo de natureza individual ou biológico,

mas coletivo. O próprio termo “saúde coletiva”, utilizado no Brasil, reflete esse pensamento (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

A relação saúde e doença, tanto no âmbito coletivo quanto individual, é compreendida como sendo “[...] parte do todo social, e os fenômenos epidemiológicos que observamos nesta parte, num dado momento, são dimensões da realidade com história e futuro” (BREILH, 1991, p. 202), ou seja, o objetivo é compreender os agravos à saúde como um fenômeno coletivo, então os sujeitos da pesquisa não são analisados tão somente como indivíduos, mas como grupo, considerando sua historicidade. Outrossim, o objeto do estudo da corrente latino-americana, envolvida na produção do conhecimento, passa a ser o processo coletivo de saúde-doença (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

O enfoque da determinação social do processo saúde-doença aponta, então, para o caráter histórico da doença e sua relação com os processos que ocorrem na coletividade humana. Isso significa considerar a complexidade da relação entre o processo social e o processo saúde-doença e a sua determinação atravessada pelo desenvolvimento das forças produtivas, pela sociabilidade burguesa e pelas particularidades das formações sócio-históricas dos países (SILVA; BICUDO, 2022, p. 124).

No Brasil, a 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional da Saúde (CNS), já destacada, consolidou-se como importante espaço público de participação política da sociedade civil, contribuindo para possibilitar a democratização da ação estatal na construção do direito à saúde. A 8.<sup>a</sup> CNS tornou-se um dos pilares do projeto de reforma sanitária que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao direito à saúde, consagrado no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988. A CF de 1988 afirma que a saúde é “[...] direito de todos e dever do Estado”. Como fatores condicionantes para a saúde, o 3.<sup>o</sup> artigo da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica de Saúde, define “[...] alimentação, moradia, higiene básica, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços básicos”. Nesse contexto, a abordagem defendida pela ELA teve uma influência decisiva no pensamento do MRSB.

[...] os pressupostos ideopolíticos do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira (PRSB) propiciaram uma leitura de totalidade para contestação da medicina hegemônica e construção de uma luta pela saúde que concebe a necessidade de problematizar as condições sócio históricas desiguais, através do resgate da MS para compreensão do processo saúde-doença enquanto determinação estrutural. (CARVALHO, 2019, p. 16).

Souza (2020) salienta que as produções latino-americanas dialogaram com os intelectuais orgânicos do movimento operário italiano. O autor destaca que:

[...] a questão da saúde dos trabalhadores se fez potente no interior do movimento à época, impelindo alguns técnicos da saúde a recorrer ao pensamento de Marx para entender o porquê de os trabalhadores italianos adoecerem. (SOUZA, 2020, p.181).

Em suas análises, Rocha e David (2015) relatam que, apesar da construção da medicina social no Brasil se estender de 1974 a 1979, foi somente entre os anos de 1980 e 1986 que as propostas de reforma foram compartilhadas em conferências de saúde, visando a uma política pública efetiva, porém, nos anos seguintes, principalmente a partir dos anos de 1990,

[...] a epidemiologia social foi anulada ou marginalizada nos meios acadêmicos latino-americanos, sendo suplantada pela epidemiologia tradicional e, mais recentemente, pela epidemiologia dos determinantes sociais da saúde, que se caracteriza pelo destaque da causalidade social dos problemas de saúde. (NOGUEIRA, 2015, p. 3).

Uma das provas mais contundentes do exposto são apresentadas por Borde, Hernández-Álvarez e Porto (2015). Para os autores, as contribuições da Medicina Social-Saúde Coletiva latino-americana foram intencionalmente ocultadas no relatório final da CDSS e no marco conceitual, assertiva que decorre do fato de não terem sido mencionados autores latino-americanos que vinham desenvolvendo teorias e pesquisas sobre a determinação social da saúde desde a década de 1970, o que “[...] parece manifestar um padrão mais sistemático enquanto mecanismo de subalternização das ‘epistemologias do sul’, ou seja, concepções e experiências de conhecimento alternativas às epistemologias hegemônicas eurocêntricas.” (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015, p. 852.). Todavia, ainda assim, Carvalho (2018) destaca que as análises defendidas pela ELA foram fundamentais, pois suas:

[...] lutas em torno do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que ao articular nos debates saúde e democracia, teve a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a lógica da universalidade e integralidade enquanto conquista institucional, ancorado na direção da produção social da saúde (CARVALHO, 2018, p. 2).

No contexto atual de avanço de políticas neoliberais, crise econômica e redução de Direitos Humanos e sociais, o debate promovido pela ELA sobre a determinação social da saúde torna-se extremamente relevante nesse espaço de contradições existente entre os interesses do capital e as verdadeiras necessidades da classe trabalhadora. A determinação social da saúde compreende “[...] o processo saúde-doença como um processo dialético, sendo, no modo de produção capitalista [...]” (SILVA; BICUDO, 2022, p. 120), o caminho pelo qual se expressam essas contradições e desigualdades.

Breilh (2006) destaca que o cerco da hegemonia feito pelo BM, apoiando-se na matriz teórica neoconservadora, ao ignorar essas raízes estruturais dos problemas sociais,

privilegiando os interesses liberais em detrimento das necessidades sociais, limita o avanço das propostas construídas pelo MRSB. O financiamento de projetos nas áreas como saúde e educação faz parte do ajuste fiscal e das reformas estruturais da América Latina para que, com um cuidadoso arranjo entre o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, alcancem suas metas liberais de desregulamentação e de privatização. São ações que geram recessão e tensões sociais crescentes, evidenciando que o objetivo dessas propostas não é ajustar as consequências sociais, mas manter a taxa de acumulação de capital. Essa agenda de contrarreformas vem avançando e tende a rejeitar a saúde como um direito humano fundamental, redirecionando não apenas o acesso, mas especificamente o serviço, visando construir uma perspectiva de “proteção social” de base liberal, retirando a saúde do rol de direitos coletivos, na medida em que o mercado a individualiza, excluindo os condicionantes descritos pela CF 88.

O social-liberalismo, portanto, deve ser visto, não como uma conscientização humanista e social da burguesia, mas sim como uma ideologia de manutenção da ordem capitalista que embasa uma série de intervenções políticas na “questão social”, como ações do voluntariado, da filantropia empresarial, da responsabilidade social, do terceiro setor e de políticas sociais assistencialistas e fragmentadas, que não questionam as bases da acumulação capitalista, produtora de riqueza no topo e de miséria na base da hierarquia social (BRANCO, 2008, p. 5).

Essa é uma dubiedade retratada em todos os setores da sociedade e do governo, ao mesmo tempo, em que garante o direito dos indivíduos à obtenção de produtos de saúde específicos, também é limitada à possibilidade de estender o direito à saúde a toda a sociedade e, principalmente, limita a expansão do próprio conceito ampliado de saúde. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade das relações democráticas entre o Estado, os movimentos sociais e a sociedade civil, para o enfrentamento das determinações da desigualdade social, modo essencial para a conquista da saúde como direito, no sentido humano mais amplo defendido pelo MRSB.

### 1.1.3 Determinantes Sociais da Saúde *versus* Determinação Social da Saúde: aproximações e distanciamentos

Quanto às diferentes perspectivas, norte-americana e latino-americana, é possível observar que ambas as correntes se aproximam, particularmente ao identificar que os processos sociais e variáveis socioeconômicas estão correlacionadas com o processo saúde-doença. Contudo, como destacam Borde, Hernández-Álvarez e Porto (2015, p. 841), “[...] apesar dessa semelhança com a abordagem dos DSS ao incluir os indicadores sociais, existem significativas

diferenças na interpretação dos processos sociais que subjazem e engendram estas dinâmicas sistemáticas, evitáveis e injustas”.

Vale salientar que, como o campo teórico é permeado por convergências e divergências, notoriamente incentivadas para fomentar o debate e ampliar horizontes do conhecimento, não podemos desconsiderar esse fato à nossa discussão sobre determinação social da saúde e DSS. Ao passo que alguns autores são enfáticos em delimitar as duas matrizes, reiterando semelhanças, mas principalmente evidenciando as diferenças, com o ressurgimento do tema no cenário atual.

Em diversos momentos, a determinação social da saúde e DSS são analisados como sinônimos, por apresentarem especificidades que envolvem a saúde coletiva. Há ainda algumas hipóteses de que a inexistência de um consenso na literatura, dificultada pela infinidade de produções em diferentes idiomas, pode chamar de determinação social da saúde a construção acadêmica herdeira do modelo histórico-social, e, de DSS, o modelo derivado de outros teóricos (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

Há ainda outros autores, como Minayo (2021, p. 2), que tecem críticas à determinação social da saúde, alegando a falta de um arcabouço metodológico capaz de capturar a complexidade que a temática exige. Em sua recente obra intitulada *Determinação social, não! Por quê?* (MINAYO, 2021), a autora chama a determinação social da saúde de *tese da determinação social* por acreditar ser “[...] uma expressão muito restrita para representar a dialética entre o que permanece e o que muda tanto na sociedade e no indivíduo como na natureza, seja pela ação humana, pelo acaso ou pelos deslocamentos”. Utilizando como referenciais teóricos alguns autores europeus, a intenção da autora foi mostrar que as imensuráveis mudanças que vivemos hoje necessitam de novas teorias interpretativas da sociedade e da Saúde Pública, haja vista que a definição atual do conceito, partilhada por autores como Breilh e Naomar, excluem, em sua interpretação, a historicidade e as múltiplas possibilidades de seus diversos atores, inclusive aqueles mais pobres.

Na defesa de sua obra e a de seu colega Naomar, Breilh (2021, p. 1) refere-se às críticas de Minayo como surpreendentes e tendenciosas. Para o autor, no período atual, marcado principalmente pelo hipercapitalismo radical, os pesquisadores da democracia deveriam apoiar-se contra toda e qualquer agressão externa e não perder tempo com discussões no interior da própria categoria. Reforçando suas contribuições no campo acadêmico e no combate à saúde pública funcionalista obsoleta, contrariando Minayo (2021), o autor reforça que

[...] la determinación social de la salud es un potente recurso de interpretación dialéctica del movimiento de la vida social y de la relación no determinista, sino dialéctica que este genera, produciendo consecuencias o embodiments en la naturaleza y en colectivos y personas de varios tipos, unos saludables y otros malsanos. Rompiendo con el molde cartesiano entendemos la salud como un proceso complejo, donde no hay relaciones deterministas, sino un movimiento entre la determinación y la autonomía relativa <sup>15</sup> (BREILH, 2021, p. 1-2).

O autor ainda nega possuir o pensamento linear (positivista) e, ao fazê-lo, aponta o que ele chama de dois erros principais na crítica tecida por Minayo (2021): primeiro a falta de conhecimento de sua robusta crítica ao cartesianismo e à lógica linear do positivismo; e, segundo o fato de a autora incorrer por um confuso terreno “[...] epistemológico y repite contradicciones lógicas de sus publicaciones sobre el método de años anteriores<sup>16</sup>” (BREILH, 2021, p. 2). Assumindo que a determinação social da saúde é um movimento complexo e de diferentes perspectivas, o autor reconhece que há uma modernidade capitalista tardia e um exponencial crescimento da desigualdade. Para finalizar, Breilh (2021) reforça que estuda, com cuidado, o avanço das novas tecnologias no hipercapitalismo, no século XXI, sem deixar de investigar seus impactos nos processos que determinam a saúde.

Em sua defesa, no artigo intitulado *Mais além da determinação: sobredeterminação sim!* (2021), Naomar discorre sobre a impropriedade de Minayo (2021) relativa à ideia de determinação social da saúde, cujas alegações parecem, em suas palavras, “[...] um catálogo de falácias” (ALMEIDA-FILHO, 2021, p. 1). Ressalta ainda que, “[...] no marco referencial do materialismo-histórico, tem sido tratada, e bem tratada, recorrendo à categoria ‘sobredeterminação’”. Em suma, para o autor, essa seria uma “[...] categoria geral cujas modalidades seriam formas particulares de ‘sínteses de muitas determinações’”. Pensando numa aplicação específica do conceito para o campo da saúde, Naomar destaca que a:

[...] sobredeterminação em saúde seriam: causação nos planos biológicos e clínicos; determinação da situação e das condições de vida; construção de políticas e instituições de saúde; produção de práticas e modos de saúde; invenção dos sentidos e narrativas da saúde. O diferencial semântico sugerido entre os termos ‘determinação social’, ‘produção cultural’, ‘construção política’ e ‘invenção simbólica’ corresponderia, numa perspectiva epistemológica igualmente consistente, a diferentes planos da realidade e seus respectivos e distintos efeitos. No caso, do biológico-clínico

---

<sup>15</sup> Tradução livre: "A determinação social da saúde é um poderoso recurso para a interpretação dialética do movimento da vida social e da relação não determinística, antes a dialética que esta gera, produzindo consequências ou encarnações na natureza e em grupos e pessoas de diversas naturezas. , saudáveis e outros não saudáveis. Rompendo com o molde cartesiano, entendemos a saúde como um processo complexo, onde não há relações deterministas, mas um movimento entre determinação e autonomia relativa.

<sup>16</sup> Tradução livre: “epistemológico e repete as contradições lógicas de suas publicações sobre o método dos anos anteriores”.

ao ideológico-simbólico, passando pelo plano social, político-institucional e sociocultural. (ALMEIDA-FILHO, 2021, p. 3).

O autor evidencia que tem buscado “[...] compreender as raízes, determinações e contingências dos processos de saúde-enfermidade-cuidado [...] aplicando uma abordagem pluralista [...] de forma livre e criativa, mas sempre radicalmente crítica” (ALMEIDA-FILHO, 2021, p. 3). Por fim, sinaliza que, para uma compreensão sistemática e profunda da realidade, a fim de transformá-la, devemos recorrer a todas as formas de determinação, onde se inclui a determinação social, para uma perspectiva além e ampla, a da sobredeterminação.

Em respostas às severas críticas ao seu ensaio, Minayo (2021) publica uma espécie de direito de resposta, intitulado *Dialogando sobre o conceito de determinação social*. No texto, a autora agradece a atenção dos colegas, ainda que seu trabalho tenha “[...] merecido as saraivadas de críticas de Jaime e tenha sido desmerecido por Naomar” (MINAYO, 2021, p. 1). Em sua defesa, Minayo acentua que o objetivo do seu texto foi mostrar que as grandes mudanças societárias pelas quais passamos hoje exigem novas teorias explicativas tanto no mundo, quanto no campo social e na saúde pública, uma vez que a naturalização do conceito se tem tornado banal. Apesar de aceitar as críticas, a autora demonstra não concordar com elas, reafirmando que não teve a intenção de prejudicar o trabalho intelectual dos autores. Ao finalizar seu ensaio, Minayo (2021) informa que, apesar das indignações que sua obra pode ter gerado, apenas tentou discutir um conceito e que para ela “[...] valem o debate, a reflexão e o pensamento criativo” (MINAYO, 2021, p. 2).

Fato é que vivenciamos um período marcado por retrocessos, com forte ofensiva contra a classe trabalhadora e é nesse espaço cedido aos interesses do capital, que urge uma interpretação crítica dos fenômenos sociais e políticos em curso. Por isso, entendemos que cada uma das vertentes que intentem transformar positivamente a realidade dos sujeitos mais vulneráveis, melhorando sua condição social e reduzindo as iniquidades em saúde, ainda que haja discordâncias entre si, possuem legitimidade, porém é preciso conceber suas limitações e não perder de vista que uma ou outra perspectiva favorece a manutenção do poder hegemônico.

Para finalizar, destacamos que, neste primeiro item, identificamos algumas dicotomias que fazem parte tanto do processo do conhecimento, quanto do processo de adoecimento, que estão diretamente relacionadas. Desse modo, por apreender que saúde-doença deve ser entendido como um processo contraditório, de mobilização dos interesses da classe trabalhadora, inferimos que a análise proposta, vinculada a realidade das gestantes com sífilis

campistas, aproxima-se do que propõe a epidemiologia latino-americana, a respeito da determinação social do processo saúde-doença.

Efetivamente consideramos que a determinação social da saúde permite interpretações históricas e sociais mais próximas e completas da realidade do processo saúde-doença e de suas mediações. Além disso, por conceber esse processo coletivamente, a fim de reduzir as desigualdades em diferentes espaços – no campo da saúde, do social e/ou racial –, assentimos para necessidade de mudanças estruturais relativas sociedade do capital, conforme defende o conceito em seu sentido amplo.

## **2 A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E SUA PARTICULARIDADE NO BRASIL**

A partir da década de 1970, ocorreram profundas transformações societárias e no padrão de acumulação capitalista que afetaram ferozmente o mundo do trabalho, gerando, entre outros elementos, adoecimento. Tal assertiva corrobora para o que se objetiva neste capítulo, que visa discutir as determinações do processo de adoecimento da classe trabalhadora no percurso do desenvolvimento de expansão do capital. Tendo em vista esses elementos, propomo-nos a discutir as categorias: classe, raça, gênero e território, considerando-os como marcadores importantes para a ampliação de desigualdades em diferentes âmbitos, onde se inclui a saúde e o adoecimento. Para tanto, abordaremos a categoria trabalho como componente importante para análise dessa problemática, com especial destaque àqueles exercidos por trabalhadoras negras.

### **2.1 Para análise da determinação social da saúde e de sua particularidade no brasil: trabalho, classe social e sociabilidade capitalista**

Neste item, objetiva-se discutir o processo de desenvolvimento capitalista<sup>17</sup> no cenário brasileiro, suas contradições e consequências para a saúde da classe trabalhadora, com especial destaque para a mulher negra, que historicamente se encontra nos lugares mais baixos da pirâmide social, sofrendo uma interposição de vulnerabilidades. Para iniciarmos o debate, optamos por destacar brevemente duas categorias centrais para o que se propõe neste capítulo: *trabalho e classe social*. Destacar o trabalho e seus processos, auxilia para as análises “[...] dos fenômenos do campo da saúde, como dimensão da determinação do processo de adoecimento, tendo em vista seu papel na mediação das relações estabelecidas entre o homem e a natureza e entre os próprios homens” (SILVA; BICUDO, 2022, p. 123).

A centralidade do trabalho e sua articulação com a categoria classe social são fundamentais para explicar o modo de produção capitalista e suas contradições insuperáveis, porque são constitutivas desse modo de produção cuja base consiste no processo de valorização do capital, por meio da exploração da classe trabalhadora. A visão de Marx sobre classe não é definida com exatidão, “[...] ora transparece uma visão onde o econômico é determinante (a classe é para o capital), ora as classes são forjadas por meio de interesses comuns encarnados em uniões políticas entre os membros (sempre esta união pensada em oposição à outra

---

<sup>17</sup> Considerando o período colonial e o processo de industrialização.

classe)” (CARDOZO, 2017, p.7). Contudo, o autor situa os eixos de classificação no modo de produção e na estrutura de poder e aponta o nível analítico “[...] definitivo para a escolha do eixo classificatório (se análise econômica, modo de produção; se análise política, estrutura de poder) e indica o método: perceber a contradição fundamental e sua(s) expressão(ões), para os objetivos do estudo” (SAMPAIO, 1998, p. 69).

A bipolaridade dominado/dominador, produtor/apropriador, expropriado/expropriador, despossuído/possuidor, explorado/explorador, capital/trabalho ou 'escravidão assalariada' - duas classes constituídas e maduras numa organização constituída e madura, em luta aguda, com expressão armada, é o que surge claro, pleno, em Marx (1986). Ora, o que temos? A definição de classe social passa por entender os conceitos de modo de produção e de formação social (SAMPAIO, 1998, p.70).

Cardozo (2017) destaca que, quando Marx analisa a sociedade capitalista, especialmente as classes sociais, apresenta sugestões de ação na análise social. Desse modo, a classe (num sentido de ação e movimentação) é central em sua obra. Em sua interpretação, Viana (2012, p. 150-151) acrescenta que “[...] o modo de produção dominante é o que gera as classes sociais fundamentais”. Para o autor, “[...] no caso do capitalismo, são as relações de produção capitalistas (o modo de produção dominante no capitalismo) [que] constituem as duas classes sociais fundamentais, a burguesia e o proletariado”, com base nessa primeira dicotomia, divididos entre: proprietários e não proprietários dos meios de produção. Apesar das diferenças de interpretações e de conceituações de classe, mais compartilhada entre os autores é a de que

Classes sociais são grupos humanos que se diferenciam entre si pela posição que ocupam num determinado modo de produção e pelo seu papel na apropriação da riqueza. Cada um pertence a uma classe social de acordo com a parte que lhe cabe na divisão da riqueza que uma sociedade produz. Por ocuparem posições diferentes em determinado regime econômico, algumas classes podem apropriar-se do trabalho das outras. Os conflitos de interesses entre as classes conduzem inevitavelmente à luta entre exploradores e explorados [...]. (GADOTTI, 1991, p. 75-76).

Retomando a discussão, à luz da teoria marxista, o trabalho é “[...] antes de tudo, um processo entre homem e natureza”, sendo, portanto, o componente fundamentalmente estruturante da sociabilidade humana e, em seu sentido ontológico, é inerente a todos os homens por meio do qual esses se realizam, mediados por relações históricas, vigentes conforme o momento histórico (MARX, 2013, p. 255). Assim, como base ontológica da existência social, o trabalho produz as condições materiais, objetivas e subjetivas necessárias para que as pessoas sobrevivam nas organizações sociais, não sendo apenas para atender às necessidades individuais, mas também para atender às necessidades da sociedade.

Contudo, destacamos que, para Marx (2013, p. 382), “[...] só é produtivo o trabalhador que produz mais-valor para o capitalista ou serve à autovalorização do capital”. Trabalho produtivo é entendido como aquele que produz mais-valia. Assim, os trabalhadores produtivos não apenas produzem o que é necessário para a reprodução de sua existência humana, mas, principalmente, produzem excedentes para garantir a existência do capital. Para o capital, como destaca Sabino (2014, p. 142-143), “[...] não importa se a mais-valia (lucro) é decorrente da transformação da natureza ou não, o que realmente importa é o aumento de sua riqueza” e, nesse processo, “[...] o trabalhador se torna tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão” (MARX, 2004, p.80).

A produtividade humana na sociedade burguesa revela um modo histórico particular de desenvolvimento humano geral e de alienação dos indivíduos sociais. Numa sociedade capitalista, a capacidade das condições sociais é negada, pois o interesse do lucro pelo capital é primordial, o que proporciona um desconhecimento alienado do fruto do trabalho desse trabalhador. Essa divisão é facilmente percebida no desenvolvimento contínuo do sistema de organização do trabalho implementado pelo sistema capitalista, que enfatiza o aumento da produtividade, da exploração do trabalho e da redução de custos, enquanto a adaptação do homem ao ritmo das máquinas faz com que se distancie cada vez mais da própria condição humana (MARX, 2011).

Politicamente a ordem capitalista traz em si, arraigada, a luta de classes, uma relação conflituosa que permeia todas as esferas da sociedade, incluindo aqueles cujas decisões impactam a todos, como é o caso do Estado, entendido como uma instituição dinâmica, composta por indivíduos que passam a privilegiar os próprios interesses e, a partir disso, determinam o rumo da sociedade, seja por meio de ações ou pela ausência delas. A compreensão do papel do Estado na sociedade capitalista é fundamental para entender o trabalho, tendo em vista que o Estado é uma arena de luta entre os sujeitos políticos, absorvida pelos interesses burgueses (NETTO, 1996) e, assim tende a tratar os interesses da classe trabalhadora em proporções ínfimas.

Antunes e Praun (2015, p. 408) apontam que, sobretudo nas últimas três décadas do século XX, ocorreram transformações ainda mais profundas no capital, depois de um longo período de crescimento da economia capitalista, cujas respostas ao processo de acumulação foram novas formas de exploração do trabalho. Essas intensas transformações se deram tanto no âmbito econômico quanto social, político e ideológico, com forte influência no pensamento, na subjetividade e no valor constitutivo da classe-que-vive-do-trabalho. Tais mudanças causaram grande impacto na forma como as pessoas vivem e trabalham (ANTUNES, 2009).

No Brasil, o processo de industrialização foi percebido a partir da década de 1950, que foi marcada por uma intensa expansão do capitalismo. Nos países centrais, ocorreu forte desenvolvimento industrial, ocasionando a possibilidade de pleno emprego, combinado com amplo acesso a direitos sociais, como o direito à saúde. A estrutura dessa política de "bem-estar" foi chamada de *Welfare State*<sup>18</sup>. Já na particularidade brasileira, Santos (2008) afirma que a segunda fase do desenvolvimento industrial, iniciada a partir de 1964, conhecida como *industrialização pesada*, mudou significativamente o cenário do mercado de trabalho no Brasil. O país passou a viver um verdadeiro “milagre econômico”, responsável pela concentração de renda e de desigualdades regionais, determinantes estruturais da questão social no Brasil. Entretanto, segundo a autora, as razões do “milagre” estabeleceram sua vulnerabilidade, dado que a profunda associação com o capital internacional fez com que o País sofresse as consequências da crise internacional do petróleo, desencadeada entre os anos de 1973-1974. Como resposta a essa crise, houve um “[...] processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo<sup>19</sup> [...]” (ANTUNES, 2009, p. 33).

Foi preciso a crise capitalista nos anos de 1970, colocando novas exigências para a reprodução orgânica do capital, e a derrota política (e sindical) do bloco social-democrata, para que o ideário neoliberal surgisse como a ideologia orgânica do sistema do capital. A ideologia neoliberal é a ideologia política hegemônica da globalização originária, que tenta impor uma nova ordem capitalista mundial centrada no mercado. Na verdade, o neoliberalismo é um discurso, uma crença e uma prática de economia política do capital que se desenvolve (e se potencializa e se auto-reproduz) nos períodos históricos de maior expansão capitalista mundial. É a crosta ideológica do próprio projeto expansionista do capital pelo mundo ou pelo globo (ALVES, 2001, p. 39).

O processo de reorganização produtiva do capital formou um novo modelo de acumulação flexível inspirado no modelo de acumulação japonês, o Toyotismo, que, ao ressaltar a “flexibilização” da produção, impulsiona novas tecnologias, afetando diretamente as relações de produção e os processos coletivos de trabalho. Netto (1996, p. 87), destaca que essa “[...] revolução tecnológica tem implicado em uma extraordinária economia do trabalho

---

<sup>18</sup> O *Welfare State*, chamado de Estado de Bem-Estar Social ou Estado-Providência, consiste na promoção, pelo poder público, de políticas sociais e econômicas para a população. O Estado torna-se responsável pela garantia dos direitos universais do cidadão.

<sup>19</sup> Segundo Harvey (2008, p. 12), o Neoliberalismo é, antes de tudo, uma teoria da prática econômica política que propõe que o bem-estar humano pode ser mais bem promovido abjugando a liberdade e a capacidade empreendedora individual dentro de uma estrutura institucional caracterizada por fortes direitos de propriedade privada, mercados livres e livre comércio. Segundo o autor, “O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de garantir, por exemplo, a qualidade e integridade do dinheiro. Deve também estabelecer as estruturas e funções militares, de defesa, da polícia e legais requeridas para garantir direitos de propriedades individuais e para assegurar, se necessário pela força, o funcionamento apropriado dos mercados [...]”.

vivo, elevando brutalmente a composição orgânica do capital”, e como consequência “[...] cresce exponencialmente a força de trabalho excedente em face dos interesses do capital” (NETTO, 1996, p. 92).

Com o fim do Keynesiano-Fordismo, emerge uma forte ofensiva contra os sindicatos, assim como passa a ser ampliada a revolta contra o Estado de bem-estar, os serviços públicos e as políticas sociais (SILVA; BICUDO, 2022). É nesse ambiente de fortes mudanças sociais que o conceito de determinação social surge como um campo crítico para a ordem do capital em sua versão neoliberal.

A fome, a miséria, o desemprego, a violência e as más condições de habitação, saúde, educação e inserção social são alguns dos aspectos que configuram a problemática das desigualdades e privação de direitos na sociabilidade capitalista no Ocidente, suscitando crises estrutural, social, política, econômica e humanitária sem precedentes. Para onde caminha a humanidade é uma questão que suscita reflexões e enseja a tomada de posição coletiva pelos diversos atores sociais que interagem em cada contextualidade particular e na realidade global, manipulada e conduzida pelas necessidades do capital e não pelas necessidades humanas (CHAVES; ARCOVERDE, 2021, p. 166).

Para Netto (2012), as mudanças no capitalismo estavam vinculadas ao mundo do trabalho e ao projeto neoliberal restaurador, exigências imediatas do grande capital, que pôde ser pensado a partir do tríptico mote: *flexibilização*, *privatização* e *desregulamentação*, utilizados como resposta à crise em seu interior que, no geral, são decorrentes da anarquia da produção, da redução da taxa de lucro e do subconsumo de massa (MOTA, 2010).

Com a flexibilização da produção e das relações de trabalho, o trabalho perde parte de sua centralidade, e a produção, a sua rigidez, marcada pela descentralização do sistema de produção que é transferida para países menos desenvolvidos e com mão de obra barata, fazendo esgotar o que Netto e Braz (2006, p. 215) chamam de *modalidade de acumulação rígida*, instaurando a terceira fase do estágio imperialista, a acumulação flexível, que, com o Toyotismo, tornaram-se para o capital tanto uma forma de maior exploração, quanto de maior controle sobre a força de trabalho.

A reestruturação produtiva (RP) baseia-se na melhoria da produtividade, na eficiência, na qualidade e nas novas formas de tecnologia e gestão e funciona por meio da inovação tecnológica. Esses processos de trabalho levam essencialmente à instabilidade e à ruptura das relações tradicionais de produção, de gestão e de participação da força de trabalho (ABRAMIDES; CABRAL, 2003). No Brasil, foi possível observar o avanço da RP a partir da década de 1980, devido às necessidades internacionais. Como um país capitalista dependente, o Brasil passou a adotar planos de qualidade total e novas formas de organização do trabalho.

Como principal consequência desse processo, tem havido menos empregos e maiores exigências por qualificação, excluindo os menos qualificados, os jovens e os idosos, assim como os menos escolarizados e/ou com algum tipo de deficiência. De modo geral, aqueles que conseguem inserir-se no mercado de trabalho passam a vender a sua força de trabalho por salários cada vez mais rebaixados.

Vale ressaltar que, para o acesso a essas vagas de emprego e respectivas remunerações, é necessário considerar a particularidade histórica brasileiro, marcado pela escravidão e pelo machismo, que deixaram marcas inapagáveis em nosso tecido social e que repercutem ainda hoje, tendo em vista que o capital se utiliza de critérios técnicos e raciais.

As condições postas em curso contribuem direta e fortemente para o crescimento da desigualdade social e para a concentração de renda, devido à ampliação do exército industrial de reserva. Tais processos intensificam continuamente a questão social, uma vez que a camada mais baixa do exército industrial de reserva é a população pauperizada que mantém o capitalismo, reafirmando a lei geral absoluta da acumulação capitalista (MARX, 2013). Notavelmente, as características da flexibilização mudaram a ordem econômica mundial de produção, incorporada pelo setor público. O Estado passa a reformular o seu papel, cuja ação é orientada para o mercado, restringindo a política social na perspectiva do direito, demonstrando sua submissão ao capital e a grande incapacidade de lidar com os efeitos adversos da globalização.

A globalização da economia e a mundialização do capital, são datadas em meados dos anos de 1970, num período adensado pela crise social e econômica em nível global. Alves (2001, p. 37) destaca que, nesse período, foram “[...] determinadas respostas políticas e empresariais à crise do capital que constituiu o ambiente natural para o surgimento e desenvolvimento de uma determinada ideologia da globalização”, que, segundo o autor, é um fenômeno sócio-histórico intrinsecamente contraditório e complexo, caracterizado por uma nova etapa no desenvolvimento do capitalismo moderno.

As dimensões da globalização são contraditórias entre si, tendo em vista que, como iremos salientar, a ideologia (e a política) da globalização tende a ‘ocultar’ e legitimar a lógica desigual e excludente da mundialização do capital e a mundialização do capital tende a impulsionar, em si, o processo civilizatório humano-genérico, isto é, o desenvolvimento das forças produtivas humanas, que são limitadas (ou obstaculizadas)- pelo próprio conteúdo da mundialização (ser a mundialização do capital). (ALVES, 2001, p. 13-14).

Deveras, a globalização refere-se principalmente à rede de produção e de troca de mercadorias estabelecidas em todo o mundo, ou seja, tem como característica um “[...] novo

ciclo de expansão do capitalismo, como modo de produção e processo civilizatório de alcance mundial” (IANNI, 1996, p. 11), carregando consigo tensões peculiares, impondo a visão impressionista de que haja “[...] um mundo só” (ALVES, 2012, p. 2). O fenômeno da globalização corresponde também a um fenômeno de trocas políticas, sociais e culturais entre os diferentes países do globo, marcados atualmente pelas mudanças profundas trazidas pela aplicação das inovações tecnológicas no campo das comunicações. Conforme relata Santos (2001, p. 173), a globalização parece realmente algo “novo” ou representa desdobramentos de estruturas latentes já implícitas na própria constituição interna do sistema capitalista, cujas tendências já eram anteriormente conhecidas “[...] assim, a autora compreende que não se trata de um fenômeno novo, mas com novas nuances”.

Fato é que o processo de globalização, embora tenha se arraigado nas últimas décadas, está inserido no capitalismo, desde o início (SANTOS, 2001). Suas transformações passaram a exigir “tipos” novos de trabalhadores, ampliando o que Ianni (1996) vai chamar de *imensa fábrica global*, que alude a uma transformação quali-quantitativa do capitalismo (LIMA, 2020). Alves (2001, p. 36, 37) salienta que, a partir dos anos de 1980, a globalização assumiu um caráter orgânico devido ao surgimento de um complexo sócio-histórico de políticas neoliberais e de mitos de mercados autorreguladores, bem como pela RP, que mudou consideravelmente o perfil do trabalho e dos trabalhadores e, em vista disso, as determinações do processo saúde-doença dessa classe-que-vive-do-trabalho. Observa-se especialmente que “[...] as mudanças em curso nas últimas décadas vêm produzindo indicadores de acidentes e doenças profissionais cada vez mais altos, mesmo que, por conveniência política e econômica [...]” (ANTUNES; PRAUN, 2015, p. 410).

A instabilidade das relações trabalhistas e a reprodução das relações sociais da classe trabalhadora afetam seriamente a sua saúde, ocasionando problemas de cunho físico e psíquico, principalmente como resultado da competição desenfreada que, como Silveira (2021, p. 198) nos alerta, é uma das premissas do neoliberalismo. Corroborando tal assertiva, Luz (2010, p. 131) destaca que essa competição do trabalhador, seja para permanência ou para o acesso aos postos de trabalho, pulveriza o coletivo social, também “[...] denominada ‘força de trabalho’, o que reduz os trabalhadores a indivíduos impotentes diante da opressão do novo regime”.

Assim, prossegue a autora: “[...] o trabalho, considerado durante quase um século um lugar de realização, de sociabilidade coletiva [...] tornou-se um ambiente muitas vezes sombrio e opressivo” (LUZ, 2010, p. 132). O trabalho, como um elemento central da vida humana, adensado por explorações, deixou de o satisfazer, e a alienação parece ser o fator decisivo

nesse contexto. Assim, o trabalho, como manifestação dessa alienação, deixa de ser fonte de satisfação humana e passa a afetar a saúde dos trabalhadores.

O avanço das políticas neoliberais corrobora o desmembramento das políticas sociais que, num contexto mais amplo, refletem a expressão da precariedade, diretamente relacionada ao adoecimento. Essa precarização impõe contratos temporários, gerando alta rotatividade nos espaços ocupacionais, salários mais baixos, insegurança e maiores riscos de acidente e, por incluir trabalhadores de diferentes setores, divide a representação sindical e prejudica a composição, as relações e a resistência de classe. A precarização torna-se, em tempos neoliberais, quase que uma norma, cada vez mais difundida nos setores privados e públicos. Mendonça (2017, p. 88) considera que a precarização:

[...] consiste em uma das mais perversas estratégias do capital contra a saúde dos trabalhadores, uma vez que causa muitas doenças. E com o toyotismo, a precarização e a precariedade do trabalho assumiram um caráter ainda mais cruel, pois mascara quase que por completo a relação antagônica capital-trabalho, transformando o próprio trabalhador num defensor fervoroso do sistema capitalista e dos valores burgueses.

Nessa nova modalidade, não há tempo para práticas não laborativas, vinculadas ao descanso e ao lazer. Esse trabalhador é impelido a se tornar alguém obsessivo “[...] que vive, pensa, sente e sonha trabalho 24 horas por dia sem pensar em descanso nem férias” (LUZ, 2010, p. 131). Por essa e outras razões, a autora chega à conclusão de que “[...] não é de admirar que essa força de trabalho, objetivamente coletiva, adoça coletivamente”. Alves (2007) ressalta que os valores fetichistas da produção capitalista transcendem as barreiras organizacionais e permeiam todos os espaços ocupacionais, de modo que a classe trabalhadora, afetada pela lógica da exploração, pode acabar sendo prejudicada de formas ainda mais devastadora, física, mental e espiritualmente.

Krug (2006) elucida que o adoecimento coletivo se traduz numa série enumerável de problemas de saúde, entre os quais a autora destaca o envelhecimento prematuro, o aumento de doenças cardiovasculares e crônico-degenerativas. Mendonça (2017) acrescenta a essa lista o diabetes, o câncer e as doenças respiratórias crônicas, com forte incidência nos últimos anos. Segundo a autora, ocorreu forte aumento de casos de doenças infectocontagiosas, como HIV, tuberculose, malária, dengue e febre chikungunya, sendo essas últimas resultantes da exploração desmedida do meio ambiente. Mesmo que sejam enfermidades que se manifestem longe dos campos laborais, na visão da autora “[...] tudo se relaciona, pois, o homem depende dos frutos do trabalho (sejam mercadorias ou serviços) para sobreviver. E se o próprio trabalho

é precarizado, seu resultado será uma existência humana precarizada” (MENDONÇA, 2017, p. 92). Assim,

[...] surge um novo perfil epidemiológico, caracterizado pela mistura de padrões de adoecimento e morte heterogêneos, em que os velhos problemas de saúde-doença superpõem-se aos novos, e em que **a morbidade dita ocupacional mescla-se com a não ocupacional**, resultando em um tipo de mosaico (KRUG, 2006, p. 32, grifos nossos).

As condições nas quais o trabalhador exerce suas atividades laborais criam situações de vulnerabilidade, levando-o a aceitar, por necessidade de sobrevivência, um trabalho que o exponha a condições insalubres, colocando em risco sua saúde, gerando dor e limitações causadas pela doença, quando por ela acometido. A presença de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, “[...] doença universal da ‘sociedade toyotista’” (ALVES, 2007, p. 235), são condições que, acompanhadas do medo de um futuro incerto e do desemprego, ao passo que imobilizam a reação da classe trabalhadora perante a exploração imposta, servem de mola propulsora, forçando-os a um cenário ainda mais explorador. As consequências são a perda da identidade profissional, ajustes na vida cotidiana e econômica, sentimentos de inutilidade e incapacidade, isolamento social, insegurança e medo de perder o emprego, que somados geram insegurança em seu ambiente laboral, familiar e social.

Embora os trabalhadores diretamente inseridos nos postos de trabalho sejam mais afetados diretamente pelas doenças profissionais, essas também podem acometer aqueles que não se encontram nas mesmas ocupações, como familiares, colegas, vizinhos, amigos etc. O impacto da doença estende-se para além do local de trabalho e das casas das vítimas, espalhando-se para instalações médicas, tribunais e comunidades vizinhas (TORRES *et al.*, 2011). Krug (2006, p. 31) acrescenta a esses fatores “[...] o aumento significativo do desemprego entre a classe trabalhadora e seus efeitos como a deterioração da capacidade de compra de bens e serviços essenciais ao bem-estar [...]”.

Cada nova crise econômica traz de volta ao centro das atenções a questão da desigualdade crônica que está relacionada aos altos níveis de instabilidade que prevalecem no mercado de trabalho. Sobre isso, Silva e Bicudo (2022, p. 125) reiteram que as “[...] condições de vida e trabalho das massas seguem refletindo os níveis cada vez mais regressivos de sociabilidade sob o capitalismo, seja em fases de crise estrutural ou de sua recomposição

estratégica”. Para as autoras, a questão social<sup>20</sup>, em suas múltiplas expressões, foi fortalecida em face da crescente mercantilização dos recursos e dos serviços necessários para a reprodução social e para o progresso na expropriação ambiental e dos direitos sociais.

Nesse sentido, Gonçalves (2018) reforça que a população negra historicamente enfrentou a expulsão, o isolamento e a violência que os levaram a ser classificados como suspeitos preferenciais, impedindo a constituição plena como classe trabalhadora. No entanto, o “defeito de cor” da população ex-escravizada gerou obstáculos para que fossem reconhecidos como parte ativa dessa classe, restringindo, inclusive, a sua constituição como exército industrial de reserva. O racismo é parte do processo pelo qual o capitalismo se tornou sistema dominante e é essa arma de dominação que fragmenta a classe trabalhadora, em especial, neste momento de ampliação da barbárie em processo de normalização. Os(as) ex-escravizados (as) tiveram dificuldades em se integrar como parte das classes trabalhadoras e sempre foram considerados como classes perigosas, principalmente em virtude do racismo presente na esfera do trabalho assalariado que impôs obstáculos históricos para a constituição da classe trabalhadora negra como uma classe homogênea e com reivindicações próprias (GONÇALVES, 2018).

Ainda que todos os trabalhadores sejam afetados pelos desmandos do capital, no interior da classe trabalhadora, grupos distintos – brancos e negros, homens e mulheres – são afetados também de distintas maneiras, sendo os negros e as mulheres os elos mais fracos às flutuações econômicas, possuindo “[...] mais dificuldade para obter uma inserção regular no mercado de trabalho, mesmo quando a economia cresce num ritmo forte” (PRONI; GOMES, 2015, p. 137). Segundo Gonçalves (2018) a visão turva do Serviço Social acerca das relações étnico-raciais, do ponto de vista da teoria marxista, considerava que a luta dos trabalhadores resolveria os problemas raciais. Contudo, essa formulação não considerou que o racismo estava entranhado na classe trabalhadora não-negra, o que fragmentou a classe trabalhadora em vez de integrá-la.

---

<sup>20</sup> Para Castelo, Ribeiro e Rocamora (2020, p. 15) “A categoria ‘questão social’ deve ser compreendida a partir das contradições existentes entre capital e trabalho no modo de produção capitalista e a formação da classe trabalhadora como sujeito histórico autônomo, ingressando na cena política a partir das suas lutas pela emancipação humana. Nesta perspectiva teórico-metodológica, o fundamento da ‘questão social’ está expresso na lei geral da acumulação capitalista [...]”. Segundo os autores, “[...] para uma análise concreta da ‘questão social’, para além da apreensão universal da lei geral, deve envolver, todavia, as particularidades históricas que se busca estudar, isto é, a forma específica que adquiriu o desenvolvimento do capitalismo em determinada região (NETTO, 2017). Com isso, podemos estabelecer as mediações para a teorização acerca do objeto e entender que a ‘questão social’ em determinadas regiões possui aspectos particulares que não devem ser ignorados”.

À vista disso, vale destacar, nesse ponto, as categorias *raça e gênero*, ainda que sejam mais bem aprofundadas no decorrer deste estudo. Mesmo não sendo fenômenos particulares, são categorias que se relacionam, tornando-se, portanto, relevantes para inclusão de nossa análise acerca das suas repercussões no trabalho e nos processos de adoecimento, tendo-se em conta que comungam dos pilares da pirâmide da desigualdade social.

Vale frisar que o conceito de raça foi moldado pela burguesia e a ela é funcional até hoje, sem nenhuma validade científica (ALMEIDA, 2017). É alicerce do racismo e essencial ao desenvolvimento do capital e tem colaborado paulatinamente para o agravamento das desigualdades, “[...] instituindo um *continuum* que desde o Brasil colônia mata o povo negro de ‘doença da pobreza’, ‘doenças negligenciadas’ e ‘doenças evitáveis’.” (JESUS; COSTA, 2020 *apud* GONZAGA; CUNHA, 2020). Como uma construção social válida às relações sociais, o referido conceito se:

[...] lastreou e assim permanece, desigualdades entre negro/a e branco/a e a própria ideia de racismo, que para nós é expressão do fenômeno da alienação, com base concreta na formação social do Brasil, expresso ideologicamente no/a negro/a como inferior, subalterno/a, sexualizado/a e primitivo/a, em contraposição à superioridade do/a branco/a. Esses argumentos nutrem o racismo (...). (JESUS; COSTA, 2017, p. 319).

O passado da população negra<sup>21</sup> no país reflete o lugar que ela ocupa no presente, às margens sociais – seu lugar concebido socialmente como “natural” – que irreparavelmente estrutura as bases do poder e o capital. Esse lugar tem impossibilitado ao negro a superação de sua realidade e sua mobilização social, no que tange à sua inserção no mercado de trabalho formal e de acesso integral às políticas públicas, o que a torna constantemente vulnerável a situações de desfavorecimento.

Dito isto, verifica-se que é importante observar o papel que a raça representa no desenvolvimento do projeto de estruturação capitalista, antes mesmo de sua existência, e que, uma vez instaurado, sua ideologia hierarquiza as pessoas – classe trabalhadora – de cores diferentes (TELLES, 2012). Ser maioria significativa entre os trabalhadores afetados pelo desemprego, pela informalidade e pelo *mix* desumanizador de desigualdades, negros e negras têm lugar cativo no *ranking* dos indicadores sociais negativos, porque lhes impõem escolhas duplamente difíceis, uma vez que:

---

<sup>21</sup> Incluem-se, nesse grupo, as pessoas pretas e pardas.

[...] residem nas áreas mais inóspitas das regiões urbanas e em espaços rurais também carentes de políticas públicas essenciais para o exercício da cidadania, tais como saneamento básico, escolas e instituições de saúde, que quando existem são de baixa qualidade. Assim como estão alocados nos trabalhos que exigem pouca qualificação profissional, cuja renda mensal é irrisória, logo insuficiente para cobrir necessidades vitais como, por exemplo, alimentação adequada. Agregam-se às precárias condições materiais de vida, práticas racistas, firmemente arraigadas na sociedade brasileira, que contribuem decisivamente para a manutenção e até piora da baixa estima e risco de adoecimento físico e mental. (OLIVEIRA, 2003, p. 18).

A desigualdade racial e de renda, essa última que “[...] limita as escolhas dos pobres enquanto amplia as dos ricos” (OSÓRIO, 2021, p.16), é persistente. Houve pouco avanço para sua redução nos últimos anos e seus impactos estão refletidos sobre a classe e a mobilidade social. Dados expõem que a renda média dos brancos é cerca de duas vezes maior que a dos negros, e, no tocante à pobreza<sup>22</sup>, os negros ocupam mais que o dobro dos índices. A população negra compreende cerca de 56% da população do país e é a maioria da força de trabalho, contudo, independentemente do seu nível de instrução, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018, destacou que “[...] no que diz respeito aos desempregados e à população subutilizada, apesar de serem pouco mais da metade da força de trabalho (54,9%), elas formavam cerca de 2/3 dos desocupados (64,2%) e dos subutilizados (66,1%) [...]” (IBGE, 2021, p. 2). Além disso, os jovens de 18 a 29 anos foi o grupo mais afetado.

Por meio do exposto, é possível observar que há, como destacam Nascimento e Gonçalves (2021, p. 284),

[...] um princípio de separação: há postos de trabalhos ocupados exclusivamente por brancos e há outros que são destinados a negros; e um princípio de hierarquia: cujas atividades realizadas por negros têm menor prestígio do que aquelas desempenhadas por brancos.

A situação social e econômica da população negra traz arraigada uma série de fatores, como a falta de acesso a saneamento básico, a alimentação adequada e a cuidados com a saúde. Desse modo, os negros são atravessados por determinações sociais e podem não conseguir envelhecer sem que as consequências desses condicionantes afetem sua vida na velhice, ou seja, por enfrentarem, desde o nascimento, condições desfavoráveis no acesso a bens e serviços, ao envelhecerem, as consequências dessas condições os acompanham, impactando em sua qualidade de vida e de saúde.

---

<sup>22</sup> A pesquisa do IBGE considera a proposta do Banco Mundial para acompanhamento da pobreza global, cuja linha de US\$ 5,50 por dia é usada para países de renda média alta, como o Brasil.

Em suas análises, Barbosa (2021) reflete sobre a naturalização do adoecimento de pessoas negras no país, sob o ímpeto racista. Discutindo sobre as implicações sociais na saúde dessa população, a autora dá especial destaque às doenças infecciosas e parasitárias que mais a afetam, uma vez que acometem mais os indivíduos não incluídos socialmente. A autora destaca que, mesmo que haja falhas no preenchimento da variável raça/cor nos prontuários e evidências de sua relação com o processo saúde-doença, para ela “[...] a dinâmica da carga dessas doenças no povo negro está intimamente implicada às características peculiares dos processos de transição demográfica e epidemiológica brasileira, atreladas à complexidade do racismo” (BARBOSA, 2021, p. 103).

Ainda que, no início dos casos, tenha sido difundido pelos meios de comunicação que se tratava de uma doença democrática, quando analisamos a hierarquia social e racial da pandemia, relacionando-a ao processo histórico no qual se estruturou o projeto de Brasil, é possível afirmar que os seus reflexos para a população negra foram originados a partir da subtração forçada dos negros da África, que “[...] segue matando depois de anunciado seu fim<sup>23</sup>”. Em análises sobre os desdobramentos da pandemia, Li *et. al.* (2021) sinalizam que, mesmo que a raça não seja individualmente um fator de risco, a determinação social da saúde gerada pela interação de “condições adversas” deveria promover a inclusão dos negros e das populações desfavorecidas entre os grupos prioritários para que, desse modo, fossem reduzidas essas iniquidades.

A naturalização da morte e do descarte de vidas negras, evidenciados ao longo desse item, revelam que a necropolítica do Estado segue seu curso repaginado e feroz. Uma de suas novas táticas é a suposta condição democrática da doença, que minimiza a discussão pelo recorte de raça e classe. Há ainda a ocultação intencional dos indicadores de raça/cor nos atendimentos e nos óbitos pela doença. As iniquidades em saúde existentes no cotidiano de pessoas negras, em todo o país, evidenciam que o racismo estrutural e institucionalizado é potencializado de maneira letal na pandemia, cuja magnitude dos óbitos, nas palavras de Flauzina e Pires (2021, p. 88) “[...] está anunciada pela indiferença à vida de seres desumanizados que habitam a zona do não ser. A vocação da doença obedece à tirania dos homens [...]”. Percebe-se, a partir do exposto, que, mesmo com o fim da escravidão negra, a sociedade brasileira manteve, no âmago de sua estrutura, uma perceptível organização sócio-racial, impondo-a esses lugares socialmente pré-determinados.

Dessa forma, a pandemia:

---

<sup>23</sup> Trecho de artigo desenvolvido pelo Coletivo Terra, Raça e Classe do MST. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/05/13/artigo-o-que-a-atual-pandemia-revela-sobre-o-13-de-maio-de-1888>.

[...] mostrou o flagelo, a virulência, a devastação, que o capitalismo dos nossos dias pratica em relação à classe trabalhadora. E ele é diferenciado. Prejudica mais a classe trabalhadora feminina do que a masculina. Mais a classe trabalhadora negra, do que a branca. Mais a trabalhadora negra do que a mulher branca. Mais a trabalhadora indígena em relação à mulher branca. Mais o trabalhador e trabalhadora imigrante do que o trabalhador nativo. (ANTUNES 2020 *apud* SUDRÉ, 2020, p.???)

Quanto à condição de gênero, dadas as devidas proporções e atravessamentos, vale sublinhar que, ainda que as mulheres negras sejam aquelas que mais sofrem as repercussões destrutivas do avanço do capital no trabalho, as mulheres brancas também são impactadas por ele. Contudo, para que as mulheres negras alcancem os mesmos padrões salariais das mulheres brancas, precisam de mais quatro anos de estudo. A educação é uma das possibilidades de mobilidade social, no entanto, quanto maior o nível de escolaridade, maior o contingente de brancos. Para cada R\$1,00 recebido por homens, uma mulher ganha R\$ 0,78. A disparidade é ainda maior quando consideramos a cor da pele: para cada ganho de R\$ 1,00 de um homem branco, uma mulher negra recebe R\$ 0,40, ou seja, mulheres negras ganham 57% menos que homens brancos, 42% menos que as mulheres brancas e 14% menos que homens negros (IBGE, 2021).

Ávila (2011, p. 65) esclarece que, para analisarmos classe social e sua relação com o trabalho, é necessário relacioná-lo com outros “[...] nexos explicativos, pois a força de trabalho que se vende é indissociável do corpo que a porta, e as suas formas de apropriação e exploração estão definidas não só pelas relações de classe como também de ‘raça’ e de gênero”. É de referir que, como destaca Barata (2009), as categorias gênero e raça coadunam-se na busca de explicações biológicas para as divisões social e culturalmente construídas. A autora explica que gênero e sexo não são sinônimos.

A palavra gênero foi introduzida na pesquisa em saúde com o ressurgimento do movimento feminista, a partir da década de 1970, e visava erradicar as disparidades e condenar a desigualdade de gênero, entendidas como relações de poder, intimamente associadas à sexualidade e às estruturas biológicas reprodutivas. Como um conceito complexo, gênero é tanto identidade (social e individual), como estrutura de organização social e dominação simbólica (hierarquia de gênero). Gênero passa a ser entendido como construção histórica, sociocultural e educacional de noções de feminilidade e de masculinidade, que, nocivo, não afeta apenas as mulheres. Todavia, a sociedade não é afetada apenas pela condição de gênero, mas da sua junção com o próprio capital, cuja sobrevivência depende da

contínua divisão sexual do trabalho. Por isso, o capitalismo mantém a distinção do trabalho, como já discutimos aqui, entre mulheres e homens, conforme seus interesses.

Focalizando e influenciando a vida em sociedade, suas repercussões ultrapassam o ambiente doméstico, os espaços laborais, acarretando a precarização do trabalho, da vida, resultando em adoecimento e morte. São elementos que não podem fugir à discussão, uma vez que, quanto mais a crise do capital emaranha-se nos setores da sociedade, dadas as hierarquias que, compactuadas socialmente, influem ao nível maior ou menor de agravos à vida e à saúde, articulados à tríade: raça, classe e gênero, são ainda mais insuperáveis, uma vez que, afetando a sociedade de maneiras diferentes, devem ser analisadas de igual modo. Por isso é extremamente necessário compreender e debater as diferenças observadas nos papéis de homens e mulheres na sociedade capitalista e sobre como essas diferenças contribuem para redução ou aumento das desigualdades, principalmente em saúde. É sobre isso que discutiremos no próximo item, destacando as especificidades da mulher negra, sua condição de trabalhadora e a sua relação com o processo saúde-doença.

## 2.2 Para análise da determinação social da saúde e de suas particularidades no Brasil: as trabalhadoras negras

A divisão do trabalho por gênero foi moldada histórica e socialmente e é resultado da influência do patriarcado. A ideologia patriarcal considera fundamentalmente que há uma relação hierárquica entre homens e mulheres, em que os homens sempre estão numa posição superior às mulheres, e esse poder hierárquico ultrapassa os limites do lar, penetrando em todos os espaços sociais, tais como, cultura e religião, alcançando o Estado. Apropriada pela sociedade, essa ideologia se manifesta não apenas de forma sexista, mas discriminando conjuntamente classe social, raça/etnia e orientação sexual. Destaca-se, nesse sentido, que o patriarcado possui, como um de seus principais elementos, o controle da sexualidade feminina, por outorgar aos homens direitos sexuais sobre as mulheres.

Segundo Safiotti (2015), o patriarcado apresenta não apenas uma questão hierárquica entre as categorias de sexo, mas uma contradição, uma espécie de nó entre patriarcado, racismo e capitalismo. Ela defende que a opressão das mulheres e a questão de classe, num contexto capitalista, são sempre operados por meio do binômio dominação-exploração das mulheres pelos homens que, já naturalizado pela ordem patriarcal, não pode ser desvinculado do modo de produção em curso, ou seja, para autora, não é possível separar a dominação do patriarcado da explosão do capital (SILVEIRA; COSTA, 2019).

Tanto a dona-de-casa, que deve trazer a residência segundo o gosto do marido, quanto a trabalhadora assalariada, que acumula duas jornadas de trabalho, são objetos da exploração do homem, no plano da família. Na qualidade de trabalhadora discriminada, obrigada a aceitar menores salários, a mulher é, no plano mais geral da sociedade, alvo da exploração do empresário capitalista. Desta sorte, fica patente a dupla dimensão do patriarcado: a dominação e a exploração. (SAFFIOTI, 1987, p. 51).

A desigualdade é refletida ainda hoje na diferença salarial, mesmo possuindo níveis iguais de escolaridade, de acesso e de permanência no mercado de trabalho, uma vez que, para cada dez homens empregados, somente seis mulheres estavam na mesma situação (BRASIL, 2020). Via de regra, as mulheres brasileiras estão incluídas em atividades laborais relacionadas à educação, à saúde, ao comércio e a atividades domésticas, ocupações essas que, no geral, dispõem de precárias condições de saúde e segurança, o que são cruciais no processo de adoecimento dessas trabalhadoras. Em decorrência disso:

O resultado é que cada vez mais se depara com um grande quadro de sintomas e doenças como a L.E.R. (Lesão por Esforços Repetitivos), fadiga, depressão, transtornos mentais, problemas gástricos, de surdez, de vista, problemas respiratórios e alergias, além das intoxicações por uso de produtos químicos. Trabalhadoras mais velhas apresentam, em particular, problemas de saúde como artrite e varizes, dores na coluna que podem ser consequência do trabalho que realizaram durante anos. (CARLOTTO, 2003, n.p).

Verifica-se que a naturalização das estruturas sócio-culturais, que classificam as diferenças, é componente essencial para que o Estado e a sociedade passem a se preocupar com certas vidas em detrimento de outras, o que determina quais podem ser continuamente violadas em seus direitos, tornando-se tragédias declaradas com alto grau de impunidade.

Da mesma maneira que o racismo e o patriarcado se interligam diretamente ao capitalismo e a suas formas de reprodução, resultando em opressões e explorações: seja o racismo que explora uma raça sobre a outra, seja o patriarcado, explorando um gênero sobre o outro, posto que, “[...] mesmo que tenham particularidades que permitam uma caracterização em si - nessa perspectiva, compõem um sistema dependente um do outro a partir do pressuposto de que tais relações são dinâmicas” (BARROSO, 2018, p. 452). Destarte, por comporem o âmago da sociedade brasileira, estão diretamente conectados ao adoecimento e, por conseguinte, não devem ser desvinculados da estrutura social do capital.

[...] na relação de exploração/opressão presente na sociedade capitalista, existem três projetos, são eles: ‘o projeto da burguesia, que visa a dispor como lhe aprouver da classe trabalhadora; o projeto dos homens, cujo objetivo consiste em subordinar as mulheres; e o projeto dos brancos de manter sua supremacia, no caso do Brasil, face aos negros’. Ou seja, no capitalismo brasileiro, o poder é da classe dominante, branca e masculina. (SAFFIOTI, 2003, p. 37).

Dado o exposto, entende-se que processo de adoecimento e saúde, vida e morte, não são vias de mão única, tornando-se necessário identificar a existência de “[...] codeterminantes, ou seja, outros fatores que atuam concomitantemente, aprofundando ou reduzindo seu impacto sobre pessoas e grupos, como ferramenta útil para a compreensão desse fenômeno” (WERNECK, 2016, p. 543).

Esses codeterminantes se referem à interseccionalidade<sup>24</sup> de raça, de classe e de gênero como aspectos importantes na saúde da população negra, que “[...] busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação.” (CRENSHAW, 2002, p. 177). Segundo a referida autora, a perspectiva da interseccionalidade evidencia a sobreposição de opressões sofridas pelas mulheres negras cujas multiplicidades de diferenciações se associam a gênero e permeiam o social, com foco nas relações interseccionais entre o racismo – que rebaixa o status dos gêneros (CARNEIRO, 2003) –, o patriarcado e outras formas discriminatórias que corroboram a ampliação das vulnerabilidades às quais essas “sujeitas” estão expostas. Mesmo não problematizando a categoria interseccionalidade, dados os limites desse estudo, é importante destacá-la, uma vez que tem sido utilizada como ferramenta de luta política contra as múltiplas opressões que afetam especialmente as mulheres negras, o campo institucional e as políticas de saúde pública, haja vista que a interação dessas opressões leva à negação de direitos e resultam na reprodução de distintas formas de violência.

Considerando o enfoque da determinação social, concebemos que ela demanda “[...] luta contra os múltiplos padrões de opressão, dominação e poder intra e extra institucionais e contra as bases da exploração e das desigualdades sociais, típicas da sociedade do capital” (SILVA; BICUDO, 2022, p. 128).

As mulheres negras, que nunca foram tratadas como frágeis (CARNEIRO, 2003), possuem peculiar experiência histórica, o que as diferencia das opressões vivenciadas pelas mulheres brancas, por exemplo, a começar pela escravidão que, no Brasil, foi condição específica de mulheres e homens negros. As negras escravizadas valiam muito menos do que os escravizados do sexo masculino e, embora seu trabalho fosse desprezado, elas compunham

---

<sup>24</sup> Conceito sistematizado pela feminista norte-americana Kimberlé Crenshaw (1989), por meio de seu artigo *Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics*. Nossa intenção não é problematizar o conceito citado, mas, por reconhecermos que esses elementos são vinculados a uma perspectiva integrada, limitamo-nos a apresentá-lo brevemente, tendo em vista que nossas análises acerca das opressões vivenciadas pela mulher negra nos levam a crer que essas são condensadas por múltiplos fatores e eixos de subordinação, pensamento defendido pela referida concepção. Para maior aproximação como tema, recomendamos a leitura das obras da autora aludida.

metade do contingente nas fazendas. No espaço urbano, trabalhavam como escravas domésticas, mucamas, cozinheiras, amas de leite, amas secas e, além disso, não raro, eram estupradas e encorajadas ao concubinato com vários homens para terem filhos para serem escravizados (MIRANDA, 2019). Na perspectiva atual, mulheres negras sofrem dupla discriminação, em que são submetidas a múltiplas formas de discriminação social devido a uma combinação perversa de racismo e sexismo, ora são vítimas de violência de gênero, tendo em vista que são consideradas incompetentes por serem mulheres, ora são vítimas de racismo, que também as consideram incompetentes por serem negras.

As negras continuam sendo excluídas e estigmatizadas por aqueles que acreditam tanto no patriarcado, quanto na superioridade de raças, por isso a cor da pele, o gênero e a classe social são fatores que diferenciam as condições de vida dessas mulheres desde o Brasil colônia. Assim, “[...] o duplo caráter da sua condição biológica – racial e sexual – faz com que elas sejam as mulheres mais oprimidas e exploradas de uma região de capitalismo patriarcal-racista dependente” (GONZALES, 2011 p. 17). Isso significa que a luta por uma divisão mais justa de gênero e de raça do trabalho envolve também um confronto com o próprio capitalismo.

No que tange a divisão racial do trabalho, Gonzales (1984, p. 226) destaca que “[...] a mulher negra, naturalmente, é cozinheira, faxineira, servente, trocadora de ônibus ou prostituta”. Para a autora, a análise do caso brasileiro não pode ser desvinculada dessa divisão sócio-racial e sócio-sexual do trabalho, por vezes, mascarado pelo mito da democracia racial.

Gonzales (1982) destaca que a configuração atual da divisão racial do trabalho é resultado dos desdobramentos do golpe militar de 1964, cujas ações ditatoriais, como a repressão da sociedade civil e a abertura do país ao capital estrangeiro, agravaram a divisão racial no país, e tal processo repercutiu diretamente entre os trabalhadores negros, assim como nas pequenas empresas. Para dar continuidade à expansão do grande capital, esses reflexos também foram observados no campo, com a destruição das pequenas propriedades rurais que, ao gerar um persistente e elevado desemprego rural, impulsionando uma inversão populacional entre o campo e a cidade, forçando fluxos migratórios maciços para os grandes centros urbanos, a “[...] privatização neoliberal [...] exclui essas populações, realocando comunidades à força para territórios periféricos, sem quaisquer condições de vida e de sustentabilidade” (CAMILO; KAHANE; FERREIRA; SCHVEITZER, 2021, p. 5).

As divisões raciais vão além das relações industriais e abrangem todas as áreas da vida social. Isso fica evidente quando se examina o espaço sistematicamente reservado à população negra: poucas oportunidades educacionais, condições precárias de moradia e as vagas de trabalho mais precárias, que parece organizado como se cada grupo, brancos e negros, homens

e mulheres, ocupassem seu lugar natural e que o lugar pertencente a negros e negras é “[...] o da senzala à favela, cortiços, porões, invasões, alagados e ‘conjuntos habitacionais’ [...] hoje, o critério tem sido simetricamente o mesmo: a divisão racial do espaço.” (GONZALES, 1982, p. 15). Esse lugar de exclusão e de negação de direitos determina condições especiais de vulnerabilidade.

Nesse tocante, para Flauzina e Pires (2021 p. 82), ainda que as condições de moradia da população negra não sejam auto evidentes, as favelas tornaram-se “[...] depósito dos corpos tomados como abjetos”. Gonzales (1984, p. 232) reforça que esses “dominados” e abjetos ali estão porque esse é seu lugar natural. Outrossim, para a autora, a segregação racial é pensada “[...] a partir de uma visão que tem a letalidade e a repressão no centro de sua estrutura”.

De fato, segundo estudo do Data Favela (2020), dos 210 milhões de brasileiros vivos, 118,9 milhões são de pessoas negras. Do total de brasileiros, 108 milhões são mulheres e 165 milhões de brasileiros, pertencem às classes C e D, que residem em zonas periféricas. As favelas, referenciadas também como comunidades, são tidas como território urbano dos pobres, demarcado por fronteiras físicas e simbólicas (NUNES, 2021). Segregadas, são espaços desprovidos de investimentos do poder público, seja com saneamento básico, educação, lazer, saúde e marcados pela violência. Como espaço de exceção, sofrem constantemente com ações policiais violentas e potencialmente fatais.

Carmo e Guizardi (2018) salientam que, nos espaços segregados, habitados por grupo mais fragilizados da sociedade, a omissão do poder público corrobora a reprodução de situações de opressão, não apenas no que se refere à desigualdade no acesso a políticas e a serviços, mas também no cerceamento da livre expressão e de lutas dos sujeitos, contribuindo para esconder a dimensão coletiva das vivências das populações em contextos de produção e de reprodução de vulnerabilidades.

Nesses espaços, segundo o Instituto Locomotiva (2020), residem atualmente 17,1 milhões de pessoas, o que representa um total de 8% da população nacional. Neles, a população negra representa, aproximadamente, 67% das pessoas e, igualmente significativo é o fato de que 49% dos lares são chefiados por mulheres, o que reflete uma tendência nacional. Isso, em parte, retrata o que fora observado com a emergência da expansão do capitalismo industrial e com o avanço da nova ordem social, em que a mulher negra passou a ser o “[...] sustentáculo da raça uma vez que os homens negros excluídos da nova ordem social [...] a mulher negra restou a responsabilidade pela manutenção material da família” (BENTO, 1995, p. 480). Fato é que a mulher negra ingressa mais cedo no mercado de trabalho e sai mais tarde dele, dada as

responsabilidades do cuidado que lhes são impostas e em igual proporção participam menos do mercado de trabalho formal (SILVA, 2020).

Contudo, como destaca Silva (2020, p. 222), é importante considerar, nesse ponto, que, mesmo as mulheres negras, “[...] ocupando maior responsabilidade quanto ao sustento de suas famílias, ainda continuam tendo maiores barreiras quanto ao acesso no mercado de trabalho”, haja vista que “[...] o mercado de trabalho foi se configurando enquanto um espaço de iniquidade de gênero e desigualdade racial que afeta subjetivamente e materialmente a vida das mulheres”. Destarte, não se pode desconsiderar o contexto de vida dessas “sujeitas” e a forma como esses cenários em que estão inseridas influenciam tanto na maneira como se posicionam, enxergam-se na sociedade e como vivem, quase que frequentemente num ambiente de privações e de condições de higiene e saúde precárias que, como sustentam Nogueira e Passos (2021), podem estar relacionadas a doenças físicas e, possivelmente, psíquicas.

Segundo o IBGE (2019), a causa de adoecimento e morte de brasileiros está diretamente relacionada ao acesso a serviços de infraestrutura, o nível socioeconômico, determinado pelas condições de higiene, qualidade da alimentação, tipo de trabalho e acesso aos cuidados de saúde, qualidade de vida e melhor sobrevida. Por serem mal remuneradas, possuírem menores índices de escolaridade, a população negra possui menos acesso de qualidade a essas condições, tornando-se mais suscetível à incidência de doenças tidas como evitáveis e a desfechos desfavoráveis de sua condição, onde se incluem: Covid-19, mortalidade neonatal antes de seis dias, mortalidade materna, ISTs, hanseníase, tuberculose, diabetes tipo dois e doenças cardíacas. No Brasil, há um consenso entre os cientistas de que há doenças e condições prevalentes em populações negras; o foco está naquelas que podem ser agrupados nas seguintes categorias:

a) geneticamente determinados – tais como a anemia falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, **DST/HIV/aids**, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses. (BRASIL, 2007, p. 29, grifo nosso).

Além disso, algumas doenças atingem desproporcionalmente as mulheres negras, como a anemia falciforme, que afeta de 6 a 10% das mulheres negras, e a diabetes tipo 2, que atinge mulheres negras 50% mais que as brancas. Mulheres negras ainda são vistas como principais vítimas de doenças como depressão, transtornos afetivos, ansiedade, insônia,

considerando que “[...] o baixo nível de renda, tanto individual quanto domiciliar *per capita*, restringe as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e gerador de doença” (BRASIL, 2007, p. 26). Entre os fatores que explicam a incidência dessas doenças entre as mulheres negras, apercebe-se que o racismo é um importante determinante dessa condição. Questões de gênero enfrentadas pelas mulheres e as desigualdades de classe que existem na sociedade capitalista atual também são apontadas como fatores que devem ser levados em consideração.

A desigualdade racial determina ainda o acesso à saúde e limita o atendimento médico. Por meio do racismo, a desigualdade leva a doenças e lesões, o que acarreta desigualdades raciais em saúde, violando o direito à saúde e à elegibilidade (GOES; NASCIMENTO, 2013). Ainda que as causas para as quais as mulheres negras recorram a esse tipo de assistência para o trato de suas enfermidades sejam mais complexas, levamos em conta que outro fator fundamental para o agravo da saúde da mulher negra é o racismo institucional, que:

[...] constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes da ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas. Em qualquer caso, sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pela ação das instituições e organizações. (BRASIL, 2007, p. 30).

A partir do exposto, verificamos que não é possível desvincular raça, classe, gênero e território do processo saúde-doença, tão pouco desassociar condições de trabalho, moradia, habitação, renda e educação em saúde. As particularidades observadas pela população negra demandam análises mais específicas como as que nos propomos a iniciar nesse item. Esses apontamentos preliminares embasarão nossas discussões nos capítulos seguintes em que, considerando tais elementos, aproximaremos o debate ao território campista a fim de compreender de que maneira cada conceito discutido se conecta à realidade das gestantes inseridas no Programa Municipal IST/Aids e diagnosticadas com sífilis, incidindo sobre sua condição de vida e de saúde *nessa terra feita de luz e madrigais*<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Trecho retirado do poema “Amantia Verba” de Azevedo Cruz, que o escreveu em homenagem a Campos dos Goytacazes, sua terra natal, no ano de 1901. Musicado por Newton Périssé Duarte em 1954, se tornou o hino oficial da cidade

### **3 CAMPOS DOS GOYTACAZES, “TERRA FEITA DE LUZ E MADRIGAIS?”: do desenvolvimento ao desalento**

Neste capítulo, propõe-se realizar aproximações e investigações relativas à formação socioeconômica do município de Campos dos Goytacazes, RJ, visando a descrever os principais traços de sua história e memória. Com o objetivo de apresentar ao leitor as singularidades da cidade, enfocam-se os processos fundamentais que conduziram o seu desenvolvimento, avaliando suas possíveis consequências na atualidade municipal.

#### **3.1 Dos indígenas aos escravizados, dos trabalhadores da cana aos embarcados**

“(…) Tudo no olvido cai, tudo fenece, Banco das Cismas, tudo cai no olvido! Teu nome hoje é vazio de sentido, A nova geração não te conhece!”.<sup>26</sup>

Como destaca o poema de Azevedo Cruz, tudo é passível de ser esquecido e quando não há incentivo ao resgate da história local, de seus antepassados, do seu processo de constituição, as novas gerações não têm a oportunidade de conhecer a sua própria história e assim, não se veem como indivíduos pertencentes a ela. Referindo-se a Campos dos Goytacazes, Azevedo Cruz (1901), percebera esse fenômeno.

Mas antes de prosseguirmos com nossos apontamentos, elucidamos que devido às limitações de tempo e espaço deste trabalho, foi necessário escolher alguns pontos históricos centrais em detrimento de outros, considerando que os tópicos aqui destacados foram mais relevantes e significativos para esta dissertação. Essa assertiva se dá pelo fato de que a abordagem adotada se vincula ao nosso objeto de estudo por levar em conta o que defende Marx (2013), que considera que a consciência do sujeito é determinada pela vida portanto, é imprescindível analisar cada período e recorte temporal. Isso se deve ao fato de que o contexto influencia diretamente as ações tomadas pelo ser social, o que nos permite compreender a totalidade de sua condição.

Compreender a historicidade do objeto é crucial para uma pesquisa crítica e para a construção do conhecimento e de uma nova síntese, conforme Marx evidencia. A ausência de entendimento da historicidade pode conduzir a uma abstração das categorias totais, contraditórias e de mediação, limitando sua interpretação a um mero exercício especulativo. Nesse sentido, a história assume uma posição crucial na investigação de questões, tensões e problemas da realidade social e de seus fenômenos.

---

<sup>26</sup>Trecho retirado do poema “Amantia Verba” de Azevedo Cruz.

[...] a noção de historicidade é a referência fundamental, pois aponta a necessidade de se incluir, na compreensão dos processos da realidade, o conteúdo que identifica cada fenômeno na sua relação com a produção humana histórica, inclusive e principalmente, na sua relação com diferentes grupos sociais, definidos por diferenças no lugar social produzido pelas contradições da base material (KAHHALE, 2009, p. 39).

A construção de conhecimento que se desvincula de seu contexto histórico é falaciosa, visto que negligencia o fato que a produção de conhecimento é, em si, socialmente determinada e enraizada em um tempo e lugar específico. Dessa forma, ao contextualizar-se um objeto de estudo, torna-se necessário levar em consideração aspectos temporais e espaciais, assim como suas origens ideológicas e a estrutura dominante em vigor. Nesse sentido, compreender a historicidade do objeto em questão é de suma importância para a exposição e sistematização do pensamento, levando em consideração tanto sua relação temporal imediata quanto sua sucessão histórica (ANES, BERNARDES, FERREIRA, 2012).

### 3.1.2 Os primeiros habitantes da planície *Goytacá*<sup>27</sup>

A história de Campos dos Goytacazes, RJ, remonta aos primeiros anos de colonização do Brasil pelos portugueses, quando a região de Campos era habitada, majoritariamente, por indígenas *Goytacá*. Os *Goytacá*, além da região de Campos, habitavam em outras áreas da região litorânea do estado do Rio de Janeiro e, em parte do Espírito Santo. Embora tivessem presença majoritária na região de Campos, os *Goytacá* não representavam a única sociedade indígena que habitou o Norte e Noroeste Fluminense. De fato, outras populações nativas ocuparam essas áreas, por longo tempo negligenciadas e pouco compreendidas. Entre elas, destacam-se os *Puri*, *Coroado*, *Coropó* e *Guarulho*, cujas primeiras menções surgiram apenas no final do século XVIII, conforme destacam Falcão e Teixeira (2010). À época, os *Coroados* e *Coropós* já haviam sido aldeados, habitando a área situada entre a Serra da Frexeira (em São Fidélis) e o rio Pomba. Os *Puri*, segundo os relatos, permaneciam em situação "selvagem" no início do século XIX, embora muitos já estivessem passando pelo processo de civilização ao qual também estavam submetidos os *Goytacá*. Os *Guarulhos*, que deram nome ao maior subdistrito da cidade, depois renomeado "Guarus", eram uma tribo de pescadores que mantinham contato com outras tribos na costa.

— os Guarulhos — eram "ferozes", ao passo que "os da parte Sul eram uma horda da mesma raça [goitacazes], porém muito mais pacíficos". Quando teve início a expansão do município em direção ao norte (Guarus), já no final do século XIX e início do XX, Lamego (1945, p. 176) afirma que "para o norte o colono primitivo encontra um matagal fechado e intransponível, infestado de Purís e de Aimorés". A partir do trecho

<sup>27</sup> Goytacá, escrito com a letra "y", foi a forma escolhida para designar a tribo indígena predominante na cidade de Campos, pelo fato de o nome da cidade ser escrito desta forma com a referente vogal.

transcrito, nota-se que os índios que habitavam as terras em questão não eram considerados moradores da região e nem ao menos seres humanos, mas sim uma infestação, empecilhos para a inevitável colonização (ALVARENGA, 2020, p.55).

A tribo Goitacá teve sua morada original entre os rios Macaé e Itabapoana, e nas margens e afluentes do rio Paraíba do Sul, incluindo o rio Pomba e o rio Muriaé. Infelizmente, essa tribo foi uma das primeiras a sofrer as consequências do contato com a cultura europeia, o que desencadeou seu desaparecimento a partir do século XVII. A partir desse momento, não há registros de viajantes que tenham entrado em contato com eles ainda em estado natural. É possível que os Coroados, Coropó, Puri e Guarulhos sejam descendentes dos Goitacá, mas essa hipótese carece de comprovação definitiva (FALCÃO; TEIXEIRA, 2010).

De acordo com Alberto Lamego (1940), quando os Góis aportaram nas planícies setentrionais da capitania de São Vicente no mesmo barco de Martim Affonso de Souza por volta de 1530, construíram em Campos, a primeira vila no ano de 1539. Entretanto, à intensa resistência exercida pelos nativos locais, majoritariamente *Goytacá*, não permitiu que fosse estabelecida a colônia por pelo menos duas gerações.

Pai e filho abandonaram as tentativas de colonização e voltaram para Portugal, abandonando as terras outrora doadas pelo rei e as deixando aos índios da tribo *Goytacá* que, a partir daquele momento, ficaram conhecidos nos relatos de época como ferozes, selvagens, bárbaros e, praticamente, animais. Além disso, toda espécie de ocupante não indígena, eram conhecidos como criminosos, foragidos ou soldados desertores (GOMES, 2014, p. 11).

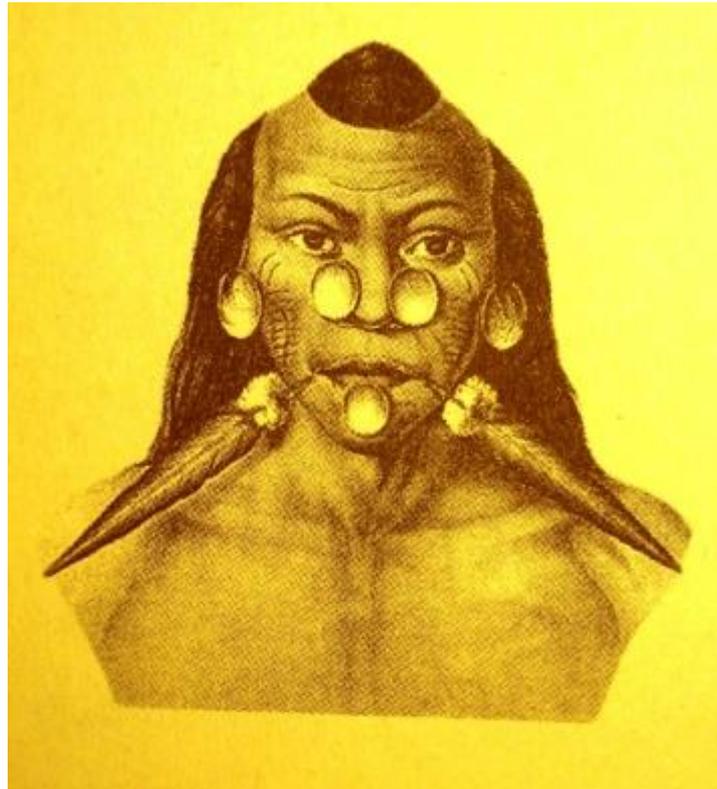
Os *Goytacá* eram diferentes da maioria das tribos indígenas do Brasil. O nome "goytacá" vem da junção de "gûa" (rede) e "itaka" (peixes) que, na tradução literal, seria "rede de peixes", ou ainda "aquele que come conchas", de origem tupi-guarani. A língua tupi que por se tratar de uma língua complexa e rica em significados e nuances, pode ter diferentes interpretações e significados em contextos distintos. Aliás, a ausência de uma autodenominação dos *Goytacá* se dá pelo fato dessa tribo não ter nenhum tipo de ligação com as outras tribos e possuir um idioma próprio, não sendo possível sua denominação oficial (SILVA, 2020).

As divergências relacionadas a sua denominação e ao significado do nome dos *Goytacá* também avançam sobre outros elementos. Alguns dos possíveis significados atribuídos ao nome *Goytacá* incluem: *aqueles que comem conchas*, em referência à alimentação dos indígenas que se alimentavam principalmente de moluscos, crustáceos e outros frutos-do-mar; *aqueles que remam em canoas* ou *aqueles que atravessam rios*, em referência à habilidade dos indígenas em navegar pelos rios e mares da região; *aqueles que têm cabelos revoltos* ou *aqueles que têm cabelos crespos*, em referência às características físicas dos indígenas, que teriam cabelos mais

grossos e enrolados do que os europeus; *aqueles que são grandes*, em referência à estatura física dos indígenas, que eram, em média, mais altos do que os europeus; *aqueles que são valentes* ou *aqueles que lutam bem*, em referência à reputação guerreira dos indígenas, que resistiram bravamente à invasão dos colonizadores portugueses. Não existe uma forma correta de escrever o seu nome, que varia de acordo com a interpretação dos autores que discorrem sobre seu significado e origem, uma vez que a linguagem tupi-guarani possui essas particularidades. É possível encontrar obras que os chamam de *Goitacás*, *Goitacazes*, *Goytacá*, *Goytacazes*. Todas as formas são aceitas e utilizadas na literatura, havendo ainda outras (LAMEGO, 1940; SILVA, 2020).

É importante ressaltar que esses significados são apenas algumas das possíveis interpretações atribuídas ao nome *Goytacá* e que a verdadeira origem e significado do nome ainda é objeto de debate e especulação entre os estudiosos e pesquisadores da história da cultura indígena. Ainda que não haja um consenso sobre a escrita e o significado dos *Goytacá* há unanimidade em relação à bravura desses indígenas. A escassa quantidade de informações disponíveis os descreve como guerreiros robustos, ágeis e habilidosos nadadores. Os guerreiros *Goytacá* eram conhecidos por serem altamente ferozes, sendo considerados guerreiros formidáveis que lutavam com grande coragem e destreza, além de serem muito hábeis no manuseio de armas e no uso de arcos e flechas (LAMEGO, 1940)

Os *Goytacá* eram excelentes nadadores, característica que pode ser justificada por habitarem em regiões de lagoa, rios, brejos, “(...) que lhes fortifica o valor guerreiro por vantagens estratégicas originais” (LAMEGO, 1940, p. 87). Em terra, eram exímios corredores, e corriam tão rápido que podiam capturar um veado sem utilizar armas ou armadilhas, usando apenas a própria velocidade e suas mãos. Diferente dos demais indígenas do Brasil, eles tinham a pele mais clara, eram mais altos e robustos, possuíam um cabelo longo até as costas e raspavam uma parte da frente do cabelo, muito parecido com algumas culturas da Ásia. Além disso, andavam totalmente nus e outros com alguns ornamentos no corpo ou pinturas (figura 7). Eram nômades e se moviam pela região em busca de alimento e abrigo. Não costumavam dormir em rede, preferiam dormir no chão dentro de palafitas, uma vez que geralmente acampavam à beira de rios e lagos.

**FIGURA 7: UM INDÍGENA GOYTACÁ**

Fonte: Blog Campos Fotos (2011)

Segundo o relato do Frei Vicente de Salvador, um Jesuíta da época, os *Goytacá* eram mais aquáticos do que terrestres e nenhum português era capaz de capturá-los. Em complemento, Frei Vicente relatara que, quando os *Goytacás* se sentiam acudados, entravam nas Lagoas, a pé ou de barco e ninguém conseguia alcançá-los. Conforme destaca Bueno,

(...) mais pareciam ‘homens anfíbios do que terrestres’, que nenhum branco era capaz de capturar, pois, ‘ao se verem acossados, metem-se dentro das lagoas, onde ninguém os alcança, seja a pé, de barco ou a cavalo’. Ainda conforme frei Vicente, os Goitacá eram capazes de capturar peixes ‘a braço, mesmo que sejam tubarões, para os quais levam um pau que lhes metem na boca e como o tubarão fique de boca aberta, que não a pode cerrar com o pau, com a outra mão lhe tiram por ela as entranhas, e com elas a vida, e o levam para a terra, não tanto para o comerem como para dos dentes fazerem as pontas de suas flechas, que são peçonhentas e mortíferas. Se não comiam tubarões, os Goitacá eram, segundo o francês Jean de Léry (1534-1611), ‘grandes apreciadores de carne humana, que comem por mantimento e não por vingança ou pela antiguidade de seus ódios’ (2016, s/p.).

Com o tempo, os *Goytacá* se tornaram um enorme problema para os colonos portugueses, pois dadas as inúmeras tentativas, ficou evidente que não havia como vencê-los em batalha, principalmente por ser em um território em que os europeus não conheciam. Resistindo a dominação portuguesa, tornaram-se um obstáculo para a expansão da sua colonização. Contudo, os colonos portugueses não estavam dispostos a renunciar àquelas terras

tão facilmente. Foi então que, no século XVII, os portugueses planejaram usar o vírus causador da varíola que, diluídos, como “presentes”, colocados em objetos e roupas, foram propositalmente deixados em locais de passagem dos indígenas. A arma biológica surtiu o efeito esperado que o embate físico não permitiu: a doença espalhou rapidamente entre os mais de 12 mil integrantes da tribo *Goytacá*, que foram exterminados pela varíola em menos de um ano. Os poucos *Goytacá* sobreviventes migraram para os sertões. Alguns historiadores acreditam que a última aldeia *Goytacá* ficava na região onde hoje é a cidade de São Fidélis, contudo, ela foi exterminada pelos padres capuchinhos (ASSIS, 2011).

Reiteramos, como ressalta Cunha (2012), que além dos micro-organismos, outros fatores contribuíram para a diminuição da população indígena na América. Guerras realizadas com objetivo de conquista e apresamento; fomes decorrentes das guerras; desestruturação social e exploração do trabalho indígena, via escravização. Todos esses fatores contribuíram para a dizimação de diferentes tribos indígenas.

Salienta-se que a história dos primeiros habitantes da região em Campos só começou a ser desvendada após 1989 com a descoberta de um sítio arqueológico próximo ao local onde hoje funciona o cemitério do Caju (conforme figura 8), onde, nos tempos dos *Goytacá*, havia um lago cujos corpos dos seus semelhantes eram enterrados em volta, dentro de urnas.

**FIGURA 8:** OSSADAS DE GOYTACÁS ENCONTRADAS NO SÍTIO ARQUEOLÓGICO DO CAJU



Fonte: Priscilla Alves (G1), (2013).

No sítio, foram recuperados 17 urnas íntegras, inúmeros esqueletos, artefatos e adornos de concha e ossos (figura 8), além de cerca de 10.000 fragmentos de cerâmica, mas, destaca-se, que, só a partir de 1989, as escavações começaram e se estenderam até 1991 (ASSIS, 2020, p. 458). Ainda que pouco conhecida, a história desses primeiros habitantes é lembrada apenas como um topônimo da cidade, nome de uma rua e de um bairro do município.

### 3.2 Entre a terra indígena e a mão de obra escravizada: a formação de Campos dos Goytacazes

Como já discutimos inicialmente, ao longo do século XVI ocorreram diversos conflitos entre os índios *Goytacá* e os colonizadores portugueses, que buscavam controlar a região e suas riquezas. Nestes confrontos, os *Goytacá* resistiam bravamente, mas acabaram sendo derrotados ao longo do tempo. A Coroa Portuguesa utilizou uma série de estratégias para consolidar suas colônias e garantir a dominação dos territórios conquistados, entre elas, destaca-se a criação de aldeias para os índios já catequizados e subordinados. Essas aldeias foram fundamentais para estabelecer controle sobre as populações nativas e garantia da segurança territorial, tendo sido amplamente utilizadas pelos jesuítas e outros colonizadores (ALVARENGA, 2020).

Silva (2020) ressalta que a cidade de Campos, por sua vez, seguiu esses preceitos ao ser fundada na região mais alta da margem direita do rio Paraíba do Sul, onde os indígenas locais já haviam sido subjugados e se tornaram aliados da colonização. Essa escolha estratégica de localização permitiu a construção de uma cidade fortificada e capaz de resistir a ataques dos índios hostis da região atualmente conhecida como Guarus, mas até então, denominada Guarulhos, ainda não subordinados à colonização portuguesa.

Dessa forma, a criação de aldeias e a urbanização de cidades, seguindo esse modelo de assentamento, foram pilares fundamentais da colonização portuguesa, garantindo a submissão dos povos nativos e a segurança territorial necessária para a consolidação do domínio colonial. Essas estratégias foram amplamente utilizadas não só no Brasil, mas também em outras colônias portuguesas ao redor do mundo (ALVARENGA, 2020).

A pedido da coroa portuguesa, os líderes de São Tomé dividiram as terras em pedaços e as distribuíram para sete capitães portugueses, alguns dos quais já possuíam engenhos de açúcar na região de Guanabara, efetivamente dominando a área. Com a chegada do século XVII, a região que viria a se tornar Campos dos Goytacazes passou a ser produtora de cana-de-açúcar, café e outros produtos agrícolas, e a cidade começou a se desenvolver a partir do comércio. A região também foi marcada pela presença das ordens religiosas, que exerciam grande influência na organização social e econômica. A construção de templos religiosos foi uma das atividades mais evidentes durante esse período, e estes locais eram considerados referências culturais do município.

No final do século XVIII e início do século XIX, apesar dos conflitos de terra envolvendo grandes e médios fazendeiros, posseiros, indígenas e a Câmara, a cidade de Campos dos Goytacazes começou a se destacar politicamente devido à estabilidade econômica e social,

proporcionada pelo sucesso da produção de cana-de-açúcar, introduzida pelos colonizadores portugueses e cuja riqueza se concentrava na mão de poucos, como resultado da transformação dos meios de produção. O comércio de africanos escravizados também foi uma importante atividade econômica na região, que utilizava a mão de obra escravizada para trabalhar nas lavouras. Os africanos que chegavam na cidade do Rio de Janeiro eram comercializados e transportados em navios para a região Norte-Fluminense, onde eram destinados às grandes e pequenas propriedades.

No século XVIII, Campos dos Goytacazes continuou a se desenvolver como um importante centro produtor de cana-de-açúcar e café na região. A cidade expandiu-se e tornou-se um ponto de passagem obrigatória para o escoamento de produtos rumo aos portos do Rio de Janeiro e de São Paulo. As plantações de cana-de-açúcar e café eram conduzidas por proprietários de terras, em sua maioria, portugueses, que utilizavam a mão de obra escravizada para a realização das tarefas agrícolas. O comércio de escravizados africanos era um importante componente da economia da região, permitindo a realização das atividades agrícolas e constituindo um significativo tráfico de humanos. Neste período, em paralelo ao avanço da economia açucareira e cafeeira, a cidade também se enriqueceu culturalmente, devido à chegada de viajantes, comerciantes e artistas de vários lugares do país e do mundo. Campos se tornou um importante polo cultural da região, com a construção de prédios, igrejas e teatros, destacando-se na paisagem urbana (SILVA, 2020).

Entretanto, o aumento da concorrência com outras regiões produtoras, aliado ao declínio da produção de cana-de-açúcar, criou dificuldades para a manutenção da economia local. Baseando-se nos estudos de Lamego Filho, Lima (1981) indica que a história do açúcar na cidade de Campos pode ser dividida em três períodos: de 1750 a 1830, período dos engenhos de tração animal; de 1830 a 1880, dos engenhos a vapor e, a partir de 1880, com as usinas.

O processo de consolidação do núcleo urbano em Campos dos Goytacazes se deu a partir da construção da catedral e da Praça São Salvador, situadas à margem direita do rio Paraíba do Sul. Aliás, o Paraíba do Sul constituía-se como um obstáculo significativo entre os lados distintos da cidade, por distanciar os colonos dos índios que ainda não haviam sido colonizados e, mais adiante, os negros escravizados fugitivos, que buscavam refugiar-se em terras mais distantes a fim de dificultar seus aprisionamentos. Entretanto, com o alargamento dos núcleos urbanos e a instalação de pontes sobre o rio, esta antiga dificuldade foi erradicada, facilitando a comunicação entre as duas margens.

A partir dessa localização estratégica, a cidade se desenvolveu em termos de urbanização e arruamento, tendo como limites geográficos o leito do rio e as lagoas existentes

na região. É importante destacar que a escolha da localização da catedral e da praça, como marcos iniciais da urbanização de Campos, foi feita de forma consciente e estratégica, uma vez que o rio Paraíba do Sul desempenhava papel fundamental no século XX como via de navegação e transporte hidroviário, predominantemente realizados por ele. Porém, com a implementação da linha férrea e da Rodovia Presidente Dutra, localizada paralelamente à sua margem, houve uma perda gradual de relevância do transporte fluvial. A construção da ferrovia que conectou Campos a São João da Barra – permitindo o transporte do açúcar da região, contribuindo significativamente para essa mudança (ALVARENGA, 2020; ASSIS, CARNEIRO, 2015). Assim, pode-se afirmar que o processo de urbanização em Campos dos Goytacazes foi influenciado não apenas por fatores geográficos e culturais, mas também pelas necessidades práticas de sobrevivência e desenvolvimento da cidade no contexto da colonização portuguesa no Brasil.

Em 1890, o território do município tinha praticamente os mesmos limites atuais e, desde então, a vida cultural da área migrou dos grandes terrenos para o núcleo urbano. (LIMA, 1981, p. 83). A cidade viu crescer nesse período a sua presença no cenário político e social com a instalação de uma importante quantidade de empresas e a atuação de empresários e políticos locais de expressão. Neste período a cidade em formação tornou-se referência nessa área do estado do Rio de Janeiro, como controle sobre a navegação pelo rio em direção ao porto de São João da Barra. Possuía uma população de 9.221 habitantes, entre os quais 1.221 eram negros e negras escravizados.

Quanto ao perfil dos escravizados na cidade, a análise de inventários *post mortem* e registros de batismo em Campos dos Goytacazes evidencia que a maioria desses indivíduos tinha origem em Angola, fato considerável visto que, pelo menos 52 mil pessoas, chegaram ao Brasil oriundos desse país (FERRO; OLIVEIRA, 2018). Em número menor, encontravam-se negros moçambicanos (SOARES, 2010). Além disso, houve prevalência de homens adultos em detrimento do número de mulheres, idosos e crianças, devido a maior demanda por mão de obra masculina jovem nas fazendas e engenhos (SOARES, 2010). Segundo a referida autora, a discrepância de gênero era agravada pelos elevados índices de mortalidade infantil, baixa expectativa de vida e escassez de mulheres em condições de ter filhos, o que contribuía como justificativa para a constante necessidade de novas compras de negros para atender à crescente produção açucareira.

A partir da segunda metade do século XIX a região Norte Fluminense experimentou um ciclo de expansão mais significativo, decorrente, em grande parte, do surgimento do engenho a vapor e, posteriormente, das usinas de açúcar. O apogeu desse primeiro ciclo coincidiu com a

inauguração da primeira rede pública de energia elétrica da América Latina. Durante esse período, a rentabilidade da agroindústria açucareira foi tão expressiva que desestimulou outras produções de subsistência e reduziu consideravelmente a criação de gado. Como resultado, houve a necessidade de importar alimentos e animais para o trabalho, a partir da segunda metade do século XIX. As bases da economia colonial foram rompidas, entre outros fatores, com a abolição da escravatura, em 1888 (RIBEIRO, 2012).

Substituindo gradualmente a cana-de-açúcar como principal produto agrícola da região, Ribeiro (2012) destaca que no século XIX, Campos dos Goytacazes consolidou-se como importante centro produtor de café. A produção cafeeira foi responsável por impulsionar a economia da região, atraindo novos investimentos e permitindo o enriquecimento de uma parte da população local. Empresas e propriedades rurais surgiram na cidade e em seus arredores, e a cidade passou a ser considerada um importante polo comercial de café no país. O cultivo do café na tríplice fronteira: entre as províncias do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo aumentou progressivamente e levou à manutenção de uma grande população escravizada, mesmo após o fim do tráfico de negros em 1850, com a promulgação da Lei Eusébio de Queiroz no mesmo ano. Em consonância com tal assertiva, Pereira (2020) destaca que a relação simbiótica entre açúcar e café, serviu como justificativa para ampliação do trabalho escravizado negro na segunda metade do século XIX, corroborando com a perpetuação da lógica escravocrata do país.

Consolidada como um centro financeiro, as mudanças econômicas geradas pelo enriquecimento da população e os ideais modernizadores e progressistas resultaram em mudanças significativas na infraestrutura e estrutura social da cidade de campos, com a presença cada vez maior de estrangeiros e a demanda por cargos especializados (RIBEIRO, 2012). A região também passou a investir na diversificação da produção agrícola, com a introdução de novos cultivos como a mandioca, o arroz e a criação de rebanhos bovinos.

A cidade também se desenvolveu culturalmente, com a construção de teatros e edifícios públicos, a instalação de periódicos<sup>28</sup> e o surgimento de grupos artísticos. Contava ainda com uma quantidade considerável de professores, médicos e advogados, que movimentavam a vida intelectual da cidade, que possuía 32 estabelecimentos de ensino, uma biblioteca com cerca de

---

<sup>28</sup> Entre os periódicos Campistas podemos citar: Correio Constitucional Campista (1831); Monitor Campista (1855); Commercio de Campos: diario de interesses economicos, noticioso e não político (1877); Florilegio da Mocidade: orgão litterario, poetico e recreativo (1879); A república (1892), entre outros. Veja mais em: [https://bdlb.bn.gov.br/acervo/browse?value=Peri%C3%B3dicos%20brasileiros%20-%20Campos%20dos%20Goytacazes%20\(RJ\)&type=subject](https://bdlb.bn.gov.br/acervo/browse?value=Peri%C3%B3dicos%20brasileiros%20-%20Campos%20dos%20Goytacazes%20(RJ)&type=subject).

6.000 volumes, quatro livrarias, dois teatros, três lojas maçônicas e três associações musicais. A produção literária local também ganhou destaque, com nomes como José do Patrocínio, Barão de Miracema e João Barbalho (LIMA, 1981).

Infere-se que os atos coletivos promovidos pelos escravizados em Campos ocorreram antes de qualquer influência proveniente do movimento abolicionista. Ao longo dos 300 anos de escravidão no Brasil, os negros escravizados realizaram inúmeras ações de resistência, incluindo revoltas, sabotagens e tentativas de fuga. Apesar das condições brutais de sua escravização, os negros escravizados não aceitaram seu destino e lutaram por sua liberdade. Campos dos Goytacazes, como outras regiões do Brasil, foi palco de diversas histórias de resistência e luta contra a escravidão, e uma delas foi a presença de quilombos na região. Os quilombos eram comunidades formadas, principalmente, por escravizados fugitivos que se refugiavam em áreas isoladas ou de difícil acesso, como montanhas ou florestas, formando comunidades que se organizavam em torno de líderes que coordenavam a luta pela liberdade e a resistência contra a escravidão. Em função disso, o escravizado quilombola virou uma espécie de representação da resistência negra. Entretanto, esta visão ainda enfatizava o isolamento e a marginalização do quilombo, pois propagava a ideia de que, pela incapacidade do escravizado em acabar com o sistema escravista, a fuga se tornou a única possibilidade real de se criar uma sociedade com modos de vida diferenciados (MOURA, 1959; ALVES FILHO, 1988).

As comunidades quilombolas são compostas de grupos sociais com uma identidade étnica que os distingue do restante da sociedade. Estas comunidades foram se constituindo a partir de uma grande mudança de processos, tanto durante a vigência do sistema escravocrata, que por mais de 300 anos explorou os negros trazidos da África para o Brasil, quanto após a abolição da escravidão, no século XIX, quando depois de abandonados à própria sorte, tiveram que enfrentar as desigualdades, situação que se arrasta até os dias de hoje (CORDEIRO, 2012, p. 32).

Lima (1981) reitera que, Campos dos Goytacazes foi considerada um dos maiores focos de rebeldia negra no Império, mesmo antes da radicalização do movimento abolicionista, fato que pode ser compreendido ao se observar a grande concentração de negros escravizados presentes no município. Em 1816, Sante Hilaria afirma que a população era composta por 14.560 homens livres e 17.356 escravizados, totalizando 31.917 habitantes. Portanto, 54,38% da população total era composta por escravizados. Em 1873, contava-se com 35.688 escravizados, e em 1880, o município possuía a maior concentração de escravizados de toda a província, com 32.125 negros, que constituíam 36,6% da população. Esses dados não incluem os 3.693 "engenhos livres", filhos de escravas que ficavam nominalmente obrigados a trabalhar para o senhor de sua mãe até a idade de 21 anos. Ainda em 1880, segundo Ribeiro (2012), Campos apresentava-se como um conglomerado de dez freguesias distintas, tais como São

Salvador, São Gonçalo, Santo Antônio dos Guarulhos, Nossa Senhora das Dores do Macabu, São Sebastião, Nossa Senhora da Penha do Morro do Coco, Santa Rita da Lagoa de Cima, Nossa Senhora da Natividade do Carangola, São Benedito da Lagoa de Cima e Bom Jesus do Itabapoana.

O século XIX também trouxe importantes transformações para a cidade, com a chegada da luz elétrica<sup>29</sup> (a primeira do Brasil) e a modernização da infraestrutura urbana, obras que visavam adquirir características necessárias a transformar a cidade na capital do estado do Rio de Janeiro (ALVARENGA, 2020). Neste período, Campos recebia constantemente a visita de Dom Pedro II, como na oportunidade de inspecionar a construção do Canal Campos – Macaé, em 1847. A construção do Canal Campos - Macaé, utilizando mão de obra escrava, foi iniciada em 1º de outubro de 1844 e considerada, à época, uma das maiores obras de engenharia do país durante o período imperial. Com uma extensão original de 106 quilômetros, tornou-se o segundo canal artificial mais longo do mundo, ficando atrás somente do Canal de Suez, com 163 km. Em Campos, a ferrovia foi inaugurada em 1874, conectando a região a outras áreas do país e facilitando o escoamento dos produtos agrícolas. No final do século, a cidade também iniciou um processo de urbanização, com o surgimento de novos bairros e a construção de imóveis modernos. No entanto, o século XIX também foi marcado por importantes conflitos sociais e políticos no Brasil e na região. A escravidão foi um dos maiores problemas enfrentados pelo país, e Campos dos Goytacazes teve um importante papel no tráfico de pessoas escravizadas.

Campos contava em finais de 1880 com uma população de 91.880 indivíduos, sendo que destes 35.668 escravos e 56.212 livres, aí computados 10.266 ingênuos. Assim, a população escrava representava 38,82% da população. Ao considerarmos apenas o conjunto da população da Vila de São Salvador, do total de 19.400 habitantes, 40,77% compunha-se de escravos, isto é 7.910 indivíduos. Lana Lage da Gama Lima afirma que era este o maior número de escravos da província do Rio de Janeiro, que possuía nesse período 289.239 escravos, concentrando Campos 12,33% desse total (RIBEIRO, 2012, p. 102).

A efervescência das ideias republicanas e socialistas também criou tensionamentos sociais, culminando em diversos movimentos sociais e políticos na região. Nesse ínterim, Lima (1981) destaca que a história do abolicionismo na cidade começa com a fundação da Sociedade Ipiranga, em 1870, liderada pelo médico Miguel Antônio Heredia de Sá. Embora essa associação tenha conseguido libertar apenas uma criança, chamou a atenção dos senhores de negros escravizados locais que se tornaram utilitários da organização. Em 1881, surge uma nova associação com a mesma finalidade: a Sociedade Campista Libertadora, liderada por João Barreto Traço, que reuniu mais de 20 indivíduos. Em 25 de março, foi criado o jornal Gazeta

---

<sup>29</sup>Campos dos Goytacazes foi a primeira cidade do Brasil a ter luz elétrica, que fora inaugurada em 24 de junho de 1883 por Dom Pedro II.

da Tarde em Campos, que tinha como único objetivo a propagação abolicionista. Liderado por José do Patrocínio, um verdadeiro inimigo dos senhores de escravos que controlavam a política na cidade, a linguagem contundente do jornal provocava indignações, mas também agradava parte da população. José do Patrocínio e outros abolicionistas sofreram perseguições da própria polícia, inclusive Lacerda, que participava tanto da polícia quanto do movimento (LIMA, 1981).

Joaquim Nabuco analisa, de forma clara e precisa, uma série de acontecimentos que abriram novas perspectivas para a superação da condição dos escravizados na década de 1860, como a alforria para os escravizados que fossem lutar na Guerra do Paraguai (1864-1870). Justo após a promulgação da Lei do Ventre Livre em 1871<sup>30</sup>, a qual estabeleceu a libertação dos filhos de negros escravizados nascidos a partir daquela data como uma medida de longo prazo para extinguir a escravidão, houve o reconhecimento oficial da problemática pelo império. Os efeitos dessas movimentações começaram a ser sentidos em Campos dos Goytacazes e, em decorrência disto, houve um aumento da violência nas relações entre senhores e negros escravizados, o que levou as autoridades policiais a emitirem vários pareceres<sup>31</sup> sobre a questão (RIBEIRO, 2012).

A situação era tão preocupante que houve denúncias sobre a corrupção dos juízes, que absolviam negros escravizados em julgamentos e os entregavam a seus senhores ou famílias para fazer justiça pelas próprias mãos. A violência crescia e evidenciava-se, como no assassinato da fazendeira Ana Joaquim Carneiro Pimenta, cometido por Letícia, Querubina, Cecília e Virgínia, pretas escravizadas, que após sofrerem graves castigos físicos, decidiram vingar-se de sua senhora. As relações entre senhores e negros escravizados estavam cada vez mais tensas, indicando que a abolição era inevitável e necessária (LIMA, 1981).

Para Lima (1981) o movimento abolicionista, impulsionado pela opinião pública, fomentou a rebeldia e contestação dos negros escravizados que, a partir de março de 1888, empreenderam ondas de fugas em massa das fazendas, assumindo proporções de êxodo. A primeira retirada organizada dos negros escravizados veio da fazenda de Guandu, de Julião Alves, seguida por outras mais. A conquista da liberdade foi buscada pelos próprios escravizados, que contaram com auxílio e incentivo do movimento abolicionista como agente catalisador. O movimento abolicionista prestou apoio e influência aos negros escravizados na luta pela abolição, conferindo às investidas uma conotação eminentemente política, que antes

---

<sup>30</sup> Uma das medidas antecedentes da Lei Áurea, a legislação estabeleceu que a partir de 28 de setembro de 1871, as mulheres escravizadas gerariam somente prole livre. Conforme o teor da norma, cessaria o nascimento de indivíduos escravizados em território brasileiro.

<sup>31</sup> C.F: LIMA, Lana Lage da Gama. *Rebeldia negra & abolicionismo*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1981. LINEBAUGH, Peter.

lhes era negada. Consequentemente, o poder dos escravistas foi desmantelado, e a abolição tornou-se inevitável e intransferível na região.

O medo da desorganização econômica levou os senhores de escravos a buscar soluções para a falta de braços na lavoura, e a liberdade de seus cativos foi uma delas. Embora inicialmente resistentes, os fazendeiros foram forçados a conceder alforrias em massa, mas condicionadas à até cinco anos de trabalho para obter a liberdade (RIBEIRO, 2012).

Segundo Ribeiro (2012) a opinião pública e alguns fazendeiros reconheciam a necessidade de reorganização do trabalho, mas a maioria resistia à abolição por considerar uma perda de capitais e um desrespeito à instituição da propriedade. Os fazendeiros, no entanto, foram forçados a buscar alternativas para manter o braço escravizado na lavoura e evitar uma crise sem precedentes. Assim, a liberdade concedida pelos senhores tornou-se a solução para acalmar os ânimos dos negros e manter a mão de obra na lavoura. Contudo, essas ações não foram suficientemente capazes de impedir o quadro de fugas em massa dos escravizados.

Em março de 1888, foi organizado o Congresso Agrícola pelos fazendeiros da região, que contou com a participação de líderes do movimento abolicionista. Eles elaboraram um documento para ser enviado ao Governo Imperial, solicitando o fim da escravidão e formaram comissões para libertar os negros escravizados nas freguesias. Embora o Congresso Agrícola não tenha alcançado seu objetivo de ver extinta a escravidão em Campos, seus efeitos foram significativos, possibilitando a libertação de milhares de escravizados em poucos dias.

Em 1888, muitos fazendeiros optaram por conceder alforrias legalmente, movimento intensificado desde o ano anterior. No entanto, alguns senhores resistiram à ideia de libertar seus escravizados, temendo a ruína econômica. A transição para o trabalho livre foi feita pela via legalista e parlamentar, e a classe dominante dos fazendeiros não deixou de existir (RIBEIRO, 2012).

Em 13 de maio de 1888, Campos dos Goytacazes estava em festa, ainda que parcialmente e no papel. Naquele dia, o negro escravizado conquistou a tão sonhada liberdade. Ousamos essa asserção, porque os ideais abolicionistas e a assinatura da Lei Aurea não levaram em consideração a estrutura social em que o negro estava inserido, sendo afetado por outras questões, como o racismo estrutural e a falta de oportunidades equitativas. A liberdade formal não significou a liberdade real, tão pouco igualdade de oportunidades, deixando muitos negros à margem da sociedade.

O movimento abolicionista que, em Campos lutava ao lado do escravo sistematicamente desde 1884, não pensou sobre as consequências mais amplas que a Abolição traria: tornar livres formalmente milhares de homens que, tendo passado anos sob o jugo de outros homens, sempre quiseram a liberdade, mas não sabia que com ela iriam adentrar na também cruel sociedade capitalista competitiva. Era o

liberalismo “finalmente” colhendo seus frutos, tornando todos os homens iguais perante a lei e ao lhes conceder uma liberdade que, de fato, não ia além do poder de decidir sobre si (RIBEIRO, 2012, p. 163).

O pós-abolição evidencia que as trajetórias de homens e mulheres negros(as) foram permeadas por lutas, as quais se manifestavam de diferentes modos. Se, durante a vigência da escravidão, a resistência era fundamentada na busca pela liberdade, no pós-abolição essa luta se configurou no esforço contínuo pelo direito à cidadania, pelo acesso à terra e por políticas de reparação em diversos âmbitos de suas existências. É inegável que durante décadas a população negra foi vista como prejudicial à formação de uma sociedade considerada civilizada, sendo tida como ociosa, vadia e sem moralidade

Após a ratificação da Lei Áurea em 1888, os indivíduos anteriormente cativos passaram a representar um desafio para as elites hegemônicas do Brasil. Com o inevitável surgimento de uma força de trabalho liberta e assalariada após a abolição da escravatura, as classes dominantes se viram preocupadas quanto à sua capacidade de controlar essa nova dinâmica laboral. Durante o período escravagista, a convivência entre proprietários e seus escravizados era regida por uma dinâmica paternalista. Contudo, após a conquista da liberdade, essa relação foi substituída por uma transação comercial, na qual a subordinação dos trabalhadores se tornou sujeita a negociação. A consequente inefetividade dos mecanismos de disciplina social do passado exigiu a busca por novos métodos de dominação. Para garantir a contínua oferta de mão de obra negra para o comércio e produção locais, foi necessário adotar medidas destinadas a combater manifestações de ociosidade, vacância, delinquência e mendicância.

É de se notar que, no mesmo ano da aprovação da Lei Áurea, o Ministro Ferreira Vianna apresentou um projeto de lei com o intuito de lidar com a questão da ociosidade. Esse projeto obteve amplo consenso entre os legisladores, que consideravam a abolição da escravidão um desafio social. Vasconcelos e Oliveira (2011) dissertam que de acordo com essa corrente de pensamento, o ex-cativo ainda carregava em si os vícios da escravidão, que o tornavam incapaz de se inserir na sociedade e constituir uma família. Esse discurso era sustentado por variados aspectos presentes nas sociedades da pós-abolição. Até então, o trabalho manual era associado à escravidão, o que fez emergir a necessidade de construir uma nova ética do trabalho para inculcar nos recém-libertos, a ideologia do trabalho. As elites insistiram no poder que o trabalho tinha de transformar os indivíduos em bons cidadãos, fornecendo-lhes os meios de viverem por si e honestamente. O trabalho era apresentado como o grande agente moralizador da conduta do negro.

Dessa forma, é necessário entender as dimensões políticas, econômicas e sociais do processo abolicionista, a fim de se analisar as consequências de longo prazo da abolição da escravidão no Brasil. As classes dominantes foram negligentes em garantir uma sociedade igualitária e tomaram medidas que só aumentaram a desigualdade e os problemas sociais. A inserção do negro na sociedade brasileira foi relegada a uma posição marginal e secundária por uma parcela da elite branca que o caracterizou como um elemento humano sem vontade, entregue à ociosidade, à malandragem e à mendicância. Essa imagem foi criada pela discriminação e pelo racismo velado, na tentativa de inserir esses indivíduos em políticas de enquadramento social sob a liberdade policiada (VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2011).

Ao investigarmos a história de Campos dos Goytacazes, verificamos que, a população negra ainda luta para ter seus direitos de pertencimento ao território e reconhecimento na terra campista. As consequências dos conflitos históricos narrados, ainda persistem em sua vida cotidiana. Com a alteração do espaço urbano, também ocorreram significativas mudanças nos quadros de referência para seus primeiros habitantes.

Corroborando com o exposto, Alvarenga, Siqueira e Faria (2020), destacam que a desvalorização da população negra diante da população branca, é materializada no espaço urbano a partir da manifestação exponencial de discrepâncias em termos de localização e disponibilidade de recursos na cidade de Campos. Condição esta evidenciada tanto no período em que perdurou a escravidão, quando no período marcado pela pós-abolição, onde a população negra foi proibida de habitar as áreas centrais da cidade e, portanto, compelida a ocupar locais mais remotos, semelhante ao que acontecera em todo o país. Particularmente em Campos dos Goytacazes houve uma expressiva migração de indivíduos em direção à margem esquerda do rio Paraíba do Sul 5), hoje denominada Guarus. Assim, à época, a população à direita do Rio Paraíba, mantinha “(...) dispositivos de diferenciação que garantem a estabilidade interna e a separação dos novos grupos que o adentram, sobretudo quando estes são moralmente indesejados” (ASSIS, 2016, p. 220). A estes, cabia a ocupação do “*outro lado*” do Paraíba, Guarus, que até 1892, por estar fora dos limites da cidade, não era considerado um distrito (ASSIS, 2016).

Nesse sentido, referindo-se aos indígenas, num primeiro momento e, posteriormente, aos negros quilombolas, Guarus foi reconhecida como um lugar perigoso e pertencentes aos de “fora”.

(...) Guarus fora categorizada moralmente como um lugar perigoso desde os primórdios da sua ocupação pelos colonizadores. Havia uma propagação intensa de rumores sobre os perigos da circulação pela mesma. Não houve um *bota abaixo* como na cidade do Rio de Janeiro por questões óbvias, Guarus constituía *outra cidade*, um lugar *adequado* para a permanência das populações tomadas por perigosas. Este lugar

passou a constituir um problema maior quando houve uma necessidade de expansão do município para o Norte. O aterramento da Vila de São Salvador, a infestação do Purís e Aimorés, assim como a presença dos malvados quilombolas, constituíam uma situação de indeterminação cujo efeito foi a desqualificação do território (ASSIS, 2016, p. 48).

No século XIX, o Brasil foi marcado por dois eventos históricos preeminentes: o fim da escravidão e a instauração da forma de governo republicana. Estes eventos se manifestaram na cidade de Campos dos Goytacazes, com uma inclinação inicialmente reservada, exibindo ainda as características do estilo de vida rural, o qual gradualmente prossegue para um modo de vida mais estritamente orientado às necessidades do ambiente urbano.

O urbanismo campista incorporou a tradição higienista<sup>32</sup> do século XIX, visando erradicar epidemias e modernizar a cidade. As reformas urbanísticas que ocorreram após a abolição concentraram-se na área central da cidade, excluindo as localidades onde a maioria da população negra vivia em condições insalubres (RAMOS, 2020). A entrada dos negros no mercado de trabalho após a abolição da escravidão foi marcada por limitações estruturais e por um processo contínuo de marginalização social e econômica. Em muitos casos, os trabalhadores negros encontravam opções de emprego com pouca qualificação, como trabalhos manuais em atividades agrícolas, como nos canaviais. Esse cenário se reforçou em regiões como Campos, que dependiam significativamente da produção canavieira como fonte de renda para a população local. As oportunidades de trabalho para os negros libertos estavam concentradas, em sua maioria, na produção canavieira, cuja exploração de trabalho livre foi marcada por condições precárias. Essa atividade econômica, que já havia sido marcada pelo trabalho escravizado, a partir do período de transição para a mão de obra livre pós-abolição, passou a oferecer remunerações insuficientes para garantir a subsistência das famílias. A mão-de-obra antes escravizada, predominantemente rural e agrícola, não foi aproveitada de maneira plena pela indústria emergente. Os ex-escravizados foram frequentemente considerados inábeis e incapazes para o manuseio de máquinas, o que aumentou ainda mais a sua exclusão do novo mercado de trabalho

A mão-de-obra ex-escrava não foi aproveitada pela indústria, por ter sido de característica rural e agrícola por séculos. Foi considerada inábil e incapaz para o manuseio de máquinas e isso incluiu a produção açucareira. Dos engenhos aos engenhos a vapor e finalmente às usinas, de forma semelhante em todos os locais de

---

<sup>32</sup> O chamado pensamento higienista no Brasil teve origem nas matrizes médico/sanitárias europeias e está relacionado com as ideologias conservadoras de cunho positivista que visavam eliminar os males sociais entendidos como doenças sociais. O pensamento higienista foi introduzido no país no final do século XIX e se fortaleceu nas primeiras décadas do século XX, tendo como alvo inicial a cidade colonial, vista como um lugar de vícios, desorganizações espaciais e doenças, reflexo do atraso do sistema colonial herdado pelo império brasileiro. O sanitarismo destacou na sociedade brasileira as figuras do médico e do engenheiro sanitário, profissionais capazes de atuar de forma decisiva na luta contra as doenças e a cidade caótica e da área da colônia (RISSO, 2006).

cultura escravocrata, o negro ficou obsoleto e indesejado (MAIA; ZAMORA; BAPTISTA, 2019, p. 100-101).

Além disso, por uma perspectiva de migração dessa população, tanto interna como entre diferentes cidades, Santos (2015) salienta que, os migrantes negros enfrentavam constrangimentos e interdições no ir e vir, sobretudo no contexto de escassez de oportunidades de trabalho e do estigma de vadiagem, frequentemente associado a eles. A criminalização da vadiagem e a expulsão dos negros dos centros urbanos também limitaram a sua capacidade de se integrar na economia nacional. A criminalização da vadiagem e a ameaça de recrutamento para a Marinha pressionavam homens negros à busca de emprego nos canaviais, muitas vezes em condições precárias, para evitar a prisão ou o serviço militar forçado (SANTOS, 2015).

A vadiagem era uma forma genérica de se referir a qualquer pessoa que não estivesse trabalhando formalmente, e a Lei de Vadiagem, de 1890, impunha multas e penas de prisão aos indivíduos flagrados nessa situação. Associado a tal fato, a expulsão dos negros dos centros urbanos, mediante a remoção de quarteirões inteiros pela ação policial, era uma forma de "higienização" da cidade que buscava manter a população negra afastada dos espaços públicos.

As opções de vida para um ex-escravo depois que a escravidão acabou dependeram, em larga medida, de como a escravidão havia sido vivida, do lugar em que se estava e, principalmente, de como ocorreu o processo de emancipação. Alguns libertos recusaram-se a permanecer nos engenhos ou a fazer qualquer serviço para o ex-senhor. Para os libertos que não tinham conquistado benesses durante o período da escravidão, a busca por melhores remunerações ou tarefas mais agradáveis deve ter mobilizado os indivíduos a deslocarem-se e decidir gozar da liberdade longe do ambiente onde foram escravos (SANTOS, 2015, s/p.).

Os movimentos migratórios de negros no contexto pós-abolição refletiam, portanto, a luta pela autonomia e liberdade, mas também apontavam para as limitações do acesso à cidadania plena e à dignidade no trabalho. A contínua prevalência do racismo e das disparidades socioeconômicas resultou na migração sendo, em grande parte, uma resposta reativa às circunstâncias de marginalização social, ao invés de uma escolha livre e autônoma, como exemplificado no atual contexto (SANTOS, 2015).

Hasenbalg e Silva (1988), afirmam que a predominância da presença imigrante branca no mercado de trabalho implicou na exclusão da população não branca para as ocupações inferiores e menos valorizadas. Essa realidade também se manifestou na planície onde está localizada a cidade. As condições socioeconômicas desfavoráveis e a discriminação racial contribuíram para a exclusão da população negra do mercado de trabalho formal e para a dificuldade em acessar a educação e outros recursos, como a saúde.

Tendo-se dedicado a atividade canavieira desde o período colonial e na pós-abolição, com seu declínio, trabalhadores negros e trabalhadoras negras, geralmente responsáveis pelas

tarefas mais árduas, de baixa qualificação e remuneração na lavoura canavieira, como corte e colheita da cana, foram os mais impactados tendo em vista que, dependiam em grande medida, deste tipo de trabalho.

Para Albuquerque (2009), ao analisarmos a formação da classe trabalhadora dos cortadores de cana, constatamos que ela é composta por trabalhadores que sobreviveram a duas condições históricas distintas: a escravidão e a expulsão de pequenos agricultores de suas terras pelos grandes latifundiários. Diante da falta de opções, esses trabalhadores foram forçados a vender sua força de trabalho ao capital. O processo de modernização das usinas de produção de cana-de-açúcar teve como consequência o fim do sistema de moradia, no qual os trabalhadores habitavam as terras dos seus empregadores e podiam, em troca de seus serviços, utilizar parte das terras para seu próprio cultivo, como forma de pagamento de salários (ALBUQUERQUE, 2009).

É importante destacar que a demanda por mão de obra na lavoura canavieira ainda persiste em algumas regiões do país, levando muitos trabalhadores negros a continuarem a se dedicar a atividade, muitas vezes em condições precárias de trabalho e baixos salários. Em Campos, por exemplo, segundo reportagem do site Repórter Brasil<sup>33</sup> em 2009, constatou-se a presença de oito a dez mil trabalhadores que se dedicavam à monocultura de cana-de-açúcar. Calcula-se que, no mínimo, 50% desses trabalhadores eram empregados "clandestinos" e, conseqüentemente, não poderiam reivindicar seus direitos formais. A cidade ainda padece de diversas denúncias de trabalho análogo a escravidão ou em escala degradante. Em julho do mesmo ano, foi possível resgatar 280 sujeitos que laboravam em condições de escravidão na cidade. Entre as vítimas contabilizadas encontravam-se 22 mulheres e 04 adolescentes, 01 deles com apenas 13 anos (REPÓRTER BRASIL, 2009).

Segundo informações do Observatório da Erradicação do Trabalho Escravo e do Tráfico de Pessoas no Brasil, no período de 1995 a 2022, a cidade de Campos dos Goytacazes figurou como a primeira do estado do Rio de Janeiro e a quinta<sup>34</sup> do país em casos de resgate de trabalhadores submetidos a condições análogas às de escravidão. Conforme os registros, a cidade foi palco de 982 resgates de trabalhadores em regime de escravidão durante o período mencionado, representando cerca de 56,66% do total de casos (1.733) verificados em todo o território fluminense.

---

<sup>33</sup> Notícia disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/2009/10/entre-a-morte-e-a-escravidao-em-campos-dos-goytacazes/>

<sup>34</sup> Os demais municípios com maior prevalência de resgates são: 1- Confresa/MT 1.393; 2-Ulianópolis/PA 1.304; 3. São Félix do Xingu/PA 1.153; 4. Brasilândia/MS 1.011. Disponível em: <https://smartlabbr.org/trabalhoescravo>.

Tais informações evidenciam a persistência de problemas relacionados à exploração e à precarização do trabalho na região, ao racismo estrutural e justificam a necessidade de adoção de medidas efetivas para a proteção dos direitos dos trabalhadores e a promoção de uma sociedade mais justa e igualitária. Os reflexos do trabalho escravizado nos canaviais, portanto, estão diretamente relacionados à persistência de estruturas sociais e econômicas baseadas na exploração da mão de obra barata e precarizada, o que faz lembrar práticas escravistas que permeiam a história de Campos dos Goytacazes e do Brasil.

### **3.3 - Entre canaviais e plataformas: a persistência da exploração e exclusão do povo preto na indústria sucroalcooleira e petrolífera em Campos, RJ**

É importante destacar que a demanda por mão de obra na lavoura canvieira ainda persiste em muitas outras regiões do país, levando muitos trabalhadores a continuarem a se dedicar a atividade, muitas vezes em condições precárias de trabalho e baixos salários. Essa realidade aponta para a necessidade de políticas que estimulem a diversificação econômica e a inclusão social dos sujeitos pertencentes a essa parcela da população, haja vista que, paulatinamente, esses

[...] trabalhadores são roubados em diversos momentos. Saem de casa para o trabalho sem saber quanto vão ganhar. O patrão é quem define o valor da cana, geralmente abaixo do preço justo. Em seguida, pode ser roubado na pesagem, na conversão de valores, e até pelo programa de computador – os patrões chegaram a desenvolver softwares "desonestos" de cálculo. "O trabalhador faz o serviço sem saber quanto vai ganhar. Nem Marx previu tanta exploração", comenta o mesmo coordenador. Bebe-se água insalubre, come-se comida estragada, mora-se em lugares sujos. Uma amostra da água bebida pelos trabalhadores chegou a apontar 100 vezes o índice máximo aceito de cloroformes fecais (REPÓRTER BRASIL, 2009, *on line*).

O século XX, marcou um período de grandes mudanças em Campos dos Goytacazes. A cidade, que havia se desenvolvido como importante centro produtor de café no século anterior, teve sua economia afetada pela queda nos preços do produto no mercado internacional. Isso gerou uma crise econômica na região, afetando principalmente os pequenos produtores rurais.

A partir da década de 1930, a cidade passou por um processo de diversificação econômica, com a implantação de indústrias e o desenvolvimento do setor de serviços. Campos também experimentou um crescimento significativo da urbanização, com a construção de novos bairros e a ampliação da infraestrutura urbana. A modernização do setor agroindustrial e agropecuário teve como efeito o reforço do padrão monocultor do setor sucroalcooleiro, apesar das críticas do Presidente Getúlio Vargas em sua visita a Campos em 1936. Esse processo causou o enfraquecimento das culturas de feijão, milho e mandioca, bem como da criação de

pequenos animais, levando as populações que dependiam desses cultivos e criações a migrarem para a área urbana da cidade de Campos dos Goytacazes. Como resultado, a população da área urbana cresceu significativamente, principalmente no terceiro subdistrito de Guarus (CRUZ, 2003).

A entrada definitiva do país no modo de produção capitalista gerou uma nova ordem social e urbana, na qual Campos se adequou às necessidades da burguesia. Nesse sentido, a população negra foi “realocada” para o bairro de Guarus, que recebeu poucos recursos para o seu desenvolvimento. A forma como essa população é adjetivada reflete a continuidade das relações moralizantes do período colonial (RAMOS, 2020).

Para Assis (2016) a expansão territorial de Campos em direção ao Norte também gerou mudanças morais na cidade, criando uma diferenciação entre os moradores da margem esquerda e direita do Rio Paraíba do Sul. Os novos moradores ocuparam um território com uma história social marcada pela segregação moral, uma vez que não possuíam uma reputação reconhecida pelas famílias tradicionais que se identificavam com a “sociedade campista”. Essa sociedade era baseada na posse de sobrenomes que vinculam seus portadores aos contextos de associação da cidade.

Campos dos Goytacazes, identificado pelo dinamismo da pecuária, da cana-de-açúcar e do café, é considerado o principal polo regional desde a colonização, mas passou a vivenciar progressivamente um profundo processo de esvaziamento e estagnação econômica a partir da década de 1950, culminando no declínio das atividades tradicionais na produção de cana e café.

No século XX, Campos dos Goytacazes continua a ser um importante centro econômico e social da região Norte Fluminense tendo papel importante em relação à produção de petróleo e gás natural. Enquanto a microrregião polarizada por Macaé experimentava intenso crescimento econômico nas atividades petrolíferas, a microrregião açucareira de Campos dos Goytacazes vivenciava os efeitos dramáticos da estagnação produzida pelo polo sucroalcooleiro.

A cidade, sede da Bacia de Campos, é a maior produtora de petróleo do país, concentrando importantes empresas do setor. A cidade viveu esse novo ciclo de euforia econômica com políticas de incentivo à produção, mas esse ciclo não durou muito. O ramo petrolífero, que chegou à região em meados da década de 1970, desestabilizou a conjuntura econômica, ocasionando uma crise migratória com a chegada de milhares de pessoas de outras regiões do país, em busca de oportunidades. A instalação da base de operações da Petrobras em Macaé, em 1978, conduziu a uma redefinição territorial e simbólica da região, configurando

um processo crescente de diferenciação espacial polarizado pelos dois maiores municípios da região (ABREU; ALMEIDA, 2012).

Na década de 1980, o petróleo tornou-se fonte de dependência econômica extrema na região fluminense, com a redução do setor sucroalcooleiro. A Bacia de Campos dos Goytacazes passou a constituir um importante ativo para a União, em razão de sua expressiva parcela nas reservas de petróleo e gás natural no território nacional. De acordo com dados fornecidos pela Agência Nacional de Petróleo (ANP) em 2017, essas reservas detêm proporções de 45,33% e 24,45%, respectivamente. Registrou-se que, em 2016, a maior produção de petróleo no país foi proveniente das Bacias de Campos dos Goytacazes e de Santos, as quais respondem por 95,05% do total produzido. Apesar do crescimento expressivo na produção de petróleo em Santos, a produção na Bacia de Campos dos Goytacazes sofreu decréscimo em torno de 15% naquele período. Outrossim, as maiores produções de gás natural provêm das mesmas bacias, com participação de 80,53% em 2016. Fixado nisso, salienta-se a relevância da Bacia de Campos dos Goytacazes para a produção de petróleo e gás natural no Brasil, bem como a necessidade de investimentos para garantir sua sustentabilidade e crescimento, dado seu impacto na economia nacional. Ademais, a redução na produção na Bacia de Campos dos Goytacazes pode ser imputada a diversos fatores, dentre eles a maturação natural de seus poços, alguns com tempo de operação superior a 20 anos. Essa realidade impõe a necessidade imperativa de estabelecer processos de revitalização, por meio da implementação de tecnologias e investimentos adequados, capazes de assegurar a viabilidade econômica da extração. Ressalte-se, por fim, a perspectiva de retomada do desenvolvimento da Região Norte Fluminense, com potencialidade para a abertura de oportunidades de emprego (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS, 2018).

Embora os royalties e participações especiais pagos pela Petrobras tenham gerado volumes significativos para os orçamentos municipais, não foram suficientes para alterar o quadro geral de desenvolvimento da região, caracterizado pelo baixo dinamismo do mercado de trabalho e da economia em geral. Isso indica a persistência do processo de construção e reprodução da hegemonia das elites tradicionais, apesar dos recursos provenientes da extração do petróleo (RAMOS, 2020).

Passos (2011) corrobora com tal exposição ao constatar a permanência do projeto das elites sucroalcooleiras na cidade de Campos, mesmo com a redução do setor sucroalcooleiro na região. Essas elites conseguem fazer suas reivindicações ecoarem, mantendo as práticas do antigo regionalismo. O desenvolvimento difundido por essas elites corresponde a um modelo restrito e patrimonialista. Por outro lado, a instalação das intervenções dos complexos do Açu

e de Farol-Barra do Furado abre novas perspectivas de desenvolvimento, mas também pode trazer impactos negativos aos grupos sociais e áreas territoriais da região. Essa nova dinâmica do mercado de trabalho exige mão de obra mais qualificada, o que pode modificar o perfil da mão-de-obra regional.

A cidade campista, como aquela entendida por Marx, representa um espaço onde se produz e reproduz o capital, resultado da sociedade capitalista e integrada em processos sociais mais amplos. A cidade é um mercado que contém a população exigida pelo aparelho produtivo e o exército de reserva, que a burguesia requer para manter baixos salários e ter uma reserva de mão de obra disponível. Nesse sentido, a cidade é vista como um espaço de alienação do homem, expressando as condições mais fundamentais dessa alienação (MARX, 2013; CURY, 1999). Assim, no contexto capitalista, a cidade surge como uma exibição das discrepâncias e antagonismos resultantes das disparidades sociais, conflitos de classe e embates sociais, ao mesmo tempo, em que reverbera a questão social. Como mercadoria, a cidade passa a suscitar interesse pela especulação imobiliária e lucro.

Com a decadência desse setor sucroalcooleiro, muitos trabalhadores foram obrigados a buscar trabalho em outros setores, uma das alternativas que se mostrou interessante foi o setor de petróleo. Muitos dos trabalhadores que migraram do setor sucroalcooleiro para o setor de petróleo levaram consigo experiências e habilidades desenvolvidas ao longo de anos de trabalho na monocultura da cana, especialmente nas áreas de manutenção, mecânica e eletricidade. Sendo assim, esses trabalhadores, muitos dos quais são remanescentes da abolição, são fundamentais na formação da força de trabalho local do setor de petróleo.

No entanto, é importante mencionar que essa migração de trabalhadores do setor sucroalcooleiro para o setor de petróleo não tem sido completamente benéfica para todos os envolvidos. Muitos trabalhadores relatam que enfrentaram dificuldades para se adaptar às novas tecnologias e práticas de trabalho do setor de petróleo, o que pode afetar a produtividade e a segurança no trabalho. Além disso, a dependência de um único setor econômico pode aumentar a vulnerabilidade da região às flutuações do mercado de petróleo. Passos (2011) destaca a importância da necessidade de discutir como Campos vem se inserindo na nova ordem regional diante dos dois grandes projetos de desenvolvimento regional em disputa e instalados em municípios vizinhos: o primeiro é baseado na monocultura da cana-de-açúcar, com a manutenção dos interesses das elites tradicionais; o segundo, defende a diversificação produtiva e busca uma inserção na nova ordem regional, marcada pela instalação de grandes empreendimentos em municípios vizinhos (CRUZ, 2003; PASSOS, 2011).

Abreu e Almeida (2012) apontam que o ciclo do petróleo impulsionou transformações socio urbanas significativas na cidade e em toda a região norte e, como resultado, foi possível superar a anterior estagnação e decadência da atividade sucroalcooleira. No entanto, a reflexão acerca dos impactos sociais decorrentes do desenvolvimento impulsionado pela extração do petróleo revela que as cidades enfrentam problemas semelhantes aos das grandes metrópoles, tais como urbanização intensa, aumento da violência, depredação ambiental e exclusão social. Dessa forma, no mundo do petróleo, a riqueza e a pobreza estão intrinsecamente interligadas

Em consonância com as autoras, Passos (2015) assevera que a força de trabalho local possui baixa escolaridade e não há grandes ações de qualificação, o que diminui as perspectivas de integração na fase operacional dos projetos em curso. Apenas trabalhadores que conseguirem se inserir no mercado de trabalho poderão conseguir empregos menos qualificados, enquanto outros serão forçados a se estabelecer em assentamentos urbanos informais. Além disso, a discrepância entre o número de empregos gerados nas etapas de construção e operação dos empreendimentos pode resultar em urbanização desordenada e aumento da favelização, violência, tráfico de drogas nos arredores das maiores cidades da região, além do desemprego e pobreza.

Percebe-se assim que a pobreza urbana é um fenômeno global que está sujeito à lógica da acumulação capitalista presente em todos os espaços da vida social mundial. Isso ocorre porque se trata de um sistema econômico que envolve uma relação social fundamentada na desigualdade e na contradição capital versus trabalho, que domina a sociedade. É o desenvolvimento contínuo desse sistema opressor, irracional e nega a própria existência humana que gera uma cidade fragmentada, articulada como centro de atração de interesses múltiplos. A busca por melhorias no espaço das cidades, em prol do capital, pelas classes detentoras do poder, propicia a segregação socioespacial e a expulsão das camadas sociais economicamente desfavorecidas para as áreas periféricas, onde esses grupos têm acesso limitado às políticas públicas e sociais do espaço urbano, reforçando seu contexto de vulnerabilidade social

É possível perceber o legado da escravidão na arquitetura da cidade, com vários prédios e monumentos servindo como lembranças do passado. Hoje, há uma consciência crescente da necessidade de enfrentar o legado da escravidão em Campos dos Goytacazes. A campanha que culminou com a abolição da escravatura, em 13 de maio de 1888, foi a primeira manifestação coletiva a mobilizar o povo e exigir mudanças. No entanto, a divisão entre brancos e negros persiste em todos os cantos da cidade. É necessário reconhecer o impacto da escravidão na história da cidade e trabalhar para criar uma sociedade mais inclusiva e justa. Isso inclui

iniciativas como a promoção da educação e conscientização sobre a história e a cultura negra, além de abordar questões de desigualdade racial e discriminação que ainda existem na região.

Com 432 mil habitantes, e a maior extensão territorial do Estado, Campos é a sexta cidade mais rica do país. Qualquer um que visita suas ruas duvida do que vê. Ruas sujas, habitações precárias, comércio pouco desenvolvido e transporte sucateado marcam a paisagem a todo momento. Negro e pobre, o povo campista parece não ser beneficiado por um centavo dos R\$ 1,4 bilhão do orçamento do município. Se pudesse ser simplesmente distribuído à população, cada habitante receberia R\$ 3,2 mil. O valor bilionário se deve aos royalties do petróleo (REPÓRTER BRASIL, 2009, n.p)

Atualmente, a cidade de Campos enfrenta novos desafios, como o declínio da produção de petróleo e a necessidade de diversificar a sua economia. Além disso, a questão do desemprego, em particular para a população negra, ainda precisa ser enfrentada, demandando a adoção de medidas de ações afirmativas para fomentar a inserção de negros no mercado de trabalho e para combater a discriminação racial. Somente enfrentando o legado da escravidão Campos dos Goytacazes poderá realmente avançar em direção a um futuro mais igualitário.

Como discutirmos neste capítulo, a exploração da mão de obra escravizada em Campos dos Goytacazes está intrinsecamente conectada a história da cidade, desde o processo de colonização até a pós-abolição. A exploração da mão de obra negra escravizada foi um dos pilares da economia da região, dando origem aos canaviais e fazendas de café que se espalharam pela cidade. Essas atividades econômicas foram responsáveis pela construção de uma infraestrutura e de um sistema produtivo que se mantém até hoje.

A chegada da República, em 1889, trouxe consigo mudanças significativas nas relações políticas e sociais da região, sendo que a grande concentração de terras nas mãos de poucos proprietários rurais deu espaço para a divisão de terras e melhor distribuição das riquezas. As mudanças ocorridas no capitalismo impactam diretamente na saúde das pessoas e, portanto, nas suas condições de vida. O capitalismo, com sua elevada capacidade de exploração, é um sistema que privilegia o lucro e a acumulação de capital em detrimento da saúde da população.

Com o passar dos anos e a evolução da economia, essa prática foi transformada em outras formas de exploração da mão de obra, como na exploração do petróleo. Embora a exploração do petróleo na região tenha gerado muitos empregos e riqueza para a cidade, é importante destacar que essa atividade econômica não trouxe uma absorção completa da mão de obra local. De fato, ainda é possível notar altas taxas de desemprego e subemprego na cidade, especialmente entre os trabalhadores menos qualificados.

Uma das razões para isso é que a exploração do petróleo requer uma mão de obra altamente especializada, o que limita o número de empregos disponíveis para trabalhadores

com pouca ou nenhuma qualificação. Além disso, a exploração do petróleo é uma atividade altamente concentrada em poucas empresas, o que significa que o número de empregos disponíveis tende a ser limitado.

Assim, para entender as condições de saúde de uma determinada população, é fundamental compreender as determinações sociais que a afetam, bem como a influência do capitalismo nesse contexto. Em Campos dos Goytacazes, a exploração da mão de obra escravizada é um exemplo marcante de como as desigualdades sociais e a precariedade das condições de vida podem afetar profundamente a saúde das pessoas, inclusive com a ocorrência de doenças graves. É preciso perseguir políticas públicas capazes de enfrentar essas questões e garantir uma vida saudável e digna para a população

Nesse sentido, é importante destacar a sífilis gestacional em Campos dos Goytacazes, uma infecção que tem afetado significativamente a população local. Sendo uma infecção que possui relação direta com as condições de vida da população, a sífilis gestacional pode ser agravada pelas desigualdades sociais, como a falta de acesso à saúde e as condições precárias de trabalho, habitação e lazer. É importante ressaltar que a sífilis gestacional, apesar de ser uma infecção tratável, pode levar a complicações sérias para a mãe e para o feto, portanto, é fundamental que sejam criadas políticas públicas de prevenção, diagnóstico e tratamento adequados.

## **4 A SÍFILIS GESTACIONAL E SUA DETERMINAÇÃO SOCIAL NA PARTICULARIDADE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ**

Este capítulo visa analisar a presença da Sífilis Gestacional no Programa Municipal IST/AIDS, em Campos dos Goytacazes, por meio da investigação de suas determinações, configurações socioeconômicas e demográficas que afetam a disseminação da infecção. Para tal buscamos inicialmente contextualizar o Programa Municipal IST na região em estudo. Posteriormente, recorreremos a dados dos prontuários das gestantes obtidos através da pesquisa de campo, a fim de verificar o perfil das pacientes, informações socioeconômicas e outros fatores relacionados à transmissão e progressão da infecção. Finalmente, serão discutidos possíveis impactos da pandemia de Covid-19 na ocorrência da Sífilis Gestacional, a fim de compreender se houve alterações no período de 2018 a 2021.

### **4.1 Caracterização do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Programa Municipal IST/AIDS em Campos dos Goytacazes, RJ**

Devido ao avanço da epidemia de AIDS no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1986, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), com o objetivo de combater a AIDS e outras DSTs que contribuem para a ocorrência da doença. Em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), foi realizado o primeiro curso para formação de gestores de Programas Estaduais de Controle de DST e AIDS. A partir da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde deixou de ter um caráter assistencialista e previdenciária, passando a ser visto como um direito de todo cidadão e dever do Estado. As diretrizes e normas do Programa Nacional foram elaboradas e divulgadas para direcionar as ações de controle nos estados, culminando em 1994, com a implementação do Projeto de Controle de DST e AIDS.

Atualmente, as políticas públicas de saúde estão direcionadas à promoção e prevenção das IST/Aids no Brasil, enfatizando o desenvolvimento sustentável, a qualidade de vida e os direitos de cidadania, com ênfase na participação e no controle social. Nesse contexto, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), surgem no final da década de 1980 e se tornaram referência no acesso universal à testagem e aconselhamento em HIV/Aids para a população em geral, bem como os demais segmentos populacionais considerados em comportamentos de risco e vulnerabilidade social. Após a incorporação das diretrizes do SUS, as ações de controle de IST e AIDS passaram a ser prioridade, destacando-se a importância dos

CTAs na prevenção e tratamento, não apenas do HIV, mas também de outras ISTs. O CTA tem como missão

Promover a equidade e o acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, hepatites B e C e sífilis e à prevenção dessas e das demais DST, favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais (BRASIL, 2010, p.16).

Desde a implementação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, em 1986, o CTA colabora oferecendo atendimento gratuito aos pacientes em diversas situações, como infectologia geral, toxoplasmose, vítimas de violência sexual e acidentes biológicos, proporcionando tratamento. Com a descentralização da testagem e do aconselhamento na atenção básica, iniciada em 2003, e a inclusão da testagem sorológica para hepatites virais nos CTAs, a partir de 2004, novas estratégias têm sido implementadas para ampliar o acesso da população à testagem. Além disso, novas tecnologias, como o teste rápido para detecção de sífilis, HIV e hepatite, têm sido continuamente introduzidas, o que tem estabelecido mudanças significativas na rotina dos CTAs.

Nesse sentido, esses centros, além de estar na retaguarda, ocupam a vanguarda do processo de prevenção e diagnóstico de DSTs e AIDS no país. Como uma das principais referências no sistema de saúde, é papel do CTA garantir o princípio da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), levando em consideração as particularidades de diferentes grupos populacionais, tais como: homens que fazem sexo com homens; prostitutas e acompanhantes; usuários de álcool e outras drogas e; travestis, entre outros (BRASIL, 2010).

Gradualmente, os serviços de CTAs foram estabelecidos em todo o Brasil, fundamentados em princípios de voluntariedade, confidencialidade, anonimato, agilidade e resolubilidade no diagnóstico do HIV. No que diz respeito à testagem para o HIV, hepatites virais e outras ISTs, o Brasil tem estruturado suas políticas a fim de salvaguardar o sigilo, a confidencialidade e a liberdade de escolha dos pacientes.

Desde 1999, o Ministério da Saúde recomenda que os CTA não adotem a obrigatoriedade do anonimato ou da identificação dos usuários como requisito para o acesso aos serviços. As opções devem ser oferecidas aos usuários. A possibilidade do anonimato reduz o efeito do preconceito e estigma nas ações de promoção do diagnóstico precoce da doença (BRASIL, 2008, p. 45).

A implantação dos CTAs foi aconselhada em locais de fácil acesso à população, em unidades fisicamente autônomas em relação a outras estruturas de saúde e com equipes próprias e multiprofissionais. As populações prioritárias são aquelas identificadas com maior risco de infecção, como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. No que diz respeito a população prioritária

São os segmentos populacionais mais vulneráveis, que deverão ser definidos localmente, com participação comunitária, levando-se em conta os contextos epidemiológicos, socioeconômicos e culturais. Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de álcool e outras drogas, profissionais do sexo, travestis e transexuais são segmentos populacionais reconhecidamente mais vulneráveis à infecção pelo HIV e pelas hepatites B e C, cabendo aos CTA fazer esforços para identificá-los e promover seu acesso à testagem, aconselhamento e insumos de prevenção. Além disso, os CTA têm o papel de apoiar as pessoas vivendo com HIV/aids e os portadores de hepatites virais no processo de assimilação e significação da nova condição sorológica e no suporte para a adesão aos cuidados e tratamentos. Para isso, devem ofertar aos usuários o acompanhamento no período que sucede o diagnóstico, incluindo ações de aconselhamento para casais soropositivos e sorodiscordantes (BRASIL, 2010, p.16).

O Programa Municipal de DST/AIDS de Campos dos Goytacazes, foi criado em 1996 pela Secretaria Municipal de Saúde, a partir de 1997, passou a ser denominado Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), sendo responsável pelas ações de testagem sorológica anônima, orientação e acompanhamento. Em 1999, ocorreu a implantação do Serviço de Assistência Especializada (SAE), visando garantir o acesso aos medicamentos e acompanhamento integral aos usuários com HIV/AIDS, “(...) fundamental para o aprimoramento do sistema de referência e contrarreferência, efetivação da atenção integral e atendimento pleno das demandas apresentadas pelos usuários dos CTA” (BRASIL, 2010, p. 28).

O período entre o surgimento dos primeiros casos e a implantação dos CTA tem aumentado desde 1998, ano em que foram adotadas duas estratégias: a descentralização dos recursos destinados à implantação de novos serviços para estados e municípios e o estímulo ao diagnóstico do HIV nos serviços de atenção básica. Em 2005, a média de tempo para a implantação de novos CTA foi de 16 anos após o surgimento do primeiro caso de aids no município (BRASIL, 2010, p.??).

O CTA de Campos dos Goytacazes (figura 9) encontra-se vinculado ao Programa Municipal IST/Aids/Hepatites Virais da Secretaria Municipal de Saúde, sendo um ponto referencial tanto para atendimentos ambulatoriais, quanto para assistência social. Atualmente está localizado na área central da cidade, próximo à rodoviária da cidade que recebe ônibus municipais e intermunicipais. O horário de funcionamento é das 07:00 às 19:00 horas, de segunda a sexta.

**FIGURA 9:** CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO EM CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ

Fonte: Site da Prefeitura de Campos, foto de Silvana Rust Silvana Rust.<sup>35</sup>

A instituição atende pacientes vindos de outras regiões, além de Campos dos Goytacazes (RJ), realizando diagnóstico, atuando na prevenção, tratamento e assistência para crianças, adolescentes, adultos e gestantes. Apesar da alta demanda espontânea, o atendimento médico só é possível mediante encaminhamento, seja da própria instituição, após triagem realizada por enfermeiros(as), ou de unidades de saúde pública, ou privada, independente do município de origem. Segundo o Ministério da Saúde, a equipe técnica mínima deve ser composta por: “Coordenador; Aconselhores (exclusivamente para o CTA); Profissionais responsáveis pela coleta; Recepcionistas; Apoio administrativo (qualificado para manuseio dos sistemas de informação); profissionais de limpeza; Segurança” (BRASIL, 2010, p. 19).

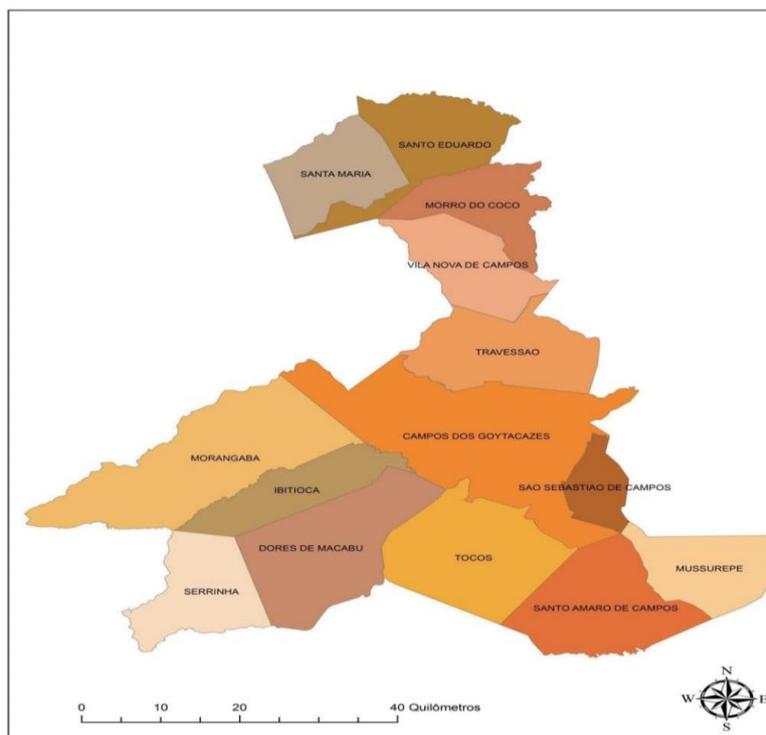
A equipe atuante no CTA, em Campos dos Goytacazes é composta conforme o que recomenda o Ministério da Saúde, sendo multidisciplinar que, sob a coordenação de Rodrigo Rodrigues de Azevedo, é formada por infectologista, pediatra, clínico geral, urologista, ginecologista, infectologista adulto e infantil, assistente social, psicólogo, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, psiquiatra. Além de profissionais responsáveis pela recepção, limpeza, segurança e arquivo.

As atividades e atendimentos do CTA, em Campos, não se restringem ao espaço físico institucional, visto que através do projeto *CTA Itinerante*, leva Teste Rápido de Diagnóstico

<sup>35</sup> Disponível em: [https://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id\\_noticia=40690](https://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id_noticia=40690).

(TRD) e orientação aos bairros e aos distritos (figura 10) mais distantes do centro, além de realizar campanhas extracampo com distribuição de preservativos e informes.

**FIGURA 10** : MAPA COM OS DISTRITOS DA CIDADE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ



Fonte: Elaboração CIDAC, a partir do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010

Para mais, os profissionais da instituição, incluindo os/as assistentes sociais, realizam palestras em escolas, universidades e demais instituições, e promovem treinamentos a outros profissionais de saúde, capacitando-os para a realização do TRD para detecção de HIV, Sífilis e Hepatites virais (SOUZA, 2021).

Por ter suas atividades realizadas em campo, os CTA volantes ou itinerantes devem dar especial atenção à garantia de condições adequadas à realização dos procedimentos de testagem e aconselhamento, principalmente o respeito à privacidade, sigilo e confidencialidade das informações prestadas pelo usuário, bem como a biossegurança e o encaminhamento dos casos positivos (HIV, sífilis e hepatites) aos serviços de referência para tratamento. Recomenda-se empreender ações de sensibilização da comunidade antes da realização das atividades do CTA volante ou itinerante (BRASIL, 2010, p. 26).

No que diz respeito a situações específicas de atendimento nos CTA, o Ministério da saúde considera às que envolvem atendimentos às gestantes e a crianças e adolescentes. No caso das gestantes, é crucial destacar que os CTAs possuem um papel estratégico ao atuarem em localidades onde a rede de atenção à saúde reprodutiva apresenta deficiências. Essa realidade acarreta uma consequência ambígua, pois, por um lado, a qualidade da assistência às gestantes e a implementação plena das medidas de prevenção da transmissão vertical ficam

comprometidas, mas, por outro lado, minimizam-se os efeitos prejudiciais decorrentes da precariedade da rede de pré-natal no controle da epidemia de AIDS e sífilis (BRASIL, 2008)

Considerando esse contexto, é imprescindível que quaisquer mudanças na atuação dos CTAs junto a essa população sejam acompanhadas de uma melhoria na estruturação dos serviços de atenção ao pré-natal e parto nos municípios. Importa destacar que os CTA que referenciaram a população de gestantes entre as três mais atendidas estão, com maior frequência, nos municípios que apresentam indicadores de pré-natal mais deficitários e com taxas de mortalidade materna e infantil mais elevadas (BRASIL, 2008). Dado o exposto, reconhece-se a sífilis como sendo uma infecção estigmatizante e negligenciada, apesar de ser curável e viável com tratamento acessível.

Assim, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, quando as gestantes são atendidas no CTA, os serviços devem

- Verificar se a gestante está realizando acompanhamento pré-natal; caso não esteja, explicar-lhe a importância do mesmo e encaminhá-la para o serviço de atenção ao pré-natal ao qual o CTA estiver articulado;
- Oferecer teste rápido anti-HIV para gestantes não testadas no 3º trimestre de gravidez;
- Notificar as gestantes positivas para HIV, hepatite B e sífilis;
- Referenciar os casos positivos para tratamento e acompanhamento pré-natal no serviço de referência;
- Estimular a testagem do(s) parceiro(s);
- Articular-se com os gestores locais para demandar a transição do atendimento (diagnóstico e aconselhamento) dessa clientela para os serviços de atenção ao pré-natal;
- Apoiar tecnicamente as equipes de serviços de atenção básica para a implantação e implementação das ações de aconselhamento e testagem das gestantes (BRASIL, 2010, p.33).

No tocante ao atendimento com crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde destaca que a testagem compulsória é proibida, o que traz algumas diferenças em relação aos demais casos. No caso das crianças de zero a onze anos, é fundamental contar com a autorização do responsável para a realização do teste. Além disso, o profissional de saúde deve ter acesso às razões que motivam a realização da testagem e verificar a presença de sintomas ou sinais de infecção pelo HIV, ou AIDS antes do teste.

Sobre adolescentes de doze a dezoito anos<sup>36</sup>, mesmo aqueles que estão cumprindo medida socioeducativa ou em medida protetiva de abrigo, podem decidir por si só, sobre a realização do teste. Cabe ao profissional avaliar se o adolescente compreende a importância do teste e é capaz de tomar decisões por conta própria. No caso de adolescentes, não é necessário que os pais ou responsáveis estejam presentes durante a realização do teste. O profissional de saúde deve avaliar a capacidade do adolescente de compreender os procedimentos envolvidos

---

<sup>36</sup> Conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente.

e tomar decisões de maneira independente (conforme o art. 74 do Código de Ética Médica), sem pressionar o adolescente a estar acompanhado por um adulto. Para que essa avaliação possa ser realizada com precisão e para que o adolescente possa tomar decisões bem-informadas sobre a realização do teste, é fundamental oferecer uma sessão individual de aconselhamento pré-teste a todos os adolescentes que procuram o CTA. De sua fundação até hoje o serviço já realizou mais de 10.000 atendimentos, a contar pelo número de prontuários armazenados.

Os princípios e objetivos dos serviços disponibilizados pelo CTA de Campos e outras unidades presentes em todo o território nacional, são as seguintes:

#### 1. PRINCÍPIOS:

- Universalidade, equidade e acessibilidade às ações prestadas pelos CTA e aos insumos de prevenção e diagnóstico;
- Anonimato flexível, confidencialidade e voluntariedade em todos os serviços oferecidos à população;
- Agilidade e resolutividade nas ações prestadas;
- Abordagem interdisciplinar, na perspectiva da atenção integral aos usuários dos serviços;
- Referências inter e intrasetoriais, na perspectiva da atenção integral e do acesso universal à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento;
- Articulação com a comunidade em processos de definição e implantação de estratégias para a redução dos contextos locais de vulnerabilidade;
- Respeito e promoção dos direitos humanos e da diversidade sociocultural, principalmente no que se refere à diversidade étnica, de raça e cor, de orientação sexual, ao uso de drogas, à orientação religiosa e às questões de gênero;
- Acolhimento a todos os usuários que chegam ao serviço, levando em consideração a privacidade, a ética, o respeito às diferenças e as necessidades trazidas para o CTA (BRASIL, 2010, p. 17).

No que se refere aos objetivos, estes são:

- Ampliar o acesso da população em geral e, principalmente, dos segmentos populacionais mais vulneráveis, ao aconselhamento, às ações de prevenção e ao diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis e hepatites B e C;
- Contribuir para a redução das vulnerabilidades ao HIV, hepatites B e C, sífilis e outras DST;
- Promover o acesso da população geral e, especialmente dos segmentos populacionais mais vulneráveis, às informações e insumos de prevenção das DST, HIV e hepatites B e C;
- Realizar ações de aconselhamento com o fim de promover a reflexão sobre as vulnerabilidades, estimular a adoção de medidas de prevenção mais viáveis para cada usuário e reduzir o impacto emocional dos diagnósticos;
- Realizar ações de prevenção e aconselhamento que propiciem a reflexão dos usuários sobre questões relativas à sexualidade e gênero, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos;
- Realizar ações de prevenção e aconselhamento que propiciem a reflexão dos usuários sobre questões relativas ao uso de álcool e outras drogas, na perspectiva da redução de danos;
- Constituir-se como referência para a demanda por testes sorológicos dos bancos de sangue; Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil
- Estimular o diagnóstico das parcerias sexuais;
- Apoiar tecnicamente a rede de atenção básica para a implantação e implementação das ações de aconselhamento, diagnóstico e prevenção das DST, aids, sífilis e hepatites B e C nos serviços da rede;

- Encaminhar portadores do HIV, portadores de DST e pessoas com suspeita de hepatites B e/ou C para serviços de saúde, com oferta de acompanhamento até o atendimento nos serviços de referência;
- Realizar outros encaminhamentos e orientações que se façam necessários para a resolução dos problemas de saúde dos usuários que chegam aos CTA;
- Constituir parcerias com instituições locais (ONG, OG, universidades, setor privado) visando à realização de atividades de prevenção das DST, aids, sífilis e hepatites B e C, à melhoria da qualidade da atenção, à ampliação do acesso ao diagnóstico e aconselhamento, à formação de profissionais de saúde e ao desenvolvimento de pesquisa, entre outros;
- Notificar às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde os agravos de notificação compulsória (ver anexo 1);
- Produzir informações para o planejamento das ações do serviço utilizando o SICTA ou outros sistemas de informação (BRASIL, 2010, p. 17-18).

Quanto a estrutura física dos CTAs, conforme recomenda as Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTAs no Brasil, para assegurar a privacidade e confidencialidade do usuário, os locais físicos dos CTAs devem ser apropriados. Além disso, é necessário que os espaços de atendimento estejam nitidamente identificados para que os usuários consigam localizá-los com facilidade, especialmente quando os CTAs fazem parte de uma unidade de saúde que oferece outros serviços (BRASIL, 2010).

#### **4.2 Determinação social e configurações da sífilis gestacional em Campos dos Goytacazes, RJ**

A sífilis vem apresentando um aumento preocupante nos últimos anos. De acordo com informações obtidas por meio do boletim epidemiológico (BRASIL, 2022), durante o período de 2010 a 2020, houve um aumento significativo no número de diagnósticos de sífilis no Brasil, passando de 3.936 para 115.371 casos confirmados, um aumento aproximadamente 29 vezes maior. Este fato corrobora a relevância do controle da sífilis, que é considerada uma das infecções sexualmente transmissíveis mais prevalentes no mundo, o que exige uma atenção especial das autoridades de saúde e da sociedade como um todo. Medidas de prevenção e tratamento adequado são fundamentais para diminuir a prevalência e incidência dessa infecção, garantindo assim uma melhor qualidade de vida para as mulheres e seus filhos.

Mas afinal o que é a sífilis? A sífilis é IST causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A transmissão ocorre durante relações sexuais desprotegidas, incluindo sexo vaginal, anal e oral, bem como através do compartilhamento de agulhas contaminadas. Essa IST apresenta diversas manifestações clínicas, incluindo lesões cutâneas, sintomas gripais, dores musculares, entre outros. Caso a infecção não seja tratada, pode evoluir para estágios mais graves, incluindo comprometimento neurológico, cardiovascular e lesões ósseas.

A infecção por sífilis em gestantes pode ser especialmente preocupante devido aos possíveis desfechos adversos, como aborto e morte fetal após a vigésima semana de gestação, baixo peso e prematuridade, entre outras enfermidades. A sífilis congênita, adquirida pela transmissão vertical da mãe para o bebê durante a gestação, pode resultar em uma ampla variedade de manifestações clínicas que incluem, inicialmente, irritabilidade e posteriormente, alterações ósseas, auditivas e de desenvolvimento. Em crianças maiores, a infecção pode se manifestar em forma de deformidades ósseas, surdez, inflamação articular, dentes anormais, perda visual, entre outras.

Um importante desafio no controle da sífilis é a dificuldade de diagnóstico precoce, já que a maioria das infecções não apresenta sintomas evidentes e pode ser assintomática por longos períodos. Isso evidencia a importância de estratégias de prevenção, incluindo o uso correto de preservativos, realização periódica de testes para ISTs e o cuidado com a saúde sexual. O tratamento para a sífilis é através do uso de antibióticos, como a penicilina. É importante que o tratamento seja iniciado o mais breve possível, visando a cura da infecção e prevenção de complicações. Na atualidade, a sífilis tem sido um importante desafio para a saúde pública, sendo considerada uma reemergência mundial. No Brasil, as taxas de infecção têm aumentado, especialmente entre gestantes e bebês, evidenciando a necessidade de investimentos em políticas de prevenção e controle dessa IST. Paradoxalmente, o baixo custo do tratamento pode ser um impedimento de interesse para a indústria farmacêutica. Embora o acesso aos recursos técnicos e humanos seja necessário, a inclusão de um problema de saúde na agenda prioritária depende mais do contexto político e social em que ocorre (HERRERO, FARIA, FARAONE, 2020).

Em um contexto de crescente globalização, a saúde se destaca como um tópico recorrente na política externa, o que torna a participação conjunta entre as diferentes esferas de gestão (global, regional e local) e a mobilização de diversos agentes, essenciais para combater estas enfermidades. Fatores como a posição do Estado e os interesses envolvidos são forças significativas que influenciam a sua abordagem e decisão. Sendo, portanto, necessárias estratégias amplas e sustentadas para enfrentar doenças negligenciadas, especialmente aquelas que afetam populações vulneráveis com pouco acesso aos serviços de saúde. Desse modo, nota-se que a sífilis, em destaque a gestacional, possui singularidades que contribuem para a sua incidência, mesmo com tratamento e cura.

As Doenças Negligenciadas ainda que impactem fortemente nas condições de saúde, receberam historicamente insuficiente atenção das agendas internacionais e de países. Exerceram pouca atração na indústria, por serem mais circunscritas às populações com baixa capacidade de pagamento. Proliferam em condições ambientais e habitacionais precárias. Muitas são letais ou tem consequências incapacitantes, o que

acarreta no comprometimento da dinâmica familiar e social; oneram os sistemas de saúde dos países já economicamente desfavorecidos, e impactam na capacidade produtiva de sua população, formando um ciclo vicioso de elevada repercussão no desenvolvimento humano. Por serem doenças mais circunscritas a populações já desfavorecidas, agudizam a exclusão social, reforçam estigmas historicamente tramados e diminuem as perspectivas futuras de gerações (OLIVEIRA, 2018, p.2296)

Reconhecer a sífilis como uma infecção negligenciada, significa reconhecer que, as populações mais vulneráveis socialmente e com baixo acesso aos serviços de saúde, demandam abordagens completas e duradouras para sua efetiva prevenção e tratamento.

A elevada incidência de IST é considerada um grande problema de saúde pública global, representando um desafio para os sistemas de saúde e para as políticas públicas. Muitas dessas infecções podem levar a consequências graves para a saúde, incluindo o aumento do risco de transmissão do HIV e complicações como infertilidade, doença inflamatória pélvica e câncer cervical, entre outras. Para cumprir a meta de reduzir o impacto das ISTs até 2030, a estratégia global de saúde para as ISTs enfatiza a importância das ações preventivas e do acesso a serviços de prevenção e tratamento em todo o mundo. Algumas das ações incluem: - Intensificar programas de prevenção de IST e promoção do uso de preservativos em todo o mundo, especialmente entre adolescentes e jovens adultos; - Promover maior acesso a testes e tratamentos para IST nas comunidades, bem como a promoção do diagnóstico precoce dessas infecções; - Oferecer educação em saúde sexual nas escolas e em unidades de saúde para capacitar as pessoas a gerenciar sua saúde sexual e prevenir as IST; - Intensificar intervenções para a eliminação da sífilis congênita, que ocorre quando a mãe transmite a infecção para o feto, muitas vezes resultando em morte fetal, natimorto ou sequelas graves para o recém-nascido; - Ampliar a cobertura de vacinação contra o HPV, que protege contra o câncer de colo do útero e outros tipos de doenças relacionadas ao HPV (OPAS, 2017).

A estratégia global de saúde para as IST é um guia importante para os países em todo o mundo a fim de combater essas infecções e melhorar a saúde sexual e reprodutiva das pessoas. É importante que todos os setores da sociedade colaborem para garantir que esses objetivos sejam alcançados, e que as IST deixem de ser um problema de saúde pública global até 2030.

Com o objetivo de otimizar a compreensão e a organização dos dados, optou-se por dividir o texto a seguir em subtemas que tratam das determinações da incidência de sífilis em Campos dos Goytacazes e suas configurações.

Assim, no primeiro subitem discute-se a relação entre o território campista e a sífilis em gestantes. A compreensão das particularidades do ambiente em que essas mulheres vivem,

como as condições econômicas e sociais, pode revelar as desigualdades territoriais que afetam a saúde das gestantes e agravam a disseminação da sífilis.

O segundo subitem trata do perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis em Campos dos Goytacazes, como idade, escolaridade, raça/cor, entre outros fatores relevantes para compreender as determinações sociais e econômicas que influenciam na saúde dessas mulheres e seus bebês.

Por fim, o último subitem aborda os impactos da pandemia de Covid-19 no ciclo gestacional e no tratamento da sífilis em gestantes.

#### 4.2.1 – Sífilis em gestantes e Guarus: desafios sociais e de saúde em um território de desigualdades

Para iniciar, é importante considerar as informações já abordadas no capítulo 3 desta dissertação, que caracterizam Campos dos Goytacazes como um polo econômico relevante do país, destacando a produção de petróleo e gás. Ressalta-se, no entanto, que a cidade apresenta desigualdades socioespaciais decorrentes do desenvolvimento urbano não acompanhado pelos aspectos socioambientais, resultado do processo histórico de modernização conservadora e da forte relação com seu passado escravocrata. Essas desigualdades são agravadas pela discriminação racial, o que reforça a concentração de vulnerabilidades socioambientais em áreas periféricas e o fenômeno do "apartheid social".

Assim, é fundamental compreender a realidade específica dessa cidade para pensar a saúde e a doença, enquanto processos sociais e políticos. Além disso, é pertinente discutir a relação histórica entre o desenvolvimento socioeconômico da cidade e a exploração do trabalho escravizados. A violência do racismo, como destacado, se manifesta na desumanização de negros e negras, que enfrentam dificuldades de acesso ao mercado de trabalho, salários justos, moradia, educação e saúde. A mulher negra, por sua vez, encara desafios adicionais pela interseção das opressões de gênero e de raça, considerando que há uma estratificação social que define a posição social dos indivíduos, limitando o acesso à educação, ocupação, renda e saúde. Não obstante a riqueza da cidade, a desigualdade social não foi reduzida, mas sim ampliada, com impactos nos indivíduos afetados pelas relações entre raça, gênero, classe e território.

A categoria de território tem sido cada vez mais explorada como objeto de estudo científico, abarcando fenômenos naturais e sociais que se manifestam em um dado espaço geográfico. Embora o conceito de território seja mais comumente associado à dimensão física, na geografia, sua polissemia permite diferentes interpretações e definições, não se restringindo apenas à perspectiva geopolítica, mas também sendo utilizada para analisar relações sociais.

Contudo, diante das limitações do presente estudo, é importante ressaltar que não será possível aprofundar amplamente todas as diferentes concepções do conceito de território. No entanto, é válido ressaltar a concepção adotada nesse estudo, a fim de fornecer uma visão mais ampla e aprofundada da realidade em questão.

Para Lefebvre (2008) o conceito de território está intrinsecamente relacionado às contradições existentes na sociedade capitalista. Nesse sentido, o autor busca ampliar a discussão a fim de contribuir com a compreensão do tema, argumentando que "o espaço não é uma forma pura". Dessa forma, é fundamental utilizar um método que não se restrinja apenas a abordagens formais, lógicas ou logísticas para analisar os problemas espaciais, mas que leve em conta as contradições presentes no espaço que estão intimamente ligadas à prática social. Nesse sentido, Silva *et al* (2022) apontam que podemos ampliar a reflexão sobre o conceito de território, ao compreendê-lo não apenas como um espaço geográfico, mas sim como uma categoria que abrange múltiplas dimensões da vida social. Para tanto, é preciso apropriar-se da perspectiva crítica de Marx, que considera o território como uma construção histórica e materialmente determinada, sujeita a disputas políticas e socioeconômicas. Dessa forma, o território é concebido em suas múltiplas interações com os modos de produção, as relações sociais, culturais e políticas, evidenciando a sua relevância nas dinâmicas da vida cotidiana. Nesse sentido, a análise crítica do território possibilita a compreensão da sua complexidade, ao evidenciar os conflitos, contradições e desigualdades presentes em suas diversas dimensões, constituindo um importante instrumento para repensar tanto as relações sociais quanto as políticas públicas que envolvem os processos de territorialização.

Em consonância, Sposati (2013) salienta que a concepção de território, seja no singular ou no plural, possui uma abordagem dinâmica que levanta diversos aspectos geográficos, históricos, políticos e sócio relacionais. A autora compreende que sua construção é resultado de uma dinâmica de relações, reflexo de trajetórias de diferentes atores, que, por sua vez, são influenciados pelos processos e eventos históricos. Deste modo, o território ultrapassa a ideia de ser um local fixo e imutável, visto que sua essência se constrói a partir das vivências, significados e relações interpessoais que formam as identidades individuais e coletivas dos grupos que fazem parte dele. Portanto, é importante entender que o território é um elemento em movimento, que evolui e se transforma com o passar do tempo, podendo apresentar características distintas em cada momento histórico.

A discussão que Leão e Barros (2012, p. 579) trazem, estabelece uma conexão entre o território, a situação econômica e os distúrbios psicológicos. As autoras destacam que as condições vinculadas à carência financeira e à fragilidade dos laços sociais, tais como o

desemprego, a precariedade habitacional e educacional, contribuem para o aparecimento dos transtornos mentais. Sob essa perspectiva, o serviço territorial não é satisfatório se não oferecer intervenções nos espaços de vida dos indivíduos “pois é ali que o sofrimento está implicado”. Concordando com as análises dos autores, somamos aos distúrbios psicológicos a própria sífilis, tendo em vista que os resultados da pesquisa revelam a permanência do território de Guarus como aquele de maior incidência da infecção na cidade.

A história do subdistrito de Guarus que, por muito tempo, foi colocado em segundo plano nos estudos da cidade, desde a época em que era citada como terra de índios perigosos, é permeada de estigmas. Isso se deu não só pelo medo dos indígenas *Guarulhos*, mas também pelo fato de as terras de Santo Antônio dos Guarulhos não terem pertencido às sesmarias concedidas aos Sete Capitães. A colonização foi estabelecida na região por meio da implantação de pastagens pelos colonos, que tomaram posse e conseguiram o controle sobre a área, o que gerou conflitos com os índios. Houve a criação de um aldeamento de índios Coroados e a técnica foi eficaz para a implantação de polos estratégicos próximos à vila. As pontes foram uma importante estratégia para a comunicação entre as margens do rio, que deixou de ser uma barreira. Hoje são seis pontes sobre o rio Paraíba do Sul na área central da cidade.

De acordo com o Censo de 2010, o subdistrito de Guarus agrega 25 bairros oficiais (IBGE, 2010) e é caracterizada por uma densidade populacional considerável, em grande medida, consequência do êxodo rural promovido pela falência do setor sucroalcooleiro, no início dos anos 70. Representando 36,17% da população da cidade de Campos dos Goytacazes, a população de Guarus compreende majoritariamente trabalhadores de baixa renda que vivem em bairros com índices socioeconômicos inferiores comparativamente aos distritos próximos; além desse fato, a região sofre com estereótipos e desigualdades reforçados pela mídia (ALVARENGA, 2020).

A despeito de ter sido incorporado ao distrito-sede, as características socioespaciais de Guarus são distintas quando comparadas às outras áreas da cidade. Assis (2016) salienta que vale destacar que Guarus foi incorporado ao município como distrito unicamente por meio dos decretos estaduais n.º 1, de 08-05-1892 e 1-A, de 03-06-1892, estando, até então, fora dos limites da cidade. No entanto, ressalta o autor, não se considera este fato suficiente para explicar a categorização moral atribuída ao território, uma vez que os demais subdistritos e distritos, embora apresentem distâncias consideráveis, não são categorizados da mesma maneira que os moradores dos bairros de Guarus. Tal diferenciação é evidenciada pelos dispêndios públicos dirigidos às duas áreas, pelos fracassos das políticas públicas e pela precarização dos bairros da margem esquerda em contraposição à segregação espacial observada na cidade. Isso prejudica

a população carente, dificultando o seu acesso à infraestrutura urbana, transporte, educação, trabalho e saúde.

A fim de observar a divisão territorial por bairros, foram recentemente realizados estudos municipais com o intuito de analisar alguns aspectos sociais e econômicos da distribuição populacional, utilizando-se de dados sobre renda, cor e acesso a serviços públicos, considerando a variável acesso à rede de esgoto ou fossa séptica e acessibilidade à rede geral de água, bem como a coleta de lixo pelo serviço público. Os resultados evidenciaram uma alta concentração de famílias com renda per capita inferior a  $\frac{1}{2}$  salário-mínimo na margem esquerda do Rio Paraíba do Sul. Destaca-se que a situação econômica das famílias cadastradas é bastante precária, uma vez que 86,8% delas possuem renda mensal de até meio salário-mínimo per capita e 47,8% possuem ao menos um membro recebendo o benefício do Programa Bolsa Família. É importante ressaltar que tais dados indicam uma situação de vulnerabilidade socioeconômica para a população do território em questão (PMC, 2022).

Analisando a renda por bairro, constatou-se que o bairro com menor número de famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza em 2010, segundo o parâmetro adotado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), foi o Centro, com apenas 2% das famílias abaixo do limite de renda estabelecido. Por outro lado, o bairro Vila Industrial, também pertencente ao subdistrito de Guarus, revelou a maior concentração de famílias pobres ou extremamente pobres, representando 63% do total de famílias do bairro. Os dados indicam as maiores concentrações de famílias pobres nas regiões periféricas da cidade e um bolsão de pobreza no território de Guarus. No total de 25 bairros analisados no referente subdistrito, 56% possuíam mais de 40% das famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza (PMC, 2018).

De acordo com Nascimento (2004), as pessoas com maior poder aquisitivo possuem maior capacidade de se deslocar para regiões urbanas ou para locais que oferecem produtos e serviços de maior qualidade, em contrapartida, pessoas mais pobres, devido à limitação de mobilidade, recorrem a serviços locais para satisfazer suas necessidades. Contudo, a falta de serviços públicos no subdistrito, juntamente com a violência local e a baixa condição socioeconômica, que está ligada ao acesso a cuidados pré-natais (MACÊDO, 2015), afetam o acompanhamento das gestantes durante toda a gravidez ou no pós-parto. Isso acontece porque as mães empobrecidas enfrentam dificuldades ao acessar esses serviços, o que as coloca em maior risco de ter um desfecho desfavorável da gravidez, já que têm menos mobilidade para se locomover. A situação é semelhante, em geral, para os moradores do subdistrito que necessitam do atendimento prestado pelo SUS.

A partir da década de 1960, Guarus passou a receber trabalhadores rurais expropriados de suas terras, resultando em uma concentração significativa da classe trabalhadora, predominantemente não branca e empobrecida, na região. Conforme destaca Cláudio (2018, p. 5), a pobreza nesse cenário atual é marcada pela forte exclusão dos grupos sociais menos favorecidos no processo produtivo, ao contrário da migração campo-cidade presente no passado. Para Yazbek (2010, p. 153), a pobreza é resultado das desigualdades nas relações vigentes na sociedade, que permitem a convivência da acumulação de riquezas com a miséria. Embora nem todos os casos da sífilis gestacional incidam sobre a população mais empobrecida, há uma relação contínua entre a infecção e a pobreza, considerando conjuntamente variáveis comportamentais, sociodemográficas e de assistência à saúde.

Deste modo, as gestantes negras e residentes nesse território são assim colocadas em um quadro de maior vulnerabilidade social, dado que enfrentam muitas carências, como falta de capacitação profissional, de equipamentos, de instituições públicas, como escolas e postos de saúde, e de serviços em geral. Isso os obriga a se deslocar para outras áreas em busca de melhores oportunidades, embora enfrentem a falta de recursos para se locomover e ter acesso às possibilidades que existem. Ademais, esses indivíduos são culpabilizados pelos problemas urbanos que existem, tais como ocupações irregulares, violência urbana e degradação do meio ambiente, embora muitas vezes não tenham alternativas (MEDEIROS; SILVA, 2017).

Os dados epidemiológicos relativos à sífilis no Brasil evidenciam uma tendência de aumento nos casos notificados, especialmente nos últimos anos. Em 2018, foram notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) 158.051 casos de sífilis adquirida, 62.599 casos de sífilis em gestantes (SG), 26.219 casos de sífilis congênita e 241 óbitos por sífilis congênita. No ano subsequente, houve notificação de 152.915 casos de sífilis adquirida, 61.127 casos de SG, 24.130 casos de sífilis congênita e 173 óbitos por sífilis congênita. O ano de 2020 apresentou menos casos notificados, com 115.371 de sífilis adquirida, 61.441 de SG, 22.065 de sífilis congênita e 186 óbitos por sífilis congênita. No entanto, em 2021, houve um novo aumento nas notificações de sífilis, com 167.523 casos de sífilis adquirida, 74.095 casos de SG, 27.019 casos de sífilis congênita e 192 óbitos por sífilis congênita. A sífilis congênita é particularmente preocupante, pois pode resultar em sequelas graves e mortalidade neonatal, sendo necessário implementar medidas para o seu controle e prevenção (BRASIL, 2019; 2020; 2021; 2022).

Para analisarmos em igual período na cidade de Campos dos Goytacazes, foi realizada uma pesquisa no CTA da cidade<sup>37</sup>, entre os meses de janeiro e março de 2023. Inicialmente foi liberada pela instituição uma listagem em Excel com todos os números de prontuário, gênero e enfermidades correspondentes, sendo possível separar os números dos prontuários de mulheres inseridas no Programa entre os anos de 2018 e 2021. Como até 2019 e nos anos subsequentes nem todos estavam marcados na descrição como IST/Sífilis, foi necessário separarmos todos que constavam como IST (quadro 2), o que contabilizou 548 números de prontuário.

**QUADRO 2: DADOS SEPARADOS PARA REALIZAÇÃO DA BUSCA ATIVA NO REGISTRO GERAL, DISPONIBILIZADOS VIA EXCEL**

<b>Prontuário</b>	<b>Tipo</b>	<b>Raça</b>	<b>Nascimento</b>	<b>Data abertura</b>	<b>Município</b>
Nº do prontuário para busca	IST	Preta/ Parda/ Branca	Mês e ano	Mês e ano	Cidade de residência

Fonte: Elaboração própria (2023).

Mediante tais informações, foi possível realizar a busca dos prontuários e verificar os que pertenciam a sífilis e a SG (quadro 3).

**QUADRO 3: CONDIÇÕES ENCONTRADAS APÓS BUSCA ATIVA**

<b>Condição</b>	<b>Total</b>
Sífilis Gestacional	166
Sífilis Adquirida	222
IST'S Geral (HIV, Gonorréia, HPV, Clamídia, etc.)	145
Homens	4
Criança	1
Outras infecções	1
Não encontrados	9
<b>TOTAL</b>	<b>548</b>

Fonte: laboração própria (2023).

Na busca ativa, foi possível conferir cada prontuário cujo número foi separado anteriormente e verificar aqueles correspondentes ao nosso objeto de análise. Conforme indicado no quadro acima, entre os anos de 2018 e 2021, foram registrados 222 casos de sífilis

<sup>37</sup> Entendemos que o CTA não realiza o atendimento de todos os casos de sífilis na cidade, contudo, por se tratar de um local de referência único no município, absorvendo a demanda da rede pública e privada, utilizamos os dados do programa para traçar um panorama da incidência da infecção na cidade.

adquirida, 166 em gestantes e 145 de ISTs que chamamos de geral, por compreender diferentes ISTs, como: HIV, HPV, Gonorreia, clamídia, entre outras.

No registro geral, embora demarcados como casos de infecções sexualmente transmissíveis e relacionados ao gênero feminino, constatamos que 4 prontuários pertenciam a homens, 1 pertence a uma criança e 1 está associado ao diagnóstico de hepatite. Além disso, não foram encontrados 9 prontuários. A partir desse mapeamento específico da sífilis em gestantes, analisamos os registros ao longo dos anos. Em 2018, foram registrados 49 casos, em 2019 foram 46 casos, em 2020 foram 14 casos e em 2021, 57 casos. Para uma melhor visualização, esses dados foram separados e agrupados nos quadros 4, 5, 6 e 7, apresentados abaixo.

Em relação ao ano de 2018:

**QUADRO 4: CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES REGISTRADOS EM 2018**

<b>Meses</b>	<b>Números de casos</b>
Janeiro	1
Fevereiro	2
Março	6
<b>Total</b>	<b>9</b>
Abril	4
Maio	6
Junho	5
<b>Total</b>	<b>15</b>
Julho	2
Agosto	8
Setembro	5
<b>Total</b>	<b>15</b>
Outubro	6
Novembro	2
Dezembro	2
<b>Total</b>	<b>10</b>

Fonte: Elaboração própria (2023)

No que se refere ao ano de 2019

**QUADRO 5: CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES REGISTRADOS EM 2019**

<b>Meses</b>	<b>Números de casos</b>
Janeiro	10
Fevereiro	2
Março	2
<b>Total</b>	<b>14</b>
Abril	6
Maio	5

	Junho	3
<b>Total</b>		<b>14</b>
	Julho	6
	Agosto	3
	Setembro	3
<b>Total</b>		<b>12</b>
	Outubro	4
	Novembro	0
	Dezembro	2
<b>Total</b>		<b>6</b>

Fonte: Elaboração própria (2023).

Em relação ao ano de 2020:

**QUADRO 6: CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES REGISTRADOS EM 2020**

Meses	Números de casos
Janeiro	1
Fevereiro	1
Março	1
<b>Total</b>	<b>3</b>
Abril	0
Maio	1
Junho	1
<b>Total</b>	<b>2</b>
Julho	2
Agosto	1
Setembro	2
<b>Total</b>	<b>5</b>
Outubro	2
Novembro	1
Dezembro	1
<b>Total</b>	<b>4</b>

Fonte: Elaboração própria (2023).

No que se refere ao ano de 2021

**QUADRO 7: CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES REGISTRADOS EM 2021**

Meses	Números de casos
Janeiro	2
Fevereiro	7
Março	3
<b>Total</b>	<b>12</b>
Abril	3
Maio	1
Junho	1
<b>Total</b>	<b>5</b>
Julho	5
Agosto	9
Setembro	7

<b>Total</b>	<b>21</b>
Outubro	6
Novembro	4
Dezembro	9
<b>Total</b>	<b>19</b>

Fonte: Elaboração própria (2023).

Os dados foram organizados e registrados em uma segunda folha de registros, separados por trimestres. Essa folha destacava as seguintes informações relacionadas às gestantes diagnosticadas com sífilis: número dos prontuários para esclarecimento de dúvidas, o local de encaminhamento da gestante (hospital, clínica ou estabelecimento), o período gestacional em que o diagnóstico foi feito (durante o pré-natal, no parto - antes ou depois -, após um aborto ou no pós-parto), mês e ano de abertura do prontuário, raça, mês e ano de nascimento, nível de escolaridade, bairro/município, autorização para contato institucional - se houver, com quem (a própria gestante, parentes ou amigos) - e se o tratamento foi concluído ou não.

Escolhemos discutir os resultados da pesquisa iniciando pelo indicador de raça porque a raça é pedra angular da questão social e que determina processos de adoecimento, influenciando, inclusive, o acesso a serviços de saúde. Segundo dados estatísticos, a parcela da população afrodescendente é a que apresenta maior dependência do SUS, representando a maioria dos indivíduos portadores de enfermidades como diabetes, tuberculose, hipertensão arterial e insuficiência renal crônica em território nacional (LIMA *et al*, 2020). Além disso, sujeitos negros também enfrentam, em quantitativo mais elevados que brancos, barreiras de acesso a cuidados de saúde de qualidade, um fator que pode contribuir para as disparidades em saúde.

Ao discutir os resultados da pesquisa, é importante avaliar essas desigualdades raciais e identificar estratégias de eliminar as disparidades, examinar como a raça pode afetar a saúde pode ajudar a entender melhor as condições de saúde de diferentes grupos e identificar possíveis lacunas em seu cuidado e tratamento. Ao considerar a raça como um indicador, também podemos reconhecer e abordar questões mais amplas de desigualdade social, que afetam muitos aspectos da vida, incluindo saúde, educação, emprego e moradia.

A raça é uma variável importante quando se trata da epidemia de sífilis, principalmente em mulheres grávidas. Pesquisas recentes apontam que mulheres negras têm maior probabilidade de contrair sífilis durante a gestação em comparação com mulheres brancas (SOUZA, 2021; TOMASI *et al*, 2017; MACEDO *et al*, 2017). Além disso, a sífilis em mulheres negras tende a resultar em complicações mais graves, como aborto espontâneo, parto

premature, baixo peso ao nascer e neonatos infectados (SOUZA, 2021), não pela cor de suas peles, mas pelos processos determinados historicamente e que temos debatidos neste estudo, tendo em vista que, entre outras questões, as mulheres negras enfrentam mais barreiras ao acesso aos cuidados de saúde e aos medicamentos específicos para a sífilis, o que pode afetar o seu bem-estar e o do feto (TOMASI *et al*, 2017)

Em 2005, a inclusão da variável raça/cor ao Programa Nacional de DST/AIDS foi um marco importante para a compreensão dos desafios enfrentados por diferentes grupos étnicos e raciais no acesso aos serviços de saúde e na incidência de ISTs. Recentemente, o Ministério da Saúde promulgou a Portaria n.º 344/2017 que, por meio de seus cinco artigos, impõe a obrigatoriedade do preenchimento do campo identitário raça/cor nos formulários que permeiam os sistemas de saúde e, ainda, verticaliza as atribuições e responsabilidades dos organismos federativos (BRASIL, 2017). Tal medida é fundamental para a realização de estudos epidemiológicos que possam apontar desigualdades no acesso à saúde e na distribuição de doenças entre grupos étnicos e raciais diversos. A iniciativa do governo visa promover a equidade no acesso à saúde, evidenciando as particularidades de cada grupo e, assim, contribuindo para a criação de políticas públicas mais eficazes e específicas. É consabido que a falta de informações sobre raça/cor dificulta o planejamento de ações direcionadas aos grupos mais vulneráveis. Logo, a produção de estatísticas e dados com clivagem racial é primordial para subsidiar a tomada de decisões e a elaboração de políticas públicas efetivas diante da diversidade étnica e racial da sociedade brasileira.

Santos, Coelho e Araújo (2013) revelam que a questão racial e as discriminações e desigualdades históricas a ela inerentes acompanham homens e mulheres negras ao longo da vida. A este respeito, as autoras destacam um estudo realizado pelo Instituto Médico Legal que demonstrou que a categoria de raça/etnia é frequentemente preenchida de forma imprecisa, evidenciando, por exemplo, que indivíduos negros eram identificados como "pele morena". Além disso, as causas de morte relativas a sujeitos brancos foram registradas como acidentais, enquanto uma grande proporção de pessoas negras foi identificada como homicídios, sugerindo um contexto de marginalização que quase justifica a morte violenta e a discriminação.

Uma análise dos dados mais recentes do Boletim Epidemiológico de Sífilis no Brasil (2022) indica uma evolução positiva no registro da informação sobre raça/cor autodeclarada nos casos de sífilis ao longo da última década. Em 2011, cerca de 19,7% dos casos não possuíam essa informação, enquanto em 2021 esse percentual foi reduzido para 12,8%. No entanto, ao se comparar os anos de 2014 e 2021, verificou-se um aumento significativo de casos de sífilis em pessoas pardas (4,2 vezes) e pretas (3,9 vezes) em relação a pessoas brancas (2,9 vezes). Em

2021, a maioria das pessoas notificadas com a infecção era da cor parda (40,6%), seguida da cor branca (34,2%) e da cor preta (10,8%). Se considerarmos as pessoas pardas e pretas em conjunto, esse número equivale a 51,4% (BRASIL, 2022).

Na pesquisa realizada no CTA, em relação à raça/cor, foi possível identificar o seguinte:

**QUADRO 8: SÍFILIS EM GESTANTES POR RAÇA/COR**

<b>Raça/Cor</b>	<b>Total</b>
Branca	17
Parda	29
Preta	20
Ignorados	100
<b>Total</b>	<b>166</b>

Fonte: Elaboração própria (2023)

Houve divergências ao compararmos o quesito raça/cor entre os prontuários, com os registrados na listagem geral do Programa Municipal IST/AIDS, em Campos dos Goytacazes, RJ e do informado ao SINAN. Inúmeras vezes a informação preenchida em um desses documentos estava diferente no outro documento, por exemplo, em alguns prontuários o quesito raça/cor não foi preenchido, mas a mesma usuária estava descrita como preta ou parda<sup>38</sup> na listagem geral e ainda como SINAN, essa divergência foi menos percebida no caso de usuárias autodeclaradas brancas. Apesar do alto número de raça/cor “ignorados” na autodeclaração das usuárias nos prontuários, na listagem geral a raça/cor predominantemente preenchida foi a “parda”. Assim, por considerarmos apenas o preenchimento desse quesito nos prontuários, observamos que em 60,24% destes a raça/cor das usuárias foi ignorada. Duas questões emergem e podem ser determinantes para essa discrepância dos números: a primeira, é se os profissionais de saúde perguntam a raça/cor dos usuários do programa na abertura do prontuário? A segunda questão é: nos casos positivos, como tem sido tratada a autodeclaração das usuárias?

A não inclusão da variável raça/cor nos registros de saúde pode ter consequências graves para a compreensão das desigualdades entre grupos étnicos e raciais no acesso aos serviços de saúde, além de dificultar a elaboração de políticas públicas mais adequadas às necessidades de cada grupo, evidenciando o quanto a raça é uma determinação estrutural e institucional do processo de adoecimento. Isso porque a falta desses dados impede a

---

<sup>38</sup> Compreendemos que a categoria racial "raça negra" inclui tanto as pessoas que se autodeclararam como pretas quanto as que se autodeclararam como pardas, contudo, por haver essa diferenciação no preenchimento desse quesito apontamos essa diferenciação.

identificação de problemas específicos que afetam determinados grupos, o que pode perpetuar a exclusão desses indivíduos nos serviços públicos de saúde.

A discriminação racial é uma realidade presente em diversas áreas da sociedade brasileira, inclusive na saúde. O racismo institucional pode ocorrer quando, por exemplo, profissionais de saúde tratam de forma diferente pacientes de diferentes etnias ou raças, sem levar em consideração suas necessidades individuais. A falta de informações acerca da raça/cor desses pacientes pode aumentar a vulnerabilidade dessas pessoas a tratamentos discriminatórios. O não preenchimento do quesito raça/cor em atendimentos em saúde pode, ainda, influenciar na subnotificação de determinadas doenças entre grupos étnicos e raciais diferentes, de modo que esses grupos sejam negligenciados na formulação de políticas públicas de saúde.

De acordo com Sacramento e Nascimento (2011), a utilização da raça e da etnia como categoria em formulários de saúde suscita diferentes percepções entre profissionais de saúde e pacientes, que variam desde o desconforto, a indiferença, até a importância atribuída a ela. Constatou-se que o desconforto sentido no processo de fazer ou responder à pergunta sobre raça e etnia também foi observado por profissionais de saúde no estudo de Araújo, Cruz, Lopes e Fernandes (2010), reforçando a necessidade de educação e treinamento sobre a temática.

À luz dessas reflexões, torna-se fundamental que o SUS aprimore seus processos de trabalho, considerando as diferentes esferas de cobertura assistencial e os cuidados contingentes, ainda que reconheça que essas questões ultrapassam a realidade dos serviços de saúde e expressem elementos históricos e estruturais da sociedade do capital. Nesse sentido, é necessário implementar ações formativas que visem ao adequado acolhimento dos usuários durante o cadastramento nos serviços de saúde. No campo da Saúde Coletiva, o papel dos sanitaristas apresenta uma dimensão ético-político-social, que consiste em atuar como agentes de transformação nos espaços de trabalho, objetivando o desenvolvimento de atividades capazes de impactar positivamente na saúde da população (PAIM, 2006). Nessa perspectiva, a autodeclaração do quesito raça/cor se mostra como uma ferramenta essencial na medida em que fortalece a identidade, a sensação de pertencimento e o reconhecimento dos indivíduos pertencentes a grupos historicamente prejudicados no processo de construção social (DUARTE JUNIOR, 2019).

Em suas análises acerca da saúde da população negra no SUS, Reinehr (2019) discute sobre o silenciamento da temática da saúde referente a esta, expondo como a questão é pouco abordada nas burocracias da Estratégia Saúde da Família (ESF). A autora verificou que a questão da equidade racial na saúde pública brasileira não fazia parte do cotidiano

organizacional da ESF, independentemente da unidade em que trabalhavam, apesar de a maioria dos utilizadores do Sistema Único de Saúde ser composta por mulheres negras e de haver regulamentação expressiva para lidar com a questão.

A questão da raça é frequentemente ignorada, negada ou mudada de assunto. Notadamente, há uma falta de disposição para discutir desigualdades raciais na saúde ou uma falta de conhecimento sobre esse assunto, tonando-se evidente que qualquer menção à raça, por vezes, é interpretada como algo racista, refletindo um comportamento antirracista, típico de uma ideologia liberal contemporânea que defende que evitar falar sobre racismo é a melhor estratégia para evitar desigualdades raciais (SUE, 2013; REINEHR, 2019). Além disso, a não identificação da raça/cor pode impedir a construção de políticas públicas de saúde mais adequadas e voltadas às necessidades da população mais vulnerável.

Como destacado anteriormente, a autora dessa dissertação trabalhou como recenseadora do IBGE no CENSO de 2020, realizado no ano de 2022 e presenciou outra dificuldade que pode tentar explicar tamanho número de ignorados. A pergunta sobre a cor ou raça dos entrevistados era a que gerava mais dúvidas e insegurança nas repostas e estas, como apercebemos a partir da formação social brasileira, derivam da complexidade e ambiguidade da identidade racial.

Outro obstáculo para a coleta de informações precisas é que muitas pessoas se sentem desconfortáveis em se identificar com uma categoria racial devido à história de discriminação racial no Brasil. A hierarquia racial é um legado profundo dos séculos de escravidão e discriminação. Isso faz com que muitos indivíduos sejam reticentes em se autodeclarar em uma categoria racial específica, pois temem a discriminação. Contudo, sem a coleta dessas informações, não é possível entender as particularidades das diferentes regiões e grupos populacionais, o que contribui para perpetuar as desigualdades sociais e raciais. Nesse sentido, optamos em discutir este indicador com o indicador de bairro/localidade.

A articulação do quesito de raça/cor com o indicador de bairro/localidade tem se mostrado uma ferramenta importante para a análise de saúde pública, pois permite compreender as particularidades do território em relação aos impactos na saúde da população. Isso ocorre devido à forte influência que os contextos locais possuem na saúde, visto que variáveis socioculturais, econômicas e ambientais desse espaço podem influenciar negativamente na condição de saúde da população.

Nesse sentido, é importante destacar que a questão racial também é um fator determinante na saúde das gestantes, pois a saúde está ligada a diversas dimensões sociais que englobam a raça e a identidade cultural. Dessa forma, ser branca, indígena ou de identidade

negra reflete nas interfaces geradas nos cuidados de saúde, na forma como a atenção é dada e nos resultados obtidos em relação ao tratamento. A abordagem dos indicadores de raça/cor e bairro/localidade para a análise da sífilis em gestantes em Campos dos Goytacazes é relevante, pois, ao considerar a influência direta desses fatores no perfil epidemiológico da sífilis em gestantes, é possível identificar limitações e desigualdades no acesso aos serviços de saúde e uma possível relação direta com as determinações sociais do processo saúde-doença. No quadro 9 estão descritos os bairros declarados pelas gestantes diagnosticadas com sífilis atendidas no CTA.

**QUADRO 9: SÍFILIS POR BAIRRO/LOCALIDADE**

<b>BAIRRO</b>	<b>TOTAL</b>
Caju	2
Caxeta	1
Centro	2
Conceição do Imbé	1
Conselheiro Josino	1
Donana	5
Goitacazes	5
Ibitioca	1
Lapa	1
Mineiros	1
Morro do coco	1
Morro Grande	1
Parque Aldeia	5
Parque Aurora	2
Parque Bela Vista	1
Parque Califórnia	1
Parque Esplanada	3
Parque Fazendinha	1
<b>Guarus</b>	<b>72</b>
Parque Novo Jockey	11
Parque Pecuária	1
Parque Santa Cruz	1
Parque São Benedito	1
Parque São Caetano	1
Parque Tamandaré	1
Parque Tarcísio Miranda	1
Parque Turf Club	1
Parque Visconde de Ururaí	3
Penha	5
Rio Preto	3
Saturnino Braga	1
Tapera	7
Tócos	1
Travessão	9
Três Vendas	2
Ignorados	4
<b>Total</b>	<b>158</b>

Fonte: Elaboração própria (2023)

O quadro abaixo revela que ainda que haja predominância dos atendimentos no CTA Campos serem de gestantes residentes na cidade, aproximadamente 4,8% dos casos foram de gestantes residentes de outros Municípios do Norte Fluminense.

**QUADRO 10: GESTANTES COM SÍFILIS ORIUNDAS DE OUTRAS CIDADES**

<b>Bairro</b>	<b>Total</b>
Cardoso Moreira	1
São João da Barra	2
São Francisco de Itabapoana	1
Ignorados	4
<b>Total</b>	<b>8</b>

Fonte: Elaboração própria (2023)

Em relação ao quadro 10, tais razões para a busca do CTA em outro Município que não seja o mesmo em que reside tendem a incluir o anonimato e a privacidade, a confidencialidade, a distância geográfica, a especialização médica e a preocupação com o estigma. O anonimato e a privacidade são importantes para evitar o encontro de conhecidos ou familiares no consultório médico. A confidencialidade oferecida por algumas clínicas inclui seguro médico privado e anonimato referente às internações ou consultas. Pacientes em regiões com serviços de saúde menos disponíveis podem viajar para cidades ou estados com maior oferta. Por fim, o estigma associado ao tratamento de infecções sexualmente transmissíveis pode levar pacientes a realizar exames e tratamentos em outras cidades.

Em relação às gestantes residentes de Campos dos Goytacazes, um estudo anterior realizado entre 2016 e 2017 apontou que a região de Guarus apresentou uma concentração de 40% dos casos de sífilis em gestantes atendidas pelo programa em questão (SOUZA, 2021). Uma análise recente dos dados, representados no quadro 9, revela que essa concentração de casos persiste nesse subdistrito, com um aumento de ocorrências para 43,37%.

Conforme análises já desenvolvidas no capítulo anterior desta dissertação, o subdistrito Guarus encontra-se situado na margem esquerda do Rio Paraíba do Sul, entretanto, o mesmo nome é dado ao 3º subdistrito da cidade, o que pode levar a confusões e equívocos, como o fato de alguém se referir ao bairro Jardim Carioca como sendo Guarus. Dessa forma, os bairros que compõem o subdistrito que foram identificados em nossa pesquisa e englobam a região denominada Parque Guarus no quadro são: Codin, Custodópolis Jardim Carioca, Nova Campos, Novo Eldorado, Parque Aeroporto, Parque Alvorada, Parque Bandeirantes, Parque Boa Vista, Parque Calabouço, Parque Cidade luz, Parque Corrientes, Parque Eldorado, Parque Fundão, Parque Guarus, Parque Lebret, Parque Novo Mundo, Parque Prazeres, Parque Presidente

Vargas, Parque Rio Branco, Parque Santa Clara, Parque Santa Rosa, Parque São José, Parque São Silvestre e Terra Prometida.

Com base nas informações obtidas a partir do Cadastro Único em maio de 2021, é possível identificar que o território Parque Guarus apresentava, na data mencionada, 7.631 famílias cadastradas, totalizando um contingente populacional de 19.599 pessoas, com uma média de 2,6 pessoas por família. É importante ressaltar que a grande maioria das famílias - mais especificamente, 97,1% - residia em zonas urbanas, enquanto apenas 2,9% viviam em áreas rurais. Nesse contexto, é possível destacar que a população feminina apresentava uma maior representatividade, totalizando 58,8% das pessoas cadastradas no Cadastro Único. Por sua vez, em relação à raça/cor, a população parda se mostrou em maior número, representando 53,3% do total, seguida pela população branca e preta. Ademais, é interessante observar que a faixa etária predominante no território é a de 25 a 59 anos, representando 38,6% do total, sendo que, neste grupo, as mulheres são maioria. Especificamente na faixa etária entre 25 e 59 anos, 5.120 pessoas foram cadastradas, das quais 2.547 declararam ser pardas. Já entre os homens, prevaleceu a faixa etária de 25 a 59 anos, com 2.443 cadastrados, dos quais 1.260 se declararam pardos. No que se refere à origem das famílias, a maioria delas é natural do próprio território, representando 73,1% do total, enquanto 26,9% são originárias de outras localidades, principalmente municípios vizinhos (PMC, 2022).

A configuração familiar tem sido objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento e a predominância de famílias monoparentais chefiadas por mulheres chama atenção, principalmente em bairros periféricos. Este fenômeno é resultado de transformações sociais que ocorreram nas últimas décadas e que afetaram diretamente as famílias.

No contexto brasileiro, é notável a predominância de mulheres nas posições de chefia dos domicílios. Conforme o Dieese (2023), em um universo de 75 milhões de lares avaliados, verificou-se que 50,8% tinham mulheres como responsáveis, o que representa expressivos 38,1 milhões de famílias. Em contrapartida, as lideranças masculinas abarcaram um total de 36,9 milhões de lares analisados. Ademais, destaca-se que no terceiro trimestre de 2022, mulheres negras estavam à frente de 56,5% dos domicílios, aproximadamente 21,5 milhões, enquanto mulheres não negras lideravam 43,5%, ou seja, 16,6 milhões de lares. No que se refere à renda per capita, verificou-se que nos lares com arranjos familiares monoparentais, chefiados por mulheres com filhos, observou-se a menor renda, no valor de R\$ 789 por pessoa, pouco superior a meio salário-mínimo. É fundamental destacar que, quando se considera a questão racial, as famílias negras apresentaram sempre renda inferior à das não negras, independente do arranjo familiar (DIEESE, 2023).

A família monoparental, majoritariamente feminina, é caracterizada pela presença de uma mãe solteira que se responsabiliza pelo sustento econômico e pela educação dos filhos. Isso ocorre devido a diversas razões, como agravamento da desigualdade social, desemprego, marginalização e violência urbana, que são problemas enfrentados cotidianamente por esses grupos e que afetam significativamente a dinâmica familiar. Além disso, as mulheres que chefiam essas famílias também sofrem diversos desafios, como *juggling* ou “duplo” - lidando com o trabalho e as demandas dos filhos - e discriminação no mercado de trabalho devido à sua condição.

A relação entre a predominância da família monoparental chefiada por mulheres em bairros periféricos também pode ser relacionada à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, como a sífilis em gestantes. Essa é uma infecção sexualmente transmissível que pode ser transmitida para o feto durante a gestação, causando sérios problemas de saúde e a morte fetal. A segregação espacial pode ter um papel importante no aumento da propagação da sífilis em gestantes. As mulheres que vivem em bairros periféricos, em muitos casos, têm menos acesso a serviços públicos de saúde e informações sobre saúde sexual e reprodutiva, além de sofrerem preconceito e discriminação. Esse cenário se agrava ainda mais em uma família monoparental chefiada por mulheres, em que a responsabilidade de cuidar da saúde reprodutiva da mulher e dos filhos é geralmente atribuída à própria mãe, que muitas vezes luta para equilibrar essa responsabilidade com trabalho e outras tarefas domésticas.

Essa situação pode levar a uma falta de acesso ou cuidado inadequado à saúde reprodutiva, incluindo a falta de diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis. Além disso, a segregação espacial pode criar barreiras para o acesso a serviços de saúde, pois, muitas vezes, os serviços não estão perto ou são difíceis de serem acessados para quem mora em bairros periféricos.

A segregação espacial é uma problemática que afeta diversas cidades brasileiras e, no caso de Campos dos Goytacazes, observa-se a distribuição desigual das diferentes classes sociais no espaço urbano. Lefebvre (2017) destaca que a segregação é um processo complexo que não se restringe apenas à localização geográfica, mas se reflete também nas condições de vida dos indivíduos que habitam essas áreas.

Caminhando para o fim deste item, observamos que a segregação socioespacial presente na cidade em análise, se configura como uma consequência de um histórico processo socioeconômico no qual houve a concentração de recursos e riquezas nas mãos de uma pequena parcela da população, resultando em grandes desigualdades sociais. Embora a cidade experimente mudança na sua economia, estando atualmente baseada na atividade petrolífera,

ainda persistem disparidades expressivas na qualidade de vida entre diferentes grupos populacionais.

Em vista disso, Alvarenga e Siqueira (2019) evidencia que a distribuição desigual das moradias é resultado do poder político das classes dominantes, da variação de renda e das características culturais de cada grupo, elementos que atuam na definição do acesso aos serviços públicos e às oportunidades de trabalho. Neste contexto, a segregação é vista como uma manifestação das lutas de classes sociais, que perpetuam a exclusão e a marginalização socioeconômica de parte significativa da população. Essa segregação é evidenciada no mapa urbano da cidade, onde a localização de residências é utilizada como um mecanismo de separação de classes sociais, desfavorecendo os grupos mais vulneráveis, especialmente as mulheres negras, em termos de acesso a diversos tipos de serviços. Além disso, a falta de incentivo ao desenvolvimento econômico dessas áreas contribui para a perpetuação da pobreza e da exclusão desses grupos, agravando ainda mais as desigualdades sociais existentes.

#### 4.2.2 Perfil sociodemográfico das gestantes

Em termos gerais, a sífilis é mais comum em adultos jovens, especialmente aqueles na faixa etária entre 20 e 29 anos. No entanto, a incidência da sífilis também é elevada em idosos, sugerindo a possibilidade de uma maior exposição sexual ao longo da vida, bem como a falta de efetividade de medidas de prevenção como o uso de preservativos. A prevalência da sífilis é maior em homens do que em mulheres, com uma maior tendência em homens que se relacionam sexualmente com outros homens. Isso pode ser explicado pelas diferenças no comportamento sexual e nas práticas de proteção, bem como pela maior exposição a fatores de risco, como o uso frequente de drogas. No caso de pacientes gestantes, a sífilis possui implicações importantes tanto para a gestante quanto para o feto.

A relação da sífilis gestacional com a faixa etária das gestantes é um tema relevante e alarmante que merece ser abordado com profundidade. Estudos apontam que a faixa etária das gestantes tem influência direta no diagnóstico e tratamento da infecção, já que adolescentes e mulheres mais jovens estão no grupo mais propenso a se contaminarem com a IST (SOUZA, 2021; MAIA et al, 2023; ZANELLA, 2022).

Dados do Ministério da Saúde revelam que a ocorrência de casos de sífilis gestacional em adolescentes aumentou consideravelmente nos últimos anos (BRASIL, 2022). Isso se deve, em grande parte, à falta de informação e conscientização sobre a importância do uso de preservativos durante a relação sexual, além da dificuldade de acesso ao sistema de saúde. Além

disso, mulheres acima de 35 anos também têm maior predisposição ao desenvolvimento da sífilis gestacional, visto apresentam tendência maior a gestação de risco. Mulheres nessa faixa etária geralmente procuram serviços de saúde para ter um acompanhamento mais rigoroso, o que acaba favorecendo o diagnóstico precoce da infecção.

É importante destacar que o diagnóstico precoce da sífilis gestacional é fundamental para evitar graves consequências para a saúde do feto e da própria gestante. Quando a infecção é detectada no início da gestação, o tratamento com penicilina é eficaz na eliminação da bactéria, evitando complicações como aborto espontâneo, malformações congênitas e morte fetal.

No caso de Campos, houve grande incidência de casos de SG na faixa etária de 21 a 30 anos (quadro 11), contabilizando 77 casos. Contudo, se somarmos as gestantes de 16 a 30 anos corresponderá a 83,1% do total (138 casos).

**QUADRO 11: SÍFILIS POR IDADE E ANO**

<b>Idade</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
0 a 15 anos	2	1	-	2
16 a 20 anos	11	20	8	22
21 a 30 anos	29	20	4	24
31 a 35 anos	6	3	2	6
36 +	1	2	-	3
<b>TOTAL</b>	49	46	14	57

Fonte: Elaboração própria (2023)

Estima-se que a incidência de sífilis em gestantes seja alta em todo o mundo, especialmente em países em desenvolvimento. As mulheres jovens, com idades entre 16 e 30 anos, apresentam maior comportamento de risco em relação à infecção devido a questões sociais e culturais relacionadas à sua faixa etária. Entre outras razões, e de maioria negra, essas mulheres enfrentam as consequências da transição para a vida adulta, muitas vezes sem acesso à educação sexual adequada. Além disso, frequentemente possuem acesso limitado a informações e serviços de saúde. Atualmente, muitas mulheres, especialmente aquelas pertencentes às classes sociais mais baixas, não têm acesso regular aos serviços de saúde durante a gravidez. Isso significa que a sífilis pode passar despercebida, afetando o feto ainda no útero. A falta de acesso a serviços de saúde é, portanto, um fator crucial para a alta incidência de sífilis em gestantes jovens. A alta prevalência de sífilis nessa faixa etária indica a urgência de adoção de medidas efetivas de prevenção e controle da infecção, uma vez que a sua prevalência em adultos jovens pode resultar em impactos econômicos consideráveis no sistema de saúde.

Segundo Caldana *et al* (2021), o comportamento sexual de adolescentes e jovens representa um grande desafio para a Saúde Pública, especialmente no que diz respeito à gestação, pois são múltiplos os fatores de exposição e risco para a sífilis, assim como as consequências psicossociais e econômicas nos níveis individual, familiar e social. Há uma variedade de fatores interligados que apontam os adolescentes como as que possuem maior comportamento de risco para as ISTs, incluindo o início precoce da atividade sexual, o uso irregular e pouco frequente de preservativos, a multiplicidade de parceiros sexuais, a sensação de onipotência e a falta de envolvimento com padrões preventivos. Para as autoras, a alta prevalência de ISTs entre adolescentes se deve, em parte, à vulnerabilidade dessa população, que está mais suscetível às ISTs, por ser uma fase de imaturidade etária, emocional e cognitiva, além de ser um período de descobertas e grande influência social. É importante destacar que, embora os números sejam elevados, eles podem estar subestimados, uma vez que apenas 32% dos casos de sífilis no período gestacional são notificados no Brasil. A falta de notificação de casos suspeitos dificulta a investigação e o tratamento adequado para a gestante e o bebê, aumentando assim o número de consequências decorrentes da infecção (CALDANA *et al.*, 2021)

Além da faixa etária, a literatura a respeito do tema tem apontado que, pessoas com menor escolaridade apresentam maior vulnerabilidade à infecção, muitas vezes por falta de informação sobre saúde sexual e reprodutiva, dificuldade de acesso a serviços de saúde e maior exposição a comportamentos de risco, como o uso de drogas e a prática de relações sexuais sem proteção (SOUZA, 2021; MACEDO *ET AL*, 2017). Além disso, a sífilis pode afetar a capacidade de aprendizado e desempenho escolar, especialmente em crianças e adolescentes que adquirem a infecção por transmissão vertical (da mãe infectada para o feto). A sífilis congênita pode causar problemas no sistema nervoso central, visão e audição, dificuldades de aprendizado e problemas de comportamento.

Dados epidemiológicos comprovam que as gestantes negras e com menor escolaridade apresentam maior prevalência de sífilis na gestação. No entanto, quando as informações sobre a raça/cor são ignoradas ou não preenchidas corretamente, pode haver um subdimensionamento desses dados, comprometendo a tomada de decisões acerca da implementação de estratégias de prevenção e tratamento mais efetivas, capazes de reduzir essas desigualdades.

Recentes estudos indicam que a infecção por sífilis gestacional é mais prevalente em gestantes jovens, compreendidas na faixa etária de 20 a 24 anos, de raça/cor parda, com baixa escolaridade e ocupação de donas de casa (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019). E pesquisas semelhantes, Cavalcante *et al* (2021) observaram que a maioria das mulheres com a infecção situa-se na faixa etária de 20 a 29 anos, enquanto um estudo realizado em Belo

Horizonte (MG) constatou a prevalência da infecção em gestantes com idade inferior a 20 anos. Quanto à distribuição geográfica, as notificações de sífilis gestacional entre os anos de 2014 e 2018, no Brasil, apresentaram prevalência maior na Região Sudeste, concentrando cerca de 46,2% das mulheres acometidas com a IST, dentro da faixa etária de 20 a 39 anos. Ainda, o período entre os 15 e os 19 anos contou com 25,8% das notificações totais, sendo a Região Sudeste a que registrou a maior porcentagem (cerca de 45,4%). Ademais, adolescentes e jovens grávidas em todo o país perfizeram um total de 57.089 ocorrências entre 2014 a 2018, com predominância na Região Sudeste (45,4%) (BRASIL, 2022).

De acordo com Nonato, Melo e Guimarães (2013), estudos realizados em Belo Horizonte (MG) apontam semelhança nos resultados encontrados em Campos dos Goytacazes, como a prevalência da infecção por sífilis gestacional em mulheres com baixa escolaridade, raça/cor parda e atividades sem remuneração.

Para Correia *et al* (2022), a falta de informação acerca das ISTs e a ausência de habilidades e responsabilidade afetivo-sexual, por exemplo, são elementos psicossociais comuns entre os jovens e podem aumentar a exposição a essas infecções. Assim, a interface entre saúde e educação é crucial para a promoção de ações eficazes de prevenção e de erradicação das desigualdades raciais e sociais na área da saúde. Ambas as áreas são essenciais para lidar com as condições de vida das populações e devem trabalhar de maneira integrada, buscando o desenvolvimento de ações educativas e de políticas públicas que possam contribuir para a conscientização sobre as ISTs e a mitigação dos impactos dessas infecções na saúde das populações.

Por essas razões, é fundamental que a educação sexual e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis sejam incluídas nos programas de educação em todos os níveis de escolaridade, desde a pré-escola até o ensino superior. Torna-se necessário o acesso universal a serviços de saúde adequados para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis, sem qualquer tipo de discriminação ou estigma. Além disso, deve-se levar em conta as demandas e características de classe, raça, gênero, geração, escolaridade e outras variáveis que corroboram para ampliação ou redução dessa problemática.

No tocante a escolaridade das gestantes com sífilis assistidas no CTA, o quadro 12 destaca o seguinte:

**QUADRO 12: SÍFILIS POR ESCOLARIDADE**

<b>Escolaridade</b>	<b>Completo</b>	<b>Incompleto</b>	<b>Ignorado</b>
1º grau	14	58	-
2º grau	26	49	-
3º grau	1	2	-
Ignorado	-	-	16
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>109</b>	<b>16</b>

Fonte: Elaboração própria (2023)

Verifica-se que há prevalência de sífilis entre mulheres negras com escolaridades reduzidas, atendidas no CTA Campos, semelhante ao observado no estudo comparativo anterior (SOUZA, 2021) e em outras pesquisas desenvolvidas no país (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019; CAVALCANTE *ET AL*, 2021; CALDANA *et al* 2021). No caso campista, 65,66% (109) das gestantes atendidas na instituição não possuíam ensino fundamental ou médio completo e apenas 1 possuía o ensino superior. Em estudo semelhante, Cavalcante (2011) também verificou que a maioria das gestantes com sífilis apresentava baixa escolaridade, com grande proporção tendo apenas o ensino fundamental incompleto.

O Ministério da saúde destaca que, em relação à escolaridade das gestantes, é importante salientar que existe uma ausência considerável de informações, cerca de 27,0%, desde o ano de 2018. Esse fator impacta diretamente na avaliação mais precisa dos casos. Contudo, é possível observar que, dentre os casos em que a escolaridade foi registrada, em 2021, 28,5% apresentavam ensino fundamental incompleto, enquanto 34,4% haviam concluído pelo menos o ensino fundamental e 32,7% possuíam formação de nível médio. Essas informações são relevantes para uma análise mais precisa acerca dos padrões educacionais presentes na população em questão (BRASIL, 2022).

Como já destacado em outros estudos (CONCEIÇÃO; CÂMARA; PEREIRA, 2019; CAVALCANTE *ET AL*, 2021; CALDANA *et al* 2021, SOUZA, 2021) a sífilis é prevalente em áreas com baixo nível de escolaridade e em populações economicamente desfavorecidas. Uma das principais razões é que a educação formal pode aumentar a conscientização sobre a importância da saúde sexual e a prevenção ISTs. Além disso, a educação pode ajudar a desenvolver habilidades para lidar com questões relacionadas à saúde, como buscar serviços de saúde ou compreender informações médicas.

Pessoas com maior grau de escolaridade também podem ter uma maior chance de acesso a informações e recursos de saúde, permitindo uma melhor compreensão sobre a sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, aqueles com níveis mais elevados de educação podem ter mais acesso a recursos financeiros e apoio social que melhoram a sua capacidade de buscar atendimento médico.

Gonçalves *et al* (2011) destacaram que a utilização do preservativo tem sido banalizada na sociedade, o que sugere uma falta de conscientização coletiva em relação à sua importância como método de prevenção de ISTs. A baixa escolaridade é um fator que pode estar associado a essa falta de conscientização, uma vez que pode afetar o acesso à informação e à educação sobre métodos contraceptivos e saúde sexual. Essa falta de conhecimento pode resultar em uma menor probabilidade de uso do preservativo, aumentando, portanto, a vulnerabilidade à sífilis e outras ISTs.

Em relação aos encaminhamentos das gestantes para o IST, verificou-se que estes foram predominantemente oriundos do SUS ou de hospitais parceiros (filantrópicos). Hospitais de referência na cidade.

**QUADRO 13: SÍFILIS POR LOCAL DE ENCAMINHAMENTO**

<b>Hospital</b>	<b>Total</b>
Hospital Plantadores de Cana	111
Hospital Beneficência Portuguesa	22
Hospital Álvaro Alvim	1
Unidades Básicas de Saúde	19
Secretaria de Saúde	12
CREAS I	1
<b>TOTAL</b>	<b>166</b>

Fonte: Elaboração própria (2023)

O quadro 13 evidencia as lacunas existentes na cidade de Campos no que se refere a um adequado acompanhamento pré-natal, tratamento precoce e adequado e conseqüentemente a dificuldade de prevenção da transmissão vertical, que permanece um entrave. Este fato é evidenciado quando verificamos que aproximadamente 66,87% dos encaminhamentos para CTA foram oriundos do Hospital Plantadores de Cana (HPC), criado em 1963 para atender aos produtores rurais e hoje a AFAMCI – Associação Fluminense de Atendimento à Mulher.

Em reportagem do portal da prefeitura da cidade de Campos<sup>39</sup> havia uma nota de recomendação para detecção e o tratamento da sífilis que deveriam ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para o diagnóstico da infecção. A prefeitura ainda destacou que, à época, conforme os dados obtidos em 2014, foram realizados 5.214 exames nas UBS, tendo sido confirmados 91 casos da infecção. Já nos primeiros meses do ano seguinte, foram realizados 1.425 exames, sendo constatados 47 casos de sífilis. Entretanto, é possível observar no quadro abaixo, apenas 11,4% dos encaminhamentos foram oriundos de UBSs espalhadas pelo município.

<sup>39</sup> Ver em: [https://campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id\\_noticia=31013](https://campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id_noticia=31013)

**QUADRO 14: PERÍODO GESTACIONAL DA DESCOBERTA DIAGNÓSTICA**

<b>Descoberta do diagnóstico</b>	<b>Total</b>
Pré-Natal	89
Após nascimento (Parto)	45
Após nascimento (Natimorto)	7
Após Aborto	12
Ausente de informação	13
<b>TOTAL</b>	<b>166</b>

Fonte: Elaboração própria (2023)

Destaca-se, no quadro acima, a importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita, uma vez que um pré-natal inadequado é responsável por até 90% dos casos desta infecção (MOTA *et al*, 2018). A correta realização do pré-natal é uma importante forma de identificação da sífilis nos pais, por meio do rastreio via materna, e esta responsabilidade não é atribuída apenas às mães, mas também aos pais, que devem ser incentivados a acompanhá-las a fim de quebrar a barreira cultural e de gênero associada exclusivamente ao cuidado materno na gravidez. O acesso adequado e o acompanhamento regular de consultas pré-natais contribuem para a minimização dos efeitos das desigualdades socioeconômicas reduzir as chances de resultados desfavoráveis na gestação (MACÊDO *et al*, 2017).

No entanto, apesar das recomendações do Ministério da Saúde, apenas 68% das gestantes de países em desenvolvimento - como o caso do Brasil - recebem o tratamento adequado. O início tardio do pré-natal é ainda mais alarmante entre as mulheres negras e jovens das regiões Norte e Nordeste do país (TOMASI *et al*, 2017).

Os dados revelam uma realidade preocupante, uma vez que entre os anos de 2013 e 2016, cerca de 43,7% dos diagnósticos de sífilis no estado do Rio de Janeiro foram tardios, o que compromete o controle e o tratamento da infecção. Em âmbito nacional, o Ministério da Saúde (2018) aponta que em 2017, apenas 57,7% dos casos de sífilis foram detectados durante o pré-natal, enquanto 31,3% foram diagnosticados no momento do parto/curetagem e 6,5% após o parto. Há ainda um percentual de 0,6% que não foi diagnosticado e 3,8% que não foram registrados. Esses dados ressaltam a necessidade de intensificação das ações de vigilância e prevenção da sífilis, especialmente durante o pré-natal, a fim de garantir a saúde materna e infantil

Em nossa pesquisa (quadro 14) verificou-se que aproximadamente 53,61% das gestantes descobriram o agravo durante o pré-natal, contudo, em cerca de 38,56% dos casos o diagnóstico só foi obtido no pós-parto, após aborto ou após feto natimorto, revelando a deficiência da atenção básica de saúde em lidar com esses casos. Esse déficit pode estar relacionado a diversos fatores, tais como: como a insuficiência de recursos financeiros e materiais, a falta de

capacitação dos profissionais de saúde, a sobrecarga do sistema de saúde e a baixa adesão das gestantes ao pré-natal. Além disso, é importante destacar que a falta de uma política de saúde mais eficiente e integrada pode prejudicar o atendimento das gestantes em bairros periféricos, onde muitas vezes ocorre a maior concentração de casos de sífilis em gestantes e consequentemente de sífilis congênita.

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), um pré-natal adequado deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar com o objetivo de garantir a saúde da gestante e do feto, prevenir complicações, detectar e tratar doenças infecciosas oportunamente. É preconizado que a gestante realize, no mínimo, seis consultas pré-natais, incluindo exames de rotina, como o rastreamento da sífilis por meio de testes sorológicos não treponêmicos e treponêmicos no primeiro e terceiro trimestres da gravidez.

Para prevenir a transmissão vertical da sífilis, é necessário que toda gestante tenha acesso a um pré-natal qualificado. As gestantes com sorologia positiva devem ser convocadas para início imediato do tratamento, bem como seus parceiros. É importante que os profissionais de saúde sejam capacitados para execução, leitura e interpretação dos resultados do teste rápido em gestantes e seus parceiros. A identificação da gestante com sífilis durante o pré-natal possibilita o seu tratamento, que, quando realizado de forma adequada no primeiro trimestre, evita a infecção do feto. Infelizmente, a baixa qualidade da assistência à gestante no país reflete a desvalorização das medidas comprovadamente eficazes no diagnóstico e no tratamento da sífilis na gestação (SOUZA, 2021).

Como medida a prevenir a transmissão vertical da sífilis, é indicado tratar as gestantes com penicilina benzatina, único antibiótico capaz de inibir essa transmissão. As doses devem ser ajustadas conforme a evolução clínica da paciente, sendo necessário um intervalo de sete dias entre elas. Recomenda-se iniciar o tratamento medicamentoso com 30 dias de antecedência do parto. Ademais, os parceiros sexuais da gestante também devem ser tratados, e a mãe deverá realizar testes não treponêmicos mensais após o tratamento até o momento do parto, a fim de garantir a cura da infecção. Todos os recém-nascidos de gestantes com sífilis devem ser investigados para sífilis congênita e no caso de diagnóstico positivo, o tratamento medicamentoso é realizado com penicilina cristalina ou procaína, administrados por um período de 10 dias (BRASIL, 2022).

Assim, os fatores que contribuem para a transmissão vertical da sífilis são: início tardio do pré-natal, a redução do número de consultas, a não realização de testes para sífilis ou tratamento de parceiros e da gestante. Ressalta-se ainda que, atualmente, a limitação do acesso a diagnóstico e tratamento adequados na rede de atenção do SUS representa um desafio

adicional para o controle da sífilis. Com as mudanças desestruturantes da Atenção Primária à Saúde (APS) promovidas pelo novo modelo de (des)financiamento do SUS, a universalidade no acesso aos cuidados de saúde tem sido questionada, ampliando as desigualdades e impactando negativamente o controle da sífilis. O Ministério da Saúde manifestou-se pela primeira vez em 2016, reconhecendo a sífilis como uma epidemia (ZANELLA, 2021).

Em suas análises, Viellas (2014) relata que diversas barreiras dificultam a realização do pré-natal ou o início precoce do acompanhamento, evidenciando as persistentes desigualdades sociais no país. Mulheres indígenas e pretas, com menor escolaridade e maior número de gestações, e residentes nas regiões Norte e Nordeste apresentam menor acesso ao pré-natal. Adicionalmente, foi constatado que uma considerável proporção de puérperas justificou o não início do pré-natal precocemente pela falta de conhecimento da gravidez, o que sugere dificuldades no diagnóstico e, portanto, a necessidade de facilitar o acesso das mulheres a métodos diagnósticos, preferencialmente com resultados imediatos, a fim de otimizar a captação das gestantes para o acompanhamento pré-natal.

Cabe ressaltar que a quantidade de consultas realizadas não é necessariamente um indicador de qualidade dos serviços prestados ou adesão satisfatória ao tratamento, conforme evidenciado por uma investigação conduzida em Minas Gerais. Este estudo identificou que 44,9% das gestantes que realizaram mais de 6 consultas não foram tratadas de forma adequada (MAGALHÃES *et al.*, 2013). Tais constatações apontam para deficiências recorrentes nos serviços de saúde, por meio de diagnóstico tardio e da cobertura insuficiente, especialmente nas regiões mais carentes do país, como no Norte, no Nordeste e nas áreas periféricas.

Além disso, a desinformação sobre a sífilis pode contribuir para o diagnóstico tardio. As gestantes podem não saber da existência da infecção ou das formas de prevenção e tratamento, o que dificulta a identificação precoce e o controle. De fato, a questão do diagnóstico tardio da sífilis é preocupante e pode ter implicações graves para a saúde da gestante e do bebê, como aborto, parto prematuro, malformações fetais e até mesmo a morte. Nesse sentido, é fundamental que os serviços de saúde consigam identificar precocemente os casos de sífilis durante o pré-natal, por meio da realização de testes rápidos e de exames.

Sendo assim, é necessário investir na melhoria da infraestrutura dos serviços de saúde, na ampliação da oferta de testes rápidos, no treinamento dos profissionais de saúde e na articulação entre as diferentes esferas de gestão para a elaboração de políticas públicas mais eficazes. É importante ainda destacar a importância da educação em saúde, no sentido de mobilizar a consciência da população sobre os riscos da sífilis e a importância do pré-natal para a saúde da gestante e do bebê.

Quanto a autorização para contato, o quadro baixo destaca que aproximadamente 80, 72% das gestantes autorizaram contato por parte da equipe de saúde.

**QUADRO 15: AUTORIZAÇÃO PARA CONTATO**

<b>Autorização para contato</b>	<b>Total</b>
Sim	134
Não	28
Ignorado	2
<b>Total</b>	<b>166</b>

Fonte: Elaboração própria (2023)

Para prevenir e controlar a sífilis em gestantes, os serviços de saúde precisam adotar medidas efetivas de triagem, diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Dentre essas medidas, podemos destacar a autorização para o contato, que nos serviços de saúde é uma ferramenta importante tanto para o acompanhamento das gestantes quanto para o tratamento de seus parceiros, especialmente em casos de sífilis congênita. É uma estratégia fundamental para interromper a cadeia de transmissão da infecção e reduzir o risco de novos casos.

A autorização para o contato consiste no consentimento da gestante para que a equipe de saúde faça uma busca ativa dos parceiros sexuais com quem ela teve relações desprotegidas durante o período de infecção. Essa busca permite que esses parceiros também sejam diagnosticados e tratados, reduzindo a disseminação da infecção tanto na população em geral quanto a gestante e o feto. Diversos estudos apontam para a eficácia da autorização para contato como estratégia para prevenir e controlar a sífilis em gestantes. O quadro seguir apresenta as autorizações para contato das gestantes do CTA.

**QUADRO 16: AUTORIZAÇÃO PARA CONTATO DE GESTANTES POR GRAU DE PARENTESCO OU PROXIMIDADE**

<b>Grau de Parentesco/ Proximidade</b>	<b>Total</b>
Própria	47
Marido/Companheiro/Namorado	31
Mãe	29
Avó	5
Tia	4
Irmã	3
Sogra	3
Prima	3
Pai	2
Filha	2
Madrasta	1
Não autorizaram contato	36
<b>Total</b>	<b>166</b>

Fonte: Elaboração própria (2023)

Verifica-se que aproximadamente 28,3% das gestantes autorizaram apenas o contato consigo mesmas. Isso sugere que não tinham ninguém próximo com quem pudessem se comunicar para receber recados ou informações do Programa ou até mesmo porque não compartilharam seu diagnóstico com outras pessoas. No entanto, é importante ressaltar que essa última possibilidade é incerta, uma vez que a falta de autorização para contato pode ter resultado de erros no preenchimento dos prontuários. O que se constata é a predominância das autorizações de contato com figuras do gênero feminino, como mães, filhas, avós, tias, irmãs, sogras e primas, que, somadas, representam 30,12% dos casos.

O apoio parental durante o tratamento da sífilis em gestantes é fundamental para o sucesso do tratamento e para a saúde materno-infantil. O apoio da família pode auxiliar a gestante a enfrentar possíveis dificuldades associadas ao tratamento, tais como o medo ou a ansiedade em relação às injeções, para o uso do antibiótico, ou a necessidade de mudanças nos hábitos de vida, como a abstinência sexual durante o tratamento ou o uso da camisinha, uma necessidade crucial para a eficácia do tratamento, mesmo em relacionamentos estáveis.

Apesar dos conhecidos riscos do não uso do método contraceptivo, muitas vezes os casais utilizam a camisinha com o objetivo único de evitar a gravidez. Em uma sociedade profundamente machista, como a brasileira, o simples pedido da mulher para usar preservativo pode afetar a relação afetiva, gerando desconfianças no parceiro e sugerindo falta de carinho por ele. Dada essa dinâmica, as negociações em torno do uso da camisinha tendem a favorecer os homens. Como resultado, a recusa do uso de preservativos por mulheres em relacionamentos fixos é mais comum, o que facilita a reinfecção. Guerriero (2001) descreve isso como resultado de uma dinâmica em que o único interesse do homem na relação sexual é colocar a camisinha, enquanto a mulher é encarregada de convencê-lo a usá-la. Ademais, é importante lembrar que as mulheres têm maior probabilidade de sofrer violência sexual e abuso em relacionamentos afetivos ou profissionais, como é o caso das trabalhadoras sexuais (SOUZA, 2021).

Outro dado relevante é que, se compararmos os resultados com os da pesquisa anterior (SOUZA, 2021), houve uma redução significativa nas autorizações de contato para os parceiros sexuais<sup>40</sup> das gestantes. Entre 2016 e 2017, aproximadamente 26,82% das gestantes, num universo de 76 prontuários, autorizaram contato com seus parceiros. A pesquisa atual aponta que num período de 4 anos, o quantitativo altera para 18,67% (31) em um universo de 166 casos. Esse indicador é importante tendo em vista que, conforme pesquisas, é própria gestante quem comunica o parceiro do diagnóstico de sífilis (SILVEIRA *et al*, 2020).

---

<sup>40</sup> Nestes casos, engloba aqueles descritos pelas mesmas como: “marido”, “companheiro”, “esposo”, “namorado”. Contudo, não é possível confirmar se todas as gestantes possuíam parceiros fixos

Contudo, ainda que não possamos afirmar com exatidão que todas as 166 gestantes possuíam parceiros fixos à época, haja em vista que, ainda que faça parte da abordagem multiprofissional esta variável – parceiro fixo - foram inúmeras vezes ignorada, outros estudos (NASCIMENTO, *et al* 2005; LAFETÁ *et al* 2016; SOUZA, 2021) indicarem uma mudança no perfil das gestantes com sífilis, fazendo-se acreditar que uma considerável parte delas possuíam parceiros fixos.

A comunicação da gestante com seu parceiro acerca do diagnóstico de sífilis é fundamental para garantir o tratamento adequado e efetivo da infecção, tanto para a gestante quanto para o parceiro sexual. Além disso, a comunicação transparente e clara entre parceiros também é importante para a prevenção de novas infecções. No entanto, muitas vezes, a gestante pode encontrar dificuldades em comunicar ao parceiro sobre seu diagnóstico de sífilis, seja pelo medo da reação do parceiro ou pela vergonha de ter uma IST. Esse comportamento pode levar a um aumento na transmissão da infecção para outras pessoas, além de reinfeção da própria gestante.

O tratamento inadequado da sífilis é uma problemática comum, e a principal causa é relacionada ao tratamento dos parceiros das gestantes (SILVEIRA *et al*, 2020). Nos casos de sífilis gestacional, o tratamento inadequado é verificado geralmente pela falta do tratamento do parceiro. A participação do parceiro nas consultas é determinante para a adequação do tratamento da sífilis materna, já que seu não tratamento ou tratamento incompleto é considerado inadequado. Estudos indicam que a falta de cuidado com a saúde e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde são fatores que contribuem para a baixa adesão dos homens aos programas de atenção primária (SOUZA, 2021).

A dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades de atenção primária em saúde é um obstáculo importante para a assistência adequada aos parceiros das gestantes. É fundamental que as unidades de atenção primária promovam ações e atividades específicas para a população masculina, incentivando a busca pelos serviços de saúde e possibilitando o atendimento adequado aos parceiros das gestantes. A falta de cuidados do homem com a saúde durante a gravidez de suas parceiras deve ser abordada com incentivos para que ele acompanhe a gestante e transponha a barreira cultural do cuidado da saúde na gravidez.

Assim, a estruturação dos serviços de saúde com recursos humanos capacitados, materiais e espaço físico adequados, juntamente com a sistematização dos atendimentos, são necessárias para contemplar as dificuldades encontradas no atendimento à população masculina

durante o pré-natal. Além disso, é essencial o fortalecimento da comunicação entre profissionais de saúde e casais, para haver maior adesão ao tratamento e prevenção das ISTs.

Por fim, a última variável em análise nesta seção é a conclusão ou não do tratamento<sup>41</sup> (quadro 17). A não conclusão do tratamento de sífilis em gestantes pode ter graves consequências, pois a infecção pode ser transmitida da mãe para o feto, resultando em sífilis congênita.

**QUADRO 17: CONCLUSÃO DE TRATAMENTO**

<b>Concluiu tratamento</b>	<b>Total</b>
Sim	22
Não	143
<b>Total</b>	<b>166</b>

Fonte: Elaboração própria (2023)

Na presente pesquisa, um dos aspectos que apresentou grande disparidade e despertou preocupação foi o tratamento incompleto das gestantes com sífilis, uma vez que tal prática aumenta os riscos de saúde tanto para a mãe quanto para o bebê. Os dados do quadro 17, são alarmantes e revelam que aproximadamente 86,14% das gestantes atendidas no CTA Campos não concluíram tratamento, dados muito próximos do que fora observado em pesquisa anterior, onde apenas 10,5% das gestantes atendidas no programa, entre os anos de 2016 e 2017, concluíram o tratamento (SOUZA, 2021).

Conforme destacado pelo Ministério da Saúde, a adesão ao tratamento é um processo colaborativo que deve facilitar a aceitação e a integração do regime terapêutico no cotidiano das gestantes em tratamento (BRASIL, 2008, p. 14). Nesse sentido, a análise da determinação social da saúde torna-se elemento crucial tendo em vista que o sucesso do tratamento envolve não apenas uso dos medicamentos, mas também mudanças de hábitos que são diretamente influenciados por fatores sociais, econômicos, estruturais, psicológicos e comportamentais.

O Ministério da Saúde (2010), define como tratamento inadequado os casos em que

- todo tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina;
- tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina;
- tratamento inadequado para a fase clínica da doença;
- instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto;
- ausência de documentação de tratamento anterior;
- ausência de queda dos títulos (sorologia não treponêmica) após tratamento

<sup>41</sup> Uma gestante ainda se encontra em tratamento, não podendo ser possível afirmar se até a presente data seu tratamento está concluído. Destacamos também que em um caso a paciente concluiu o tratamento, até o ano de 2021, sendo contaminada novamente em 2022, mas para efeitos de nosso estudo ela está incluída nos casos de tratamento concluído, tendo em vista que ainda em 2021 completou seu ciclo vacinal, sendo liberada pela instituição. Por último, sublinhamos também um caso que no prontuário havia o destaque para a não aceitação do tratamento por parte de seu companheiro, apesar de a gestante ter concluído o mesmo.

- adequado;
- parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou quando não se tem a
- informação disponível sobre o seu tratamento (IDEM, 2010 p. 379).

Embora entrevistas não tenham sido conduzidas durante a elaboração desse estudo, é possível realizar refletir sobre esse aspecto utilizando-se dos elementos observados ao longo deste e de outras pesquisas realizadas em diferentes partes do país, nos quais se revelam que a falta de apoio dos parceiros, tanto no caso das gestantes casadas, quanto daquelas que não possuem parceiros fixo, constitui um obstáculo significativo no trato dessa problemática e

A baixa adesão das gestantes campistas ao tratamento da sífilis aponta para a necessidade de estudos mais específicos, capazes de determinar com precisão as razões para a não realização do tratamento integral. Neste sentido, evidencia-se uma relação subjetiva entre fatores como idade, escolaridade, raça, renda e a adesão ao tratamento pré-natal e da sífilis. Embora a associação entre essas características e a frequência ao pré-natal e ao tratamento não sejam unânimes na literatura, elas influenciam nas percepções sobre os riscos dessas gestantes e na qualidade das informações que recebem, como sugerem as análises realizadas por Rocha, Barbosa e Lima (2017).

De acordo com Heringer *et al* (2020), o perfil das gestantes no Brasil tem passado por mudanças progressivas, com destaque para o aumento da média de idade das gestantes. No entanto, as desigualdades e a menor frequência de pré-natal adequado permanecem entre as gestantes mais jovens. Em nosso estudo, também observamos essa mudança de perfil etário entre as gestantes, mas constatamos que os resultados se mantêm em relação aos dados nacionais. França *et al* (2015), por sua vez, identificaram outras variações no perfil sociodemográfico das gestantes com sífilis, além da idade, como a moradia em áreas urbanas, o estado civil de casadas e a presença de único parceiro sexual. Quadro possivelmente semelhante ao caso campista.

As gestantes solteiras, por sua vez, de acordo com Rosa *et al.* (2014), possuem três vezes mais chances de não realizar o pré-natal, em decorrência da falta de apoio do parceiro, da não aceitação da gravidez ou de histórico de ISTs.

No entanto, é importante destacar que as hipóteses levantadas para explicar o abandono do tratamento de gestantes solteiras como as de gestantes casadas envolvem a falta de apoio do parceiro, o estigma social e a falta de informação sobre a importância do pré-natal e do tratamento adequado de doenças e ISTs durante a gestação.

Conforme destacado por Rosa *et al.* (2014), o apoio do parceiro é um fator favorável para a adesão ao pré-natal. Contudo, é importante destacar que um pré-natal adequado não se

limita apenas à presença física das gestantes nas unidades de saúde, mas engloba também o seguimento integral das recomendações médicas. Nesse sentido, a falta de apoio dos parceiros pode englobar diversos aspectos, que vão desde o apoio emocional, físico, financeiro até o sexual. Isso pode representar uma barreira significativa para a adesão das gestantes, sobretudo quando os parceiros não são informados e/ou instruídos sobre o agravamento da infecção e não são tratados. De acordo com Duarte (2007, p. 107), a abordagem dos parceiros representa uma das principais dificuldades para o controle das ISTs na gravidez, visto que "problemas surgem com a notificação e continuam na tentativa de convencê-los da necessidade diagnóstica e de adesão ao tratamento".

Quando realizado adequadamente o tratamento, é imprescindível que a gestante seja acompanhada clinicamente para atestar a cura da infecção e observar se não houve acometimento ao feto. Com isso, destaca-se a necessidade de atenção e cuidados contínuos após o término do tratamento, visando garantir a efetividade e a segurança da saúde da mãe e do bebê.

A não adesão ao tratamento pré-natal das gestantes em estudo pode ainda ser justificada pelo papel desempenhado pela família, uma vez que as gestantes com mais de um filho tendem a frequentar menos consultas pré-natais. O risco de não realizar pré-natal foi duas vezes maior para as mulheres multíparas em comparação a primíparas. Estudos indicam que mulheres que não são primíparas e não apresentam complicações obstétricas prévias tendem a não realizar o pré-natal, especialmente aquelas sem apoio familiar, vivendo em um contexto social adverso, e com experiências negativas de atendimento e descrédito (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014, p. 981). Existe ainda outra questão que pode afetar a realização adequada do tratamento durante a gestação: o atendimento disponibilizado pelas instituições de saúde.

Conforme apontado por Almeida e Tanaka (2009), a falta de sensibilidade das equipes de saúde pode enfraquecer o estabelecimento de vínculos com as gestantes, aumentando as chances de desistências e reduzindo a frequência no acompanhamento. Nesse sentido, observou-se que as gestantes tendem a frequentar mais os locais de atendimento em que se sintam acolhidas e seguras, mesmo que o sistema ofereça poucas opções de escolha. No entanto, é importante destacar que as intervenções profissionais nas instituições públicas de saúde, que absorvem grande parte do público-alvo da pesquisa, são limitadas e permeadas por interesses antagônicos que dificultam a consolidação das políticas de saúde. Essa realidade compromete o exercício profissional e contribui para ambientes de trabalho cada vez mais precários e com menos trabalhadores, o que dificulta a construção de ações mais eficazes e

satisfatórias, configurando-se como um dos principais motivos para o abandono do tratamento pré-natal.

Além disso, a desigualdade social e o acesso limitado a bens e serviços também são fatores frequentemente associados ao abandono de tratamento e a desfechos desfavoráveis durante a gravidez. A concentração de gestantes com sífilis no Parque Guarus é um reflexo das desigualdades sociais, pois evidencia as dificuldades enfrentadas por mulheres negras com menor poder aquisitivo, baixa escolaridade, e que lutam diariamente para acessar serviços de saúde. Os dependentes exclusivos do SUS enfrentam escassez de serviços, dificuldades para marcação de consultas e realização de exames, o que os obriga a buscar serviços privados, que sem condições de arcar com seus custos, torna-se fator crucial para a desistência do tratamento. Na escolha entre cuidar da saúde ou da alimentação, por exemplo, a opção pela última prevalece sobre a primeira.

A partir da análise realizada sobre a sífilis em gestantes no sistema público de saúde da cidade de Campos dos Goytacazes, pode-se concluir que há uma predominância da infecção entre mulheres negras de baixa renda e escolaridade, residentes em áreas periféricas. Tal fato pode ser atribuído a fatores inerentes a dimensão estrutural e da formação social, como a dificuldade de acesso a informações e serviços de saúde, a falta de políticas efetivas voltadas para a promoção da saúde para prevenção de doenças e infecções em estratos sociais menos favorecidos.

Além disso, percebeu-se que o SUS apresenta falhas que contribuem para o quadro de incidência e prevalência da infecção na cidade. A falta de capacitação adequada dos profissionais de saúde, a ausência de protocolos claros para o diagnóstico e tratamento da sífilis, bem como a insuficiência de recursos e equipamentos são alguns dos desafios enfrentados pelo sistema de saúde pública, que acabam por impactar negativamente a efetividade das políticas de saúde voltadas para o controle da doença.

Nesse sentido, é fundamental que sejam implementadas medidas capazes de reduzir as desigualdades socioeconômicas e garantir o acesso universal aos serviços de saúde, bem como aprimorar as políticas de prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes. Somente assim será possível mitigar o quadro de incidência e prevalência da infecção na região e promover a saúde e o bem-estar das gestantes e de seus filhos.

#### 4.2.3 Covid-19 e Sífilis gestacional: implicações para o tratamento

No período anterior à implementação das medidas de contenção da pandemia ocasionada pelo novo coronavírus, o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)

divulgou estatísticas que apontavam a presença de 152.915 casos de sífilis adquirida, 61.127 casos de sífilis em gestantes, 24.130 casos de sífilis congênita, e 173 óbitos em decorrência da sífilis congênita, apresentando uma taxa de mortalidade de 5.9 por 100.000 nascidos vivos. No anexo é possível verificar o modelo da ficha de investigação utilizada pelo SINAN para o agravo: SÍFILIS EM GESTANTE.

Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2020, a incidência da pandemia por Covid-19 ocasionou a diminuição da taxa de detecção de sífilis em 24,1% quando comparada com o ano anterior - 2019. Todavia, no ano de 2021, a taxa de detecção da sífilis adquirida retornou ao nível pré-pandemia, com o registro de 78,5 casos por cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2022).

A pandemia do novo coronavírus, que se inscreve em uma lógica do capitalismo de tipo neoliberal, no Brasil, a situação de crise sanitária foi agravada pelas particularidades do contexto político, tendo em vista a ineficácia e a falta de comprometimento do governo de Jair Bolsonaro, que desde o início da pandemia, desenvolveu ações e discurso negacionista, negando inclusive, doença.

Para Mota (2021), a pandemia da Covid-19 no Brasil, além de ser uma crise sanitária, reflete uma situação de catástrofe social, potencializada pelas estratégias de enfrentamento da crise do capital, levadas a efeito pela burguesia, para reverter a queda da taxa de lucro por meio de iniciativas que redefinem a divisão internacional do trabalho e instituem renovadas formas de exploração do trabalho. Assim, pode-se afirmar que, o atual cenário brasileiro, confluem elementos que conferem unidade às expressões da crise do capital – suas dimensões econômica, social, política e sanitária – caracterizando-se como uma verdadeira “crise orgânica”.

Tais constatações agravaram ainda mais a saúde pública e contribuíram para o desvio da atenção das políticas públicas para a saúde das mulheres, inclusive gestantes e puérperas, que foram e ainda são consideradas grupos de risco para a Covid-19. Estudos indicam uma redução de 18% nos serviços de saúde materna, neonatal e reprodutiva no país durante a pandemia, o que afeta o acesso aos testes de sífilis e HIV, aos métodos contraceptivos, bem como à prevenção do câncer cervical e de mama (SOUZA, 2021). Como resultado, aumentam os casos de sífilis não tratados e ocorrem gravidezes não desejadas e abortos, que poderiam ser evitados com o adequado cuidado à saúde dessas mulheres.

A nível nacional, no tocante à relação entre homens e mulheres com sífilis, observou-se que, apesar de ter se mantido em torno de 1,5 por um longo período, houve um aumento significativo para 1,7 em 2020 e 2021, o que corresponde a 17 homens para cada 10 mulheres. Nota-se um aumento de 2,2 vezes na ocorrência de sífilis adquirida entre adolescentes (13 a 19

anos) comparando-se os anos de 2015 e 2021. Em 2021, houve uma relação de 17 homens para cada 10 mulheres com sífilis, mas entre os adolescentes, a proporção foi de sete homens para cada dez mulheres. Já entre as faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, a relação masculino-feminino foi de 1,9 e 2,2, respectivamente, com maior número de homens infectados do que mulheres (BRASIL, 2022).

Verificou-se um aumento progressivo na detecção de casos de sífilis adquirida até 2018, tendo depois se estabilizado, com exceção de 2020, quando se observou uma queda na taxa devido à pandemia de Covid-19. Na série histórica, a parcela predominante dos casos relatados envolveu indivíduos do sexo masculino (60,6%) e nas faixas etárias de 20 a 29 anos (35,6%) e 30 a 39 anos (22,3%).

O Ministério da Saúde revelou que não houve redução na detecção da SG devido aos impactos causados pela pandemia por Covid-19. Esse fato pode ser justificado pela constante manutenção da assistência pré-natal e do parto, que permitem a detecção e notificação da sífilis nas gestantes (BRASIL, 2022). Na particularidade de Campos dos Goytacazes, RJ, pressupunha-se que, durante os anos de 2020 e 2021, haveria redução de detecção do número de casos de SG no CTA, contudo, tais dados não foram confirmados, assemelhando a realidade campista à nacional

Em Campos dos Goytacazes, RJ, no ano de 2020, ano que foi declarado estado de Pandemia, foram contabilizados no CTA um total de 14 casos de SG. Em 2021, houve um aumento vertiginoso de SG, havendo um aumento para 57 casos, com incidência predominante no segundo semestre, 40 casos.

No entanto, não é uma especificidade da cidade de Campos, a SG e a sífilis congênita apresentaram um aumento considerável em algumas regiões do país, no curso da pandemia, conforme destaca o Ministério da Saúde. Em 2021, as regiões Sudeste e Sul registraram taxas de detecção de SG acima da média nacional, enquanto as taxas de incidência de sífilis congênita nas regiões Nordeste e Sudeste ultrapassaram a média do país. O estado do Rio de Janeiro registrou a maior taxa de detecção de SG e incidência de sífilis congênita, com 62,6 gestantes e 26,0 casos por 1.000 nascidos vivos, respectivamente, e um aumento de 6,6% em relação ao ano anterior (BRASIL, 2022). Tais dados apontam a necessidade de serem adotadas medidas efetivas para reduzir o número de casos de sífilis em todo o país, com ênfase na prevenção, diagnóstico e tratamento adequado, especialmente entre gestantes e adolescentes.

A elevada incidência da enfermidade está associada, de maneira direta, ao insucesso terapêutico, tanto em mulheres grávidas, quanto em seus companheiros, aumentando substancialmente o risco de reinfecção e transmissão vertical do agente patológico. Em

decorrência, esta ineficácia de tratamento está vinculada a não adesão ao procedimento adequado pelos parceiros, além da falta de abordagem sobre a questão, bem como ao abandono do pré-natal pelas gestantes, além da descontinuidade da terapia por falta de informações e cuidados médicos oportunos (ARANDIA; LEITE, 2022)

A fim de apontar possíveis causas e consequências da pandemia sobre a incidência de ISTs, Maia *et al* (2023) destacam que, no decorrer do ano de 2020, como resposta à urgência no combate à COVID-19, várias medidas emergenciais de saúde pública foram adotadas por meio de decretos municipais. Nessa situação, foi necessária a alocação de recursos extraordinários ao orçamento-programa vigente, deixando em segundo plano o financiamento de outras patologias expressivas que também requerem atenção devido à carência de profissionais, medicações e materiais. A falha na assistência em saúde em áreas importantes, em conjunto com as dificuldades enfrentadas pela Atenção Primária à Saúde, gerando escassez de recursos orçamentários, dificuldades em suprir demandas, ausência de vigilância epidemiológica específica e de teleconsultas, afetou o rastreamento, a identificação e a notificação das ISTs em questão. Os autores ainda apontam que, ante a situação, e considerando o cenário que se desenha nos próximos anos frente à pandemia, as ações devem ser intensificadas no rastreamento, na notificação e na identificação das ISTs, para atender adequadamente a população desassistida nos momentos mais críticos da pandemia da Covid-19 (MAIA *et al*, 2023).

Em estudo semelhante realizado na baixada fluminense sobre a sífilis durante a pandemia, Silva e Ott (2021) complementam que as disparidades nos dados coletados em 2020, em relação aos anos anteriores, podem afetar os registros de diagnóstico de pacientes com sífilis, pois muitos pacientes, reclusos em suas casas, deixam de buscar testes rápidos para ISTs, priorizando os testes para Covid-19. Conforme os resultados, constatou-se o crescimento dos índices epidemiológicos de sífilis.

A negligência em relação à prevenção e a falta de informações relevantes sobre a doença podem ser explicadas pela escassez de recursos financeiros e pela desinformação por parte dos responsáveis, que deixam de repassar esses conhecimentos. Dessa forma, é fundamental avaliar cada região em particular e estabelecer medidas eficientes de promoção da saúde, com enfoque em orientação e prevenção de ISTs. A pandemia da Covid-19 evidencia a importância dessas ações, especialmente em momentos críticos, pois a procura por testes pode ser ainda mais prejudicada.

Back, Pereira e Locatelli (2022) destacam ainda que a redução no diagnóstico de sífilis, em 2020, pode ser atribuída a diversos fatores, sendo um dos mais expressivos o início da

pandemia de COVID-19. Neste período, as incertezas acerca da doença, a falta de tratamento e suporte para pacientes, bem como o medo generalizado, possivelmente desencorajaram muitos indivíduos a procurar atendimento médico-sanitário. Destaca-se que o impacto da pandemia de COVID-19 não se restringiu aos pacientes infectados, pois colocou uma sobrecarga significativa em todo o sistema de saúde, que já operava próximo de seus limites. Cirurgias, consultas médicas, exames preventivos e de acompanhamento de doentes crônicos foram adiados ou cancelados, inclusive consultas de pré-natal, que foram substancialmente reduzidas. Essas interrupções podem ter consequências negativas para a saúde dos pacientes tanto no presente quanto no futuro. Diante desse cenário, é importante enfatizar que a normalização da situação exigirá um tempo significativo e altos investimentos em saúde pública. Além disso, é fundamental que as autoridades em saúde pública implementem medidas eficazes para garantir que os pacientes tenham acesso ao atendimento adequado e seguro, mesmo durante o período da pandemia de COVID-19.

No Brasil, a persistência da sífilis como questão de saúde pública é notável, tendo em vista que o acesso a diagnóstico e tratamento adequados na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) é limitado. Esse desafio é ampliado pelas mudanças desestruturantes da Atenção Primária à Saúde (APS) resultantes de novas modalidades de (des)financiamento do SUS em decorrência do contexto político-institucional. O novo modelo introduzido desde a promulgação da Emenda Constitucional n.º 95 (EC 95), em 2016, limitou os gastos públicos durante 20 anos em um cenário de crises sem precedentes. Como resultado, abre-se espaço para a desconstrução da universalidade no SUS, o que pode levar à ampliação das desigualdades e limitação de acesso, afetando negativamente o controle da sífilis (RAMON JR, 2022).

A EC 95, sancionada em 2016, fixou um novo regime fiscal para o Brasil que estabeleceu um limite de gastos públicos por 20 anos. Como consequência, as despesas federais, incluindo os investimentos destinados aos setores da saúde e educação, ficaram restritos ao valor do ano anterior, corrigido unicamente pela inflação do período. Essa restrição teve um impacto significativo e negativo na saúde pública brasileira. Ao limitar o investimento, os recursos não acompanham o aumento das necessidades da população, resultando em uma série de problemas, como a redução do orçamento destinado à saúde e a dificuldade de manter a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais e centros de saúde. O déficit orçamentário afeta o funcionamento desses serviços, refletindo em uma falta de equipamentos, remédios e profissionais qualificados para atender a população. Com isso, o tempo de espera em filas para consultas, exames e tratamentos tem se tornado maior e a atenção prestada a pacientes está cada vez mais precarizada. A precarização da saúde pública também atinge os profissionais que

atuam na área. A falta de recursos gera condições de trabalho extremamente precárias, como a remuneração insuficiente e a carência de insumos básicos, como luvas e máscaras, colocando em risco tanto os pacientes quanto os próprios profissionais.

Em decorrência dos problemas mencionados, muitas pessoas têm seus diagnósticos atrasados, recebem tratamentos inadequados ou não conseguem ser atendidas, o que gera aumento da mortalidade, especialmente entre as pessoas negras. Esta conjuntura também expõe, de modo acentuado, a vulnerabilidade das mulheres no acesso à saúde, especialmente em termos preventivos e curativos, sobretudo à luz de múltiplas desigualdades de gênero, classe e raça que as afetam.

Estudos já consideram que durante a pandemia da Covid-19, o acesso das mulheres à saúde reprodutiva foi impactado, o que resultou em um aumento significativo no número de casos de subnotificação de SG (MAIA *et al*, 2023; ZANELLA, 2022; SOUZA, 2021). O ministério da saúde ressalta que a notificação compulsória é uma obrigação legal para os profissionais de saúde que prestam assistência aos pacientes, conforme estabelecido pelo artigo 8º da Lei n.º 6.259 de 30 de outubro de 1975. Com o objetivo de combater a subnotificação de casos de SG, determina-se que todos os casos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser notificados como SG, e não como sífilis adquirida, conforme a necessidade de se seguir os protocolos de saúde (BRASIL, 2022).

No que tange a subnotificação Zanella (2022) destaca que a falta de registro adequado de uma doença ou condição é uma consequência da exigência instituída pelos sistemas de vigilância em saúde de notificação obrigatória. Esse procedimento implica que um profissional de saúde, público ou privado, preencha uma ficha com informações epidemiológicas ao se deparar com um caso positivo. Para o autor, a subnotificação ocorre quando casos existentes não são registrados, o que pode ser um obstáculo para a compreensão adequada das tendências epidemiológicas. As causas da subnotificação, tais como, falta de testes diagnósticos ou o desconhecimento da doença por parte dos profissionais de saúde, devem ser abordadas por meio de campanhas de saúde pública e políticas de saúde eficazes. É possível observar que o fenômeno da subnotificação incidiu diretamente tanto sobre casos anteriores ao período pandêmico quanto no índice de casos de SG nos períodos seguintes e analisados nesse estudo (2020/2021).

Zanella (2022) destaca que à medida que a epidemia de sífilis se torna mais complexa e os dados para descrevê-la se multiplicam, a subnotificação e suas incertezas tornam-se relevantes na interpretação das tendências epidemiológicas. No entanto, diferentemente de outros estudos, a subnotificação não impede a elaboração de representações para a epidemia de

sífilis no Brasil, mas exige atenção na interpretação e nas ações de intervenção propostas. Os dados epidemiológicos não são apenas formas de representação, mas também modos de intervir, porque o dado é produzido como uma realidade para a intervenção médica. Assim, a subnotificação é uma ausência produtiva, tanto para a compreensão dos processos que transformam doenças em epidemias quanto para a proposição de estratégias de intervenção na epidemia de sífilis.

Nos chama atenção o fato de que, ao analisarmos a listagem geral, principalmente após o ano de 2019, a condição IST/Sífilis Congênita aparece com considerável repetição (115 casos, conforme quadro a seguir). Deste modo, esse dado nos instigou a verificarmos se, nestes casos específicos, as mães<sup>42</sup> também se encontravam em tratamento.

**QUADRO 18: CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA**

<b>Condição</b>	<b>Total</b>
Sífilis Congênita	115
Mães com prontuários na listagem geral	39
<b>Mães encontradas após busca ativa dos prontuários</b>	<b>30</b>

Fonte: Elaboração própria (2023)

Desses, 39 prontuários encontravam-se na listagem e após a procura sua procura, 30 indicaram o atendimento para tratamento da SG. São dados que nos chamam a atenção pois, como toda criança com sífilis adquire a doença de sua mãe, se houver mais notificações de bebês do que de gestantes, conseqüentemente haverá subnotificação na categoria de gestantes.

**QUADRO 19: DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO DA MÃE APÓS BUSCA ATIVA DOS PRONTUÁRIOS**

<b>Condição</b>	<b>Total</b>
Sífilis gestacional	20
Sífilis Adquirida	6
ISTs gerais	4
<b>Total</b>	<b>30</b>

Fonte: Elaboração própria (2023)

Segundo Zanella (2021), para identificar a subnotificação, a nova metodologia adotada não se baseia mais na discrepância entre casos estimados e relatados, mas sim na diferença entre a taxa de detecção de SG e a incidência de sífilis congênita. Dessa forma, os dados classificados como "Sífilis em gestantes" tornaram-se uma fonte de referência para caracterizar a subnotificação. No entanto, esse novo enfoque pode apresentar algumas diferenças em relação à metodologia anterior. A comparação entre os dados notificados e estimados sugere a

<sup>42</sup> Na listagem geral é preenchido o nome das mães de cada paciente, nós não citamos anteriormente pois não é elemento para nosso estudo, sendo somente nesse caso excepcional. Contudo é importante dizer que nós não anotamos os nomes das mães das crianças cuja condição destacada era sífilis congênita, apenas conferimos se elas se encontravam na listagem. Em casos positivos e dentro do período estabelecido, anotamos apenas o número do prontuário e a partir disso, conforme as quadros 19 e 20 indica, fizemos os devidos destaques.

prevalência de casos, enquanto a comparação entre os indicadores se utiliza das taxas de incidência e detecção, que se referem aos novos casos registrados anualmente. Essa nova medida de subnotificação possui uma característica dinâmica, possibilitando avaliações anuais. A discrepância entre os índices de sífilis congênita e SG indica a presença de casos não detectados pelo sistema de vigilância.

Acresce-se que as circunstâncias pandêmicas contribuíram para a reestruturação do centro de referência, a fim de funcionar como um suporte para os pacientes com indícios de COVID-19. Essa constatação parece influenciar, com efeito, nas subestimativas verificadas nos dados acumulados. Observou-se, ademais, uma diminuição do comprometimento nas atividades educativas promovidas pelo CTA, em virtude de um longo período de isolamento no país. Tal situação pode ter contribuído para o aumento dos casos de infecções sexualmente transmissíveis nos anos posteriores a 2019, tendo em vista que o atraso no diagnóstico e a ausência de medidas preventivas podem ter levado ao contágio de outras pessoas. Assim, é possível constatar a relevância das atividades educativas, bem como seu impacto quantificado por meio do aumento da taxa de infecções passíveis de prevenção após o período em que estas foram limitadas em sua efetividade. Por meio da educação em saúde sexual e reprodutiva, é possível auxiliar a população na prevenção de inúmeras ISTs. Contudo, a adequação das informações a serem transmitidas varia em função do público-alvo, levando em conta, por exemplo, a faixa etária a ser contemplada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da história, homens e mulheres se depararam com a complexa relação entre saúde e doença, uma vez que a condição de sobrevivência não se restringe a fatores intrínsecos aos sujeitos, não se desvinculando das dimensões políticas, econômicas, culturais e sociais, bem como, ao contexto da vida. Nesse sentido, esta dissertação se propôs a realizar uma análise da incidência da sífilis em gestantes diagnosticadas no Centro de Testagem e Aconselhamento, do Programa Municipal IST/AIDS e Hepatites Virais, em Campos dos Goytacazes, RJ, no período de 2018 a 2021. Para o seu desenvolvimento recorreu-se as contribuições da epidemiologia latino-americana sobre a determinação social da saúde, com enfoque nas categorias raciais, classe, gênero e território.

Em relação ao debate das determinações sociais da saúde *versus* os determinantes sociais da saúde, abordado a partir das epidemiologia Latino-americana e Norte-americana, respectivamente, foi possível verificar mais dissensos do que consensos entre tais correntes. Entre os poucos consensos, destaca-se que ambas as correntes se aproximam, particularmente ao identificar que os processos sociais e variáveis socioeconômicas estão correlacionadas com o processo saúde-doença.

Contudo, a teoria dos determinantes sociais da saúde, abordagem assumida pela matriz hegemônica, referem-se às condições sociais, econômicas e ambientais que afetam o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e das populações. Segundo essa matriz, esses determinantes são influenciados por fatores macroestruturais, tais como, o modelo de desenvolvimento econômico, o sistema político e as políticas públicas em saúde. Além disso, os determinantes sociais da saúde levam em consideração a influência de diferentes grupos sociais e a importância de políticas que priorizem a equidade e a justiça social. Apesar de reconhecer a influência dos indicadores sociais na saúde, pauta-se por uma visão mais conservadora e inclinada ao discurso neoliberal.

A epidemiologia latino-americana, herdeira da tradição marxista que compreende que as relações sociais de produção e reprodução social, dentro do contexto capitalista, refletem contradições inerentes aos interesses antagônicos das classes em disputa, geradoras de desigualdades, compreende que as necessidades em saúde se vinculam a satisfação das necessidades sociais mais amplas da população, onde a dimensão histórico-social implica na construção de necessidades coletivas, dadas pelo desenvolvimento das forças produtivas, que estruturam padrões de reprodução social, determinando a inserção social dos sujeitos nesta sociabilidade, suas formas de viver e adoecer.

Tendo em vista que a dissertação pressupôs que o fenômeno mundial de avanço da sífilis se configura para além da perspectiva tradicional-conservadora da relação saúde-doença, uma vez que também está circunscrito as determinações sociais do processo de adoecimento, a opção pela ELA para analisar a determinação social da saúde ocorreu em detrimento da Epidemiologia norte-americana dos DSS.

Para a compreensão da realidade em questão, requereu-se uma abordagem epidemiológica, que reconhecesse a relevância dos elementos histórico-estruturais e conjunturais. Assim, o recurso à teoria da determinação social do processo saúde-doença possibilitou resgatar o caráter histórico da doença, bem como a sua estreita relação com os processos coletivos inerentes ao ser humano, privilegiando a análise das relações sociais, incluindo raça, classe, gênero e território, em contraposição a uma abordagem puramente biológica ou individualista.

Respondendo ao que se propõe nosso primeiro *objetivo específico* (*Estudar as contribuições da epidemiologia latino-americana a respeito da determinação social da saúde*), essa opção está ancorada na constatação de que a saúde é fortemente influenciada pelas condições socioeconômicas e políticas, o que requer uma análise mais complexa das relações sociais que se expressam nessas condições.

Além disso, a ELA enfatiza a importância dos determinantes estruturais, como as desigualdades sociais e econômicas, para compreender as desigualdades em saúde, e as medidas necessárias para reduzi-las, sendo a mais adequada para analisar e compreender a determinação social da saúde, especialmente em relação às categorias raça, classe, gênero e território, fundamentais para uma análise mais ampla e complexa do fenômeno de saúde-doença em uma perspectiva crítica e transformadora. Dado o exposto, entendemos que a referente epidemiologia foi a que melhor contribuiu para que pudéssemos “*Debater as categorias classe, raça, gênero e território do ponto de vista da determinação social da saúde, verificando sua influência e implicações na saúde das gestantes com sífilis na cidade de Campos dos Goytacazes, RJ.*”, de acordo com um dos nossos objetivos específicos.

Assim, buscamos discutir a sífilis em gestantes campistas inseridas no CTA como uma questão que transcende o âmbito exclusivamente biomédico, sendo necessário compreender também suas determinações sociais. Entendemos que esta é uma abordagem crucial para investigar como essa infecção, tão antiga, continua a se manter fora de controle, revelando-se como um problema de saúde pública que requer uma abordagem ampla e cuidadosa, uma vez que, se antes a vulnerabilidade era gerada por guerras e fome, hoje ela reflete a desigualdade social advinda do sistema econômico.

A abordagem da determinação social da saúde por meio da ELA reconhece que as condições econômicas e sociais nas quais as pessoas vivem, tanto no aspecto material quanto cultural, é capaz de influenciar sua saúde e bem-estar de forma significativa. A epidemiologia latino-americana enfatiza a necessidade de políticas públicas capazes de atuar diretamente nas raízes dos problemas e que, assim, possam contribuir para uma sociedade menos desigual e, conseqüentemente, mais saudável.

Os ideais socialistas sob o qual baseiam-se a ELA, propõem a luta contra a exploração da classe trabalhadora, a busca por igualdade social e distribuição justa de renda. Desta forma, a negligência no tratamento de doenças que afetam principalmente as populações mais pobres e vulneráveis, pode ser vista como uma consequência direta da falta de investimentos em saúde pública e da ausência de políticas igualitárias que atuem na prevenção e no tratamento de doenças.

Nesse sentido, reconhecemos a classe social como um importante fator de risco tanto de doenças como hipertensão, diabete, obesidade, como infecções sexualmente transmissíveis. Por considerar que a saúde das populações é influenciada pelas condições sociais, econômicas e políticas em que estão inseridas, a sífilis em gestantes é uma IST que evidencia essa premissa, uma vez que a sua incidência está diretamente associada às condições de vulnerabilidade social e a falta de acesso aos serviços de saúde adequados.

Ainda que reconheçamos que as gestantes mais pobres não sejam exclusivamente acometidas pela sífilis, é possível afirmar que, dentre os principais fatores de risco da doença e suas consequências, a classe trabalhadora, em situações de pobreza, se torna a mais vulnerável à sua difusão e isto fora observado em Campos dos Goytacazes, a partir do que fora verificado sobre escolaridade, raça, local de encaminhamento para o CTA, além da relação raça e território de moradia.

A abordagem epidemiológica latino-americana das determinações sociais do processo saúde-doença, aponta para a necessidade de compreender condições sociais que agravam a relação entre a dimensão raça e o processo de adoecimento, possibilitando uma compreensão mais precisa dos problemas e das intervenções necessárias para enfrentá-los. Ao particularizar o cenário campista, foi possível notar que a raça também é um dos elementos com maior impacto na saúde de grupos historicamente marginalizados, como negros, além de influenciar desigualdades de renda e acesso a bens e serviços. As desigualdades raciais estão presentes em diversas determinações do processo saúde *versus* doença, sobretudo em relação às condições socioeconômicas e aos ambientes urbanos. Por isso, a análise que considera a dimensão da raça

para a determinação social da saúde é fundamental para entender as bases sociais fundantes dessas vulnerabilidades e desigualdades.

Neste contexto, foi possível constatar que a exploração da mão de obra escravizada, enquanto forma de dominação, é fundante da desigualdade social, política e econômica que se instalou no Brasil, desde a tentativa de dominação dos índios até a escravização dos negros africanos.

A relação entre a sífilis em gestantes em mulheres negras, em Campos dos Goytacazes, RJ, considerou tais elementos e foi analisada a partir do processo sócio-histórico da cidade e da abordagem da epidemiologia latino-americana sobre a determinação social do processo saúde-doença.

Campos dos Goytacazes é uma cidade do interior do Rio de Janeiro com uma população, majoritariamente preta e parda, historicamente marcada pelo processo de escravização pelos movimentos migratórios do século XX. A cidade enfrenta desafios em relação à saúde pública, incluindo a alta incidência de doenças infecciosas como a sífilis, especialmente em gestantes negras. Nesse sentido, é necessário entender que a alta incidência de sífilis em gestantes negras, em Campos dos Goytacazes, além de não se desvencilhar do passado de exploração e violência relativas à população negra, está relacionada às desigualdades sociais e às limitações no acesso aos serviços de saúde de qualidade.

Assim, a falta de acesso à saúde e as condições de vida precárias das populações mais pobres, somadas à herança histórica da escravidão e ao descaso político-social, explicam o alto índice de gestantes com sífilis em Campos dos Goytacazes, revelando a iniquidade das condições de vida que determinam o processo de adoecimento da população.

A população preta e parda, em Campos dos Goytacazes, enfrenta diversas barreiras ao acesso aos serviços de saúde, incluindo a falta de investimentos no sistema público de saúde, a escassez de profissionais e de serviços específicos para o atendimento das necessidades dessa população, bem como a falta de informação sobre práticas preventivas e sobre a importância do acompanhamento pré-natal. Ademais, é relevante mencionar que a discriminação racial e o racismo estrutural na cidade também afetam as condições de vida e de saúde da população preta e parda, uma vez que estão expostas a maiores condições de vulnerabilidade que aumentam a sua probabilidade de adoecer.

Neste sentido, o processo histórico da cidade de Campos dos Goytacazes, que envolveu a escravidão, é visto como um fator determinante na precariedade das condições de vida das gestantes com sífilis. O sistema escravista instaurado na cidade e em todo o país foi um modelo exploratório baseado na coerção, punição e desigualdade social, em que os escravizados viviam

em condições precárias de trabalho e moradia. Essa situação refletiu na saúde dos escravizados e, posteriormente, dos seus descendentes, impactando no desenvolvimento social e econômico de Campos dos Goytacazes, conforme abordado e possibilitando o alcance do *segundo objetivo específico* desta dissertação (*Analisar as principais características sócio-demográficas da cidade de Campos dos Goytacazes, RJ, considerando as particularidades históricas da escravidão no município*).

Verificamos ainda que epidemiologia latino-americana tem compreendido que as desigualdades entre os gêneros, sobretudo a discriminação e a opressão sofrida pelas mulheres, são importantes fatores contribuintes para a ocorrência de diversas doenças e agravos à saúde. Isso ocorre porque a subordinação de gênero pode levar a uma perda de poder e de autonomia, tornando as mulheres mais vulneráveis a situações de violência, assédio e exploração, além de dificultar o acesso a bens e serviços essenciais para a saúde.

Essa abordagem também leva em conta que o gênero se manifesta de forma interseccional, ou seja, atravessado por outros fatores sociais, como raça/etnia, classe social e orientação sexual. Isso torna o impacto da desigualdade de gênero ainda mais evidente para grupos de mulheres que estão em uma posição social e política mais desfavorável.

Considerando a influência patriarcal na sociedade brasileira e na particularidade campista, na qual gênero é um aspecto evidenciado no contexto capitalista, as mulheres enfrentam, de forma generalizada, os impactos das assimetrias desiguais de poder, desigualdades sociais e de gênero. Essas condições de vulnerabilidade acarretam violações de direitos e influenciam relações familiares e sexuais, o que favorece a feminização da epidemia de sífilis. Além disso, o fortalecimento do conservadorismo compromete a democratização da saúde coletiva e de gênero.

No contexto apontado, a incidência de sífilis em gestantes tem aumentado no Brasil e, especificamente, em Campos dos Goytacazes, RJ, conforme evidencia o *terceiro objetivo específico* deste estudo (*Investigar a configuração da epidemia de sífilis em gestantes, em Campos dos Goytacazes, RJ*). A análise da sífilis em mulheres grávidas na cidade revela que os problemas sociais, historicamente construídos no país, estão integrados aos problemas de saúde dessas mulheres em decorrência da subalternidade de gênero, da violência, da inferiorização e da subserviência ao longo dos tempos, em que o patriarcado detém poder.

O subdistrito de Guarus representa um contexto propício para a manutenção da infecção, haja vista a predominância de mulheres trabalhadoras de baixa renda, moradias precárias, alta incidência de pobreza e violência e baixa mobilidade urbana. Desse modo, a incidência de sífilis em gestantes em Campos dos Goytacazes resulta do processo de pauperização da epidemia.

Portanto, para lidar com o problema da sífilis em gestantes negras, em Campos dos Goytacazes, é necessário adotar uma abordagem que considere as especificidades da cidade do ponto de vista sócio-histórico e cultural. É fundamental promover políticas públicas que garantam o acesso universal à saúde da população, em especial dos grupos mais vulneráveis, investir na formação de profissionais que possam atuar de forma adequada junto a essa população e combater a discriminação racial e o racismo estrutural. Além disso, é importante fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde, com campanhas que mobilizem as consciências e ações que estimulem a realização do pré-natal e o controle da sífilis nas gestantes.

A sociedade patriarcal perpetua a invisibilidade de mulheres e a sua histórica contribuição de forma significativa para a história da cidade. A invisibilidade das mulheres na história de Campos dos Goytacazes, tema a ser aprofundado em pesquisas futuras, contribui para a perpetuação do sexismo, que é uma forma de desigualdade social que coloca o gênero feminino em uma posição de subordinação social em relação ao gênero masculino. A pouca visibilidade das mulheres em livros de história e em monumentos públicos, entre outros espaços, tornam as mulheres figuras pouco presentes no passado da cidade, associando a história da cidade de Campos dos Goytacazes a figuras masculinas, brancas e poderosas que dominavam e decidiam o destino da cidade. Assim, a história da cidade passa a ser contada a partir de uma perspectiva predominantemente masculina, branca e elitista, o que invisibiliza as mulheres e outras camadas historicamente subalternas.

No contexto atual, é possível constatar que a população afrodescendente enxerga o impacto do racismo na sua vivência, incluindo a sua condição de saúde. Atrelado a esse fenômeno, o silêncio e a invisibilidade das experiências negras obstaculizam a percepção e a redução da sífilis em gestantes, dificultando a construção de ações coletivas para erradicá-la.

Embora não seja sua causa, a problemática da invisibilidade do quesito raça/cor nos documentos de saúde é um fator que contribui diretamente para o agravamento do racismo institucional sobre o qual discutimos. O referido quesito, torna-se um importante instrumento para a coleta de dados que permitiriam o monitoramento de desigualdades em saúde entre as diferentes populações raciais e étnicas. A ausência deste item nos formulários de saúde ou a ausência de seu preenchimento por profissionais de saúde, inviabiliza a identificação de possíveis disparidades e dificulta o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da equidade em saúde. Assim, a invisibilidade do quesito raça/cor nos formulários de saúde representa um importante barreira e não se dissocia do racismo institucional que se manifesta no sistema de saúde e dificulta a oferta de serviços equitativos e acessíveis para todos os segmentos da população.

Dado o exposto, importante destacar que a invisibilidade das mulheres na história de Campos dos Goytacazes acaba por perpetuar o racismo. As mulheres negras fizeram parte fundamental da história da cidade, especialmente no que diz respeito à escravidão e sua luta pela liberdade, mas são quase sempre esquecidas pela historiografia oficial. A falta de visibilidade das mulheres negras nas narrativas históricas colabora para a naturalização da opressão racial – um problema social que precisa ser combatido e transformado.

É indiscutível que a ausência de informações sobre raça/cor nos registros em saúde seja um elemento que dificulta a identificação e o monitoramento das desigualdades raciais em saúde e a elaboração de políticas eficazes para reduzi-las. No entanto, é importante destacar que tal ausência não pode ser atribuída exclusivamente a uma negligência ou omissão por parte dos/as profissionais de saúde, mas sim a um contexto histórico e político mais amplo que permeia as questões raciais no Brasil.

Em primeiro lugar, é preciso considerar que a discussão sobre raça no país tem uma longa trajetória de disputas ideológicas e conflitos sociais, que remetem ao período da escravidão e foi marcada por formas violentas e dissimuladas de exclusão e marginalização dos negros. Como resultado desse processo histórico, a questão racial adquiriu uma conotação delicada e se tornou um tabu em muitos segmentos sociais, inclusive dentro das instituições de saúde. Em segundo lugar, é importante lembrar que, apesar dos avanços na luta antirracista, o racismo permanece uma forma estrutural e institucionalizada de opressão no país, que se manifesta não só nas relações interpessoais, mas também em práticas e políticas públicas que perpetuam a exclusão e a desigualdade. Nesse sentido, a ausência do quesito raça/cor nos registros de saúde pode ser vista como um reflexo da invisibilidade e da subvalorização da identidade negra na sociedade brasileira.

Por fim, é preciso destacar que a incorporação do quesito raça/cor nos registros de saúde não é tão simples quanto parece, pois enfrenta resistências e dificuldades culturais e operacionais que afetam tanto os profissionais de saúde como a população em geral. Além disso, é importante ressaltar que a mera presença do quesito raça/cor não garante a efetivação de ações afirmativas e políticas de equidade em saúde, sendo necessário um esforço constante de sensibilização e capacitação dos profissionais para que possam incorporar a perspectiva da saúde da população negra em todas as etapas do atendimento.

Nesse sentido, para o enfrentamento destes elementos, nesta dissertação reconhecemos a importância da criação de cursos de formação continuada para os profissionais de saúde do CTA a respeito da dimensão racial, contribuindo para que o profissional tenha um olhar mais atento às questões raciais e suas consequências no cotidiano, haja vista seu potencial

significativo para contribuição e melhoria da qualidade da assistência prestada à população, em especial a residente no bairro com maior incidência de sífilis em gestantes. Além disso, a iniciativa também pode ter impacto positivo para: a própria instituição, no que tange a sistematização e o refinamento dos dados; para a comunidade acadêmica local, que poderá ter acesso a informações atualizadas acerca das práticas de controle e tratamento de ISTs.

Contudo, é importante destacar que essa sugestão é apenas uma possibilidade, tendo em vista a complexidade das questões envolvidas na promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres em situação de vulnerabilidade social. Nesse sentido, é necessário reforçar a importância de políticas públicas que visem à garantia do direito à saúde e à promoção da equidade entre os diferentes grupos sociais, inclusive das gestantes negras campistas, muitas vezes invisibilizadas nesses contextos.

Nesse contexto, complexo e multifacetado, é fundamental que as estratégias para a promoção da equidade em saúde sejam pautadas por uma análise crítica e contextualizada da questão racial, levando em conta não apenas os aspectos técnicos e normativos, mas também os elementos culturais, sociais e históricos que influenciam a dinâmica das relações raciais e a construção das desigualdades em saúde. São questões propostas de modo a “*oferecer subsídios para aprimoramento ao enfrentamento à sífilis gestacional em Campos dos Goytacazes, RJ*”, conforme salienta nosso quinto objetivo específico.

Por fim, considerando a magnitude do problema das ISTs no Município e a relevância de uma abordagem interdisciplinar, espera-se que a presente proposta de criação de cursos de formação continuada com um tema central que abarcasse a questão da sífilis gestacional e a população negra campista, a fim de contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida da população campista.

## REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **Revista São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392003000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 1 maio. 2023.

ABREU, Maria Helena Elpidio. **Território, política social e serviço social no contexto do social-liberalismo**. 313 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ACANDA, Jorge Luis. **Sociedade civil e hegemonia**. Tradução de Lisa Stuart. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2006.

ALBUQUERQUE, Cícero Ferreira de. **Casa, cana e poder**. Maceió: EDUFAL, 2009.

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 38, n. 103, p. 953-965, jan./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>. Acesso em: 2 jun. 2022.

ALMEIDA, Érica Terezinha Vieira de; CARVALHO, Pollyanna de Souza. Lutas sociais em Campos dos Goytacazes/RJ: o caso dos moradores das periferias. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL E NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL (ENPS), 7., 2019, Vitória. **Anais [...]**. Vitória: Editora da UFES, 2019.

ALMEIDA, Érica Terezinha Vieira de; SILVA, Pauline Aparecida Idelfonso Ferreira da. Classe, gênero e raça – as trabalhadoras negras na cidade de Campos dos Goytacazes (RJ). **Boletim Petróleo, Royalties e Região**, Campos dos Goytacazes, ano XV, n. 58, p. 32-39, dez. 2017.

ALMEIDA, Magali da Silva. Diversidade humana e racismo: notas para um debate radical no serviço social. **Argumentum**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 32-45, jan./dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/15764>. Acesso em: 15 set. 2022.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim! **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n.12, dez. 2021. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1597/mais-alem-da-determinacao-social-sobredeterminacao-sim>. Acesso em: 15 out. 2022.

ALVARENGA, Flávia Ribeiro de. **Formação sociohistórica do subdistrito de Guarus em Campos dos Goytacazes – RJ: um processo de segregação**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense, 2020.

ALVARENGA, Flávia Ribeiro de; SIQUEIRA, Antenora Maria da Mata. A segregação presente na cidade de Campos dos Goytacazes: as margens opostas do Rio Paraíba do Sul. **UCAM**, Campos dos Goytacazes, dez. 2019. Disponível em: <https://seminariodeintegracao.ucam-campos.br/wp->

content/uploads/2019/12/Asegrega%C3%A7%C3%A3o-presente-na-cidade-de-Campos-dos-Goytacazes-As-margensopostas-do-Rio-Para%C3%ADba-do-Sul.pdf. Acesso em: 2 jun. 2022.

ALVARENGA, Flávia Ribeiro de; SIQUEIRA, Antenora Maria da Mata; FARIA, Teresa Peixoto. A segregação racial em Guarus. In: XII Congresso Fluminense de iniciação Científica e tecnológica, V Congresso Fluminense de Pós-Graduação, 2020.

ALVES, Giovanni. **Dimensões da globalização: o capital e suas contradições**. 2. ed. Londrina: Praxis, 2001.

ALVES, Giovanni. **Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho**. 2. ed. Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007.

ALVES, Giovanni. *Trabalho e subjetividade: o metabolismo social da reestruturação produtiva do capital*. São Paulo: Boitempo, 2008.

ANES, Rodrigo Roncato Marques; BERNARDES, Cyntia Aparecida de Araújo; FERREIRA, Ione Mendes Silva. M. S. A Categoria Historicidade nas Pesquisas sobre Professores no Centro-Oeste. InterMeio: **Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação - UFMS**, v. 18, n. 36, 1 nov. 2016.

ANTUNES, Ricardo. **Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado (pandemia capital)**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão o novo proletariado de serviços na era digital**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2009.

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, [s. l.], v. 1, n. 123, p. 407- 427, jan./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n123/0101-6628-sssoc-123-0407.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.

ASSIS, Renan Lubanco. **Morador de Custodópolis e morador de Guarus: a moradia como um símbolo de estigma na cidade de Campos dos Goytacazes-Rj**. Tese (doutorado em sociologia política). Universidade Federal Fluminense. Centro de Ciências do Homem, 2016.

BACKI, Ana Luiza Gay; PEREIRA, Luiz Carlos Gomes; LOCATELLI, Claudriana. Incidência de sífilis na gestação antes e durante a pandemia da COVID-19 no estado de Santa Catarina e sua relação com o IDH. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, e248111537239, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37239>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz; 2009.

BARBOSA, Isabelle Ribeiro. Carga de doenças infecciosas e parasitárias na população negra do Brasil: a marca de um povo negligenciado. In: BARBOSA, Isabelle Ribeiro; AIQUOC, Kezauyn Miranda; SOUZA, Talita Araujo de. **Raça e**

**saúde:** múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil. Natal, RN: EDUFRN, 2021.

BARROSO, Milena Fernandes. Notas para o debate das relações de exploração-opressão na sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 446-462, set./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/7j9vg6SZxtg6bxSDqc9CHLd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2022.

BENTO, Maria Aparecida. A mulher negra no mercado de trabalho. **Revista Estudos Feministas**, [s. l.], n. 2, v. 3, jan./dez. 1995. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16466>. Acesso em: 11 ago. 2022.

BORDE, Elis; HERNANDEZ-ALVAREZ, Mario; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841-854, set. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000300841&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300841&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 2 jun. 2022.

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; SEVALHO, Gil. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 16, n. 3, jan./dez. 2022. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/939>. Acesso em: 12 ago. 2022.

BRASIL. **Conferência nacional de saúde, 1986**. Relatório final. Brasília: CNS, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm). Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para Organização e funcionamento dos CTA do Brasil**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro DE 2017. **Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde**. Brasília/DF, 2017. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html). Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Sífilis** – 2022. Brasília/DF, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços**. Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Avaliação de políticas públicas: reflexões acadêmicas sobre o desenvolvimento social e o combate à fome v.3: Assistência Social e territorialidades**. Brasília, DF: MDS, 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. **Relatório da 8.ª conferência nacional de saúde**. Brasília, DF: CNS, 1986.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e intelectualidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRITO, Carlos. **Brasil tem 18 casos de sífilis por hora, diz Ministério da Saúde**. G1, Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2020/02/08/brasil-tem-18-casos-de-sifilis-por-hora-diz-ministerio-da-saude.ghtml>. Acesso em: 15 de mai. 2023.

CALDANA, Nárima; DIAS, Cleusa Cascaes; WISS, Caroline Roland; CRUZ, Mariana de Carvalho; CASTRO, Victória Leoni Pardi de. Sífilis na gestação da adolescente em ribeirão preto: um Panorama da última década. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.1. p.926-934 jan/feb 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/22965#:~:text=CONCLUS%C3%83O%3A%20Observou%2Dse%20um%20crescimento,a%20preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20novos%20casos>. Acesso em: 20 maio 2023.

CAMILO, Cláudia; KAHHALE, Edna Maria Severino Peters; FERREIRA, Maria Luísa; SCHVEITZER, Mariana. Cuidado em território de exclusão social: covid-19 expõe marcas coloniais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 30, n. 2, e210023, jan./dez. 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sausoc/2021.v30n2/e210023/#:~:text=A%20intersec%C3%A7%C3%A3o%20de%20g%C3%AAnero%2C%20ra%C3%A7a,a%20cidade%20de%20Cubat%C3%A3o%2FSP>. Acesso em: 3 ago. 2022.

CARDOZO, Messias Araújo. O CONCEITO DE CLASSE SOCIAL: As contribuições de Marx e Thompson. **Revista piauiense de história social e do Trabalho**, [s. l.], ano 3, n. 4, jan./jul. 2017. Disponível em: <https://zenodo.org/record/1176426#.Y03OWnbMLIU>. Acesso em: 16 out. 2022.

CARLOTTO, Cássia Maria. Adoecimento no Trabalho, as mulheres na categoria de asseio e limpeza. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 6, n. 1, jul./dez. 2003. Acesso em: 7 jul. 2022.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio

de Janeiro, v. 34, n. 3, e00101417, jan./dez. 2018 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=en&nrm=iso). Disponível em: 12 ago. 2022.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 17, n. 49, p. 117-133, jan./dez. 2003. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/9948>. Acesso em: 2 ago. 2022.

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

CARVALHO, Giliane Alves de. Determinação social da saúde e serviço social no contexto da contrarreforma: do domínio às possibilidades de consciência crítica. **XVI Encontro nacional de pesquisadores em serviço social**, v. 16, n. 1, jan./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/index.php/abepss/article/view/22795>. Acesso em: 27 jun. 2022.

CASTELO, Rodrigo. **O social-liberalismo**: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal. 1. ed. São Paulo: Expressão popular, 2013.

CASTELO, Rodrigo; RIBEIRO, Vinicius; ROCAMORA, Guilherme de. Capitalismo dependente e as origens da “questão social” no Rio de Janeiro. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 137, p. 15-34, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.199>. Acesso em: 20 out. 2022.

CAVALCANTE, Gerlane Silva; PAULA, Maria Dulcilene do Nascimento Araujo de; NASCIMENTO, Natiele Silva, CONCEIÇÃO, Matilde da Silva; SOUZA, Christopher Wando da Silva; COSTA, Ruth Silva Lima da. Sífilis em gestantes no Acre: uma análise do período compreendido entre 2015 a 2020. *Rev Enferm Contemp.Out*, 2021, p. 233-240. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i2.3852>, Acesso em: 01 jun. 2023.

CHAVES, Helena Lúcia Augusto; ARCOVERDE, Ana Cristina Brito. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 141, p. 164-182, maio/ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/jK8Jvp8DJFPsS6FHGcBXSnt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2022.

CHAVES, Luís de Gonzaga Mendes. Minorias e seu estudo no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 149-168, jan./dez. 1970.

CHIZZOTTI, Antônio. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 16, n. 2, p. 221-236, 1979.

COMITÊ DOS Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Observación general n. 14. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. **UN**, [s. l.], 2000. Disponível em: [www.un.org](http://www.un.org). Acesso em: 12 ago. 2022. CONCEIÇÃO, Hayla Nunes da; CÂMARA, Joseneide Teixeira; PEREIRA, Beatriz Mourão. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, Out-Dez 2019. Disponível em: DOI: 10.1590/0103-1104201912313 Acesso em: 02 jun. 2023.

CORREIA, Daniel Martins; SOARES, Maryanne Ferreira; JÚNIOR, José Nunes de Oliveira; MACHADO, Michael Ferreira. Análise dos níveis de escolaridade nos casos de sífilis na gestação e sífilis congênita, no Brasil, 2010-2019. **Revista Saúde em Redes** (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 3, 2022. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3634#:~:text=Conclus%C3%B5es%3A%20Tradicionalmente%2C%20os%20casos%20de,preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20controle%20dessa%20IST>. Acesso em: 02 jun. 2023.

COUTINHO, Carlos Nelson. Cidadania e Modernidade. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 22, jan./dez. 1999. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/2087>. Acesso em: 22 jun. 2022.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan./dez. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2022.

CRUZ, Paulo Márcio. Democracia representativa e a democracia participativa. **Rev. Direitos Fundamentais & Justiça**, n. 13, p. 202-204, out./dez. 2010. Disponível em: <http://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/408/409>. Acesso em: 1 jun. 2022.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm. **Health Inequalities**, [s. l.], 1991. Disponível em: <https://health-inequalities.eu/jwddb/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>. Acesso em: 31 out. 2022.

DATA FAVELA. O mercado da maioria: periferia e diversidade como estratégia de negócio, 2020. **Health Inequalities**, [s. l.], 2022. Disponível em: <https://ilocomotiva.com.br/wp-content/uploads/2022/01/o-mercado-da-maioria.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2022.

ESTEVES, Francisco de Assis. **O Índio Goitacá à Economia do Petróleo: Uma Viagem pela História e Ecologia da Maior Restinga Protegida do Brasil**. Campos dos Goytacazes (RJ): Essentia Editora, 2011.

FALCÃO, Hully Guedes; TEIXEIRA, Simonne. **Construindo a história dos povos indígenas no norte e noroeste fluminense através do olhar dos viajantes**. XVI Encontro Nacional da APUH Rio – Memória Patrimônio. Rio de Janeiro, 19 a 23 de Julho de 2010.

FERRO, Neilda da Cunha Alves; OLIVEIRA, Thiago Soares de. **A escravidão africana em Campos dos Goytacazes: contexto histórico de resistência e coisificação do negro**. In: SILVEIRA, Éderson Luiz da. Os efeitos do autoritarismo: práticas, silenciamentos e resistência (im)possíveis. São Paulo: Pimenta Cultural, 2018.

FLAUZINA, Ana Luiza Pinheiro; PIRES, Thula Rafaela de Oliveira. Políticas da morte: Covid-19 e os labirintos da cidade negra. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, [s. l.], v. 10, n. 2, ago. 2020. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/6931>. Acesso em: 1 jul. 2022.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 41, n. 112, p. 63-76, jan./dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420171120>. Acesso em: 2 jun. 2022.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 37, n. 99, p. 571-579, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SwJT5SHMYty6dhTYvsGg/abstract/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em: 13 ago. 2022.

GOMES, Luís Emílio. **Entre déspotas e heróis : conflito pela terra em Campos dos Goytacazes e suas visões na historiografia (1674 – 1752)**. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense. Departamento de História, 2014

GONZAGA, Paula Rita Bacellar; CUNHA, Vivane Martins. Uma Pandemia Viral em Contexto de Racismo Estrutural: desvelando a generificação do genocídio negro. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 40, jan./dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003242819>. Acesso em: 7 ago. 2022.

GONZALES, Lélia. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, São Paulo, Anpocs, p. 223-244, jan./dez. 1984. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod\\_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%20-%20A9lia%20-%20Racismo\\_e\\_Sexismo\\_na\\_Cultura\\_Brasileira%20-%20281%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%20-%20A9lia%20-%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20-%20281%29.pdf). Acesso em: 5 out. 2022.

GONZALES, Lélia; HASENBALG, Carlos. **Lugar de negro**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982.

GOODE, Erica. For Good Health, It Helps To Be and Important. **The New York Times**, Nova Iorque, 1 jun. 1999.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.  
HASENBALG, Carlos Alfredo; SILVA, Nelson do Valle. **Estrutura social, mobilidade e raça**. Instituto de Pesquisas do Rio de Janeiro: Vértice, 1988

HERRERO, María Belén; DELUCA, Gerardo; FARAONE, SILVIA. *Desigualdades sociales, inequidades y enfermedades desatendidas: sífilis congénita en la agenda de salud internacional*. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(4), e300416, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/g8GywCy6FggZn5RwQZczwhP/?lang=es>. Acesso em: 12 maio 2023.

IANNI, Octávio. **A era do globalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

IBARRA, David. O neoliberalismo na America Latina. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 31, n. 2, p. 238-248, jan./dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-31572011000200004>. Acesso em: 12 ago. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. **Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e**

**Socioeconômica**, n. 41, p. 1-12, jan./dez. 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=2101681>. Acesso em: 18 ago. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estatísticas de gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil. 2. ed. **Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica**, [s. l.], 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios Contínuos**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=downloads>. Acesso em: 1 nov. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Os desafios do passado no trabalho doméstico do século XXI**: reflexões para o caso brasileiro a partir dos dados da PNAD contínua. Brasília/Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

IRIART, Célia Howard Waitzkin; BREILH, Jaime; ESTRADA, Alfredo; MERHY, Emerson Elías. Medicina social latinoamericana: aportes e desafios. **Rev. Americana de Salud Pública**, [s. l.], v. 2, n. 12, p. 128-136, 2002.

JESUS, Laís Gonçalves de; COSTA, Mônica Rodrigues. Impactos do Racismo na Subjetividade de Indivíduos Negros. **Ser Social**, [s. l.], v. 19, n. 41, p. 314-335, jan./dez. 2018. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/14942](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14942). Acesso em: 7 mar. 2022.

KAHHALE, Edna Peters; ROSA, Elisa Zaneratto. A construção de um saber crítico em psicologia. In: BOCK, Ana Maria Bahia; GONÇALVES, Maria da Graça Marchina. A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica. São Paulo: **Editora Cortez**, 2009. cap. 1, p. 19-53.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz. **Sofrimento no trabalho**: a construção social do adoecimento de trabalhadoras da saúde. 196 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

LAFETÁ, Kátia Regina Gandra; Hercílio Martelli, JÚNIOR; SILVEIRA, Marise Fagundes; PARANAÍBA, Lívia Máris Ribeiro. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Montes Claros, v. 19, 2016.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/dD66wTDCqQrXG3tzt6PqDYx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2023.

LAMEGO, Alberto Ribeiro. **O Homem e o Brejo**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1940.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (org.). **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

LEÃO, Adriana; BARROS, Sônia. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.3, p.572-586, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/48746/52820>. Acesso em: 20 mai. 2023.

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade**. Tradução Rubens Eduardo Frias. São Paulo: Centauro, 5ª Ed., 2001

LERNER, Gerda. **A criação do patriarcado**: história da opressão das mulheres pelos homens. Traduzido por Luiza Sellera. São Paulo: Cultrix, 2019.

LI, Sabrina L. *et al.* Maior risco de morte por COVID-19 em populações de baixa renda e não brancas de São Paulo, Brasil. **BMJ Saúde Global**, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/4/e004959>. Acesso em: 18 ago. 2022.

LIMA, Ângela Maria de Sousa. Os impactos da globalização no mundo do trabalho. **Revista Terra & Cultura: cadernos de Ensino e Pesquisa**, [s. l.], v. 20, n. 39, p. 32-49, abr. 2020. Disponível em: <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/1308>. Acesso em: 17 out. 2022.

LIMA, Júlio César França. O Banco Mundial, a Organização Mundial da Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. In: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (org.). **A demolição de direitos**: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2015. p. 233-253.

LIMA, Lana Lage da Gama. **Rebeldia negra e abolicionismo**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1981.

LISBOA, Teresa Kleba; MANFRINI, Daniele Beatriz. Cidadania e equidade de gênero: políticas públicas para mulheres excluídas dos direitos mínimos. **Katálysis**, v. 8, n. 1, p. 67-77, jan./jun. 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/7103/6570> Acesso em: 17 ago. 2022.

LOCOMOTIVA. As faces do racismo: um levantamento do instituto locomotiva para central única das favelas. **Locomotiva**, [s. l.], jan. 2022. Disponível em: <https://ilocomotiva.com.br/wp-content/uploads/2022/01/as-faces-do-racismo-2020.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

LUZ, Madel Therezinha. Ordem social do trabalho. In: NOGUEIRA, Roberto Passos. **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

MACEDO, Camila Cristine Almeida de. **Concepções sobre o processo saúde-doença dos assistentes sociais das unidades básicas de saúde da supervisão Lapa/Pinheiros (SMSSP/2014)**: implicações para a prática profissional. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUC/SP, São Paulo, 2015.

MACEDO, Vilma Costa de et al. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo casocontrole. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 78, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000100268&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000100268&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 3 abr. 2023

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e Estado. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 355-371, jan./dez. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406757011009>. Acesso em: 20 ago. 2022.

MAGALHAES, Daniela Mendes dos Santos et al . Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, Jun. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 jun. 2023.

MAIA, Isabela Mendes; SOARES, Anne Caroline Frota; SIQUEIRA, José Matheus Macedo Torquato de; OLIVEIRA, Luana Pereira de; MARTINS, Italo Rossi Roseno. A pandemia da COVID-19 como limitador do rastreamento das infecções sexualmente transmissíveis no semiárido do Piauí. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, e19612240101, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40101> Acesso em: 01 jun. 2023.

MAIA, Kenia Soares; ZAMORA, Maria Helena Navas; BAPTISTA, Rachel Fontes. Reflexões sobre o racismo em Campos dos Goytacazes: um olhar existencialista sobre a descolonização. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 105-112, jan./dez. 2019. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/39434/1/2019\\_art\\_ksmaiamhznzamor.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/39434/1/2019_art_ksmaiamhznzamor.pdf). Acesso em: 12 jun. 2022.

MARX, Karl. **Grundrisse**: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Tradução de Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital. Traduzido por Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MEDEIROS, Clara Lua Silva; SILVA, Marcelo Wener. Mobilidade Urbana e Participação Popular em Campos dos Goytacazes-RJ. In: **XVII ENANPUR**. São Paulo, 2017. Disponível em:

[http://anpur.org.br/xviienanpur/principal/publicacoes/XVII.ENANPUR\\_Anais/ST\\_Sessoes\\_Tematicas/ST%202/ST%202.4/ST%202.4-03.pdf](http://anpur.org.br/xviienanpur/principal/publicacoes/XVII.ENANPUR_Anais/ST_Sessoes_Tematicas/ST%202/ST%202.4/ST%202.4-03.pdf). Acesso em 3 abr. 2023.

MENDONÇA, Henrique Pereira Freitas. **A problemática da saúde na sociedade capitalista e suas implicações no processo de adoecimento dos trabalhadores brasileiros**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal Alagoas, Maceió, 2017.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Determinação social, não! Por quê? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 12, jan./dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00010721>. Acesso em: 2 mar. 2022.

MOTA, Ana Elizabete. Crise Contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, 2010.

MOTA, Ana Elizabete. **Crise sanitária, políticas públicas e sociabilidade:** desafios ao Serviço Social brasileiro. *In:* Diálogos do cotidiano – Assistente social Reflexões sobre o cotidiano profissional. Caderno 1, CFESS, Brasília (DF), 2021

MOTTA, Daniele. Do universal ao específico : entrelaçando gênero, raça e classe. **Cadernos Cemarx**, Campinas, SP, n. 11, p. 71-88, jan./dez. 2018. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/cemarx/article/view/11291>. Acesso em: 29 jun. 2022.

NASCIMENTO, Ana Maria Guedes do; BARBOSA, Constança Simões; MEDRADO, Benedito. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de AIDS. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 1, p. 77-86, Mar. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292005000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100010&lng=en&nrm=iso). Acesso em 05 de jun. 2023.

NASCIMENTO, Tamires Guimarães do; GONÇALVES, Renata. Entre a divisão sexual e a divisão racial do trabalho: a precarização das relações de trabalho das mulheres negras. **O Público e o Privado**, n. 40, p. 271-287, set./dez. 2021. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/opublicoeoprivado/article/view/7461>. Acesso em: 21 ago. 2022.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1996.

NETTO, José Paulo. Uma face contemporânea da barbárie. *In:* BRAZ, Marcelo (org.). **José Paulo Netto: ensaios de um marxista sem repouso**. São Paulo: Cortez, 2017. p. 56-88.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 1. ed. São Paulo. Cortez, 2006.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei; PASSOS, Rachel Gouveia. A divisão sociossexual e racial do trabalho no cenário de epidemia do Covid-19: considerações a partir de Heleieth Saffioti. **Caderno CRH**, v. 33, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v33i0.36118>. Acesso em: 14 ago. 2022.

NOGUEIRA, Danielle de Oliveira. **Determinação social da saúde e Serviço Social:** contribuições para o debate. 95 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual Paulista, Franca, 2017.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Desigualdades na visão sanitária. **Ipea/Diest**, [s. l.], 2022. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/151/o/Desigualdades\\_na\\_vis%C3%A3o\\_sanit%C3%A1ria\\_-\\_BIO%3%89TICA\\_2.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/151/o/Desigualdades_na_vis%C3%A3o_sanit%C3%A1ria_-_BIO%3%89TICA_2.pdf). Acesso em : 22 ago. 2022.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Determinantes Sociais da Saúde: o embate teórico e o direito à saúde. **Revista de Políticas Públicas**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 481-491, jul./dez. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3211/321129114020.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2022.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 24, n. 4, p. 681-694, Dez. 2015. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000400681&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400681&lng=en&nrm=iso). Acesso em 28 maio 2023.

NUNES, Nilza Rogéria de Andrade. Mulher de favela: interseccionalidades e territorialidades. **Em pauta**, Rio de Janeiro, n. 47, v. 19, p. 103-120, jan./jul. 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/56073>. Acesso em: 12 ago. 2022.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque S. de. Direito à saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento. **Revista CEJ**, [s. l.], v. 14, n. 48, p. 92-100, mar. 2010. Disponível em: <https://revistacej.cjf.jus.br/cej/index.php/revcej/article/view/1151>. Acesso em: 22 ago. 2022.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra: Brasil ano 2001**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

OSÓRIO, Rafael Guerreiro. **A desigualdade racial no Brasil, nas três últimas décadas**. Brasília, Rio de Janeiro: IPEA, 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **Contribuições do marxismo para reforma sanitária brasileira (RSB)**. In: Pereira, M.F; Silva, M.D.F (ORG). Recortes do pensamento marxista em saúde. Brasília, 2006

PASSOS, Willian Souza. **Cana-de-açúcar, petróleo e as grandes intervenções regionais recentes: projetos setoriais em disputa no campo dos discursos regionalistas de desenvolvimento de Campos dos Goytacazes**. 2011. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Norte Fluminense, 2011.

PETTRES, Andreia Assmann; ROS, Marco Aurélio da. A determinação social da saúde e a promoção da Saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina (ACM)**, [s. l.], v. 47, n. 3, jan./dez. 2018. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/375>. Acesso em: 1 jun. 2022.

PREFEITURA Municipal de Campos. **Perfil Campos, 2018**. Disponível em: <https://www.campos.rj.gov.br/newdocs/1542233062PERFILCAMPOS2018.pdf>. Acesso em 13 jun. 2023.

PRONI, Marcelo Weishaupt; GOMES, Darcilene Cláudio. Precariedade ocupacional: uma questão de gênero e raça. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 29, n. 85, p. 137-151, dez. 2015. Disponível em: [http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142015000300010&lng=en&nrm=iso](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142015000300010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 8 jul. 2022.

RAMOS JR., Alberto Novaes. Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. PT069022, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HHKTNLdmXsxZwNYmPKsQkpC/?lang=en#>. Acesso em: 12 jun. 2023.

RAMOS, Manuelli Batista. **Racismo Institucional e Movimentos Negros: resistências e coexistências em campos dos Goytacazes/RJ**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Urbano, Ambiente e Políticas Públicas, Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes, 2020.

REINEHR, Jaciane Pimentel Milanezi. **SILÊNCIOS E CONFRONTOS**: a saúde da população negra em burocracias do Sistema Único de Saúde (SUS). Tese (Doutorado). Programa de PósGraduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 2019.

RIBEIRO, Rafaela Machado. **Negro e seu mundo**: Vida e trabalho no pós-Abolição em Campos dos Goytacazes (1883-1893). Dissertação (mestrado) – Universidade do Norte Fluminense, 2012.

RISSO, Sergio Rangel. **Saúde pública em campos dos Goytacazes**: da epidemia de cólera de 1855 às políticas de saúde na república velha (1855-1930). Dissertação (mestrado). Universidade Federal Fluminense. Centro de Ciências do Homem, 2006.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde". **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n.1, p. 129-135, jan./dez. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361035361017>. Acesso em: 10 ago. 2022.

ROSA, Cristiane Quadrado da; SILVEIRA, Denise Silva da; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 977-984, Dez. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000600977&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600977&lng=en&nrm=iso). Acesso em 20 maio 2023.

SABINO, M. Fundamentos ontológicos do trabalho em Marx: trabalho útil – concreto e trabalho abstrato. **Revista Online do Museu de Lanifícios da Universidade da Beira Interior**, [s. l.], n. 3, p. 135-147, jan./dez. 2014.

SAFFIOTI, Heleieth. **O Poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Epidemiologia da imprecisão**: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1998.

SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos.; COELHO, Thereza Christina Bahia.; ARAÚJO, Edna Maria de. Identificação racial e a produção da informação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, p. 341–356, abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zXf8X69fsshHLhqsRLr7Rdm/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 21 abr. 2023.

SANTOS, Josiane Soares. **Particularidades da “questão social” no capitalismo brasileiro**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

SANTOS, Maria Emília Vasconcelos dos. **Revista Aurora**, Marília, SP, v. 8 n. 2, 2015: Pensamento Social e Políticas Públicas. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/aurora/issue/view/321>. Acesso em: 3 jun. 2023.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 6. ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Record, 2001.

SCLIAR, Moacir. História do conceito de saúde. **Physys: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, p. 29-41, 2007.

SILVA, Anderson Luiz Barreto da Silva. **Religiões afro-brasileiras em campos dos Goytacazes: territórios, conflitos e resistência**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense, 2020.

SILVA, Jhon Lenon Jardim da; PINHEIRO, Patrícia; FREITAS, Milena Cordeiro de; ARAÚJO, Rosemary Negreiros de; SILVA, Maria Helena Cariaga. Serviço Social, Território e Questão Social: uma revisão teórica-metodológica. **Revista de Casos e Consultoria**, V. 13, N. 1, e131 30418, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/30418/16234>. Acesso em: 23 maio 2023.

SILVA, Letícia Batista; BICUDO, Valéria. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. *In: SANTOS, Tatiane Valeria Cardoso dos; SILVA, Letícia Batista; MACHADO, Thiago de Oliveira (org.). Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises*. Rio de Janeiro: Mórula, 2022.

SILVA, Jéssica Coelho Balmant; OTTO, Thiely Rodrigues. Sífilis: índices epidemiológicos e controle em Duque de Caxias, no Rio de Janeiro, durante a pandemia pelo covid-19. **Revista Brasileira de Biomedicina – RBB**, v.1, n.1 jun./dez. 2021. Disponível em: <https://revistadabiomedicina.com.br/index.php/12222/article/view/64>. Acesso em: 29 maio 2023.

SILVA, Scheila Ribeiro de Abreu e; NOGUEIRA, Sonia Martins de Almeida. Juventude e trabalho: o contraste entre a riqueza e a pobreza no mundo do petróleo. *In: V Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira* e publicado nos Anais, 2012 [online], Disponível em: [http://www.unicap.br/jubra/?page\\_id=1334](http://www.unicap.br/jubra/?page_id=1334). Acesso em: 20 jun. 2023.

SILVEIRA, Amanda Teixeira. Economia solidária e as relações de trabalho da rede de coletivos fora do eixo. *In: FERNANDES, Vinícius T.; ESQUENAZI, Arelys; MORAES, Lívia de Cássia G. (org.). Trabalho e práxis: novas configurações, velhos dilemas*. São Paulo: Lutas Anticapital, 2021.

SILVEIRA, Camila Rocha; COSTA, Letícia Falkenbach; FERNANDES, Morgana Thais Carollo; FONTENELE, Raquel Malta. Papel do enfermeiro na inserção dos parceiros no pré-natal e tratamento de gestantes com sífilis. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health**, 12(11), e4741. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4741> . Acesso em: 01 jun. 2023.

SOARES, Márcio de Souza. Presença africana e arranjos matrimoniais entre os escravos. **História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 52, p. 75-90, jan./jun. 2010. Disponível em: [revistas.ufpr.br/historia/article/download/24110/16136](https://revistas.ufpr.br/historia/article/download/24110/16136). Acesso em 21 mai 2023.

SOUZA, Diego de Oliveira. O caráter ontológico da determinação social da saúde . **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 137, p. 174-191, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/sgbDYT48WL6CBnmVVcTRvpR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SOUZA, Nilene dos Santos. **Sífilis em gestantes como expressão da questão social: um estudo a partir do Programa Municipal IST/AIDS em Campos dos Goytacazes (RJ)**. Campos dos Goytacazes (RJ): [s.n.], 2021. Trabalho de Conclusão de Curso. Bacharel em Serviço Social. Universidade Federal Fluminense. 2021.

SOUZA, Nilene dos Santos; MORAES, Carlos Antonio de Souza. Determinantes Sociais Da Saúde E sífilis Gestacional: Estudo Realizado No Programa Municipal IST/Aids, No Norte Fluminense. **Sociedade em Debate**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 197-212, 2021. DOI: 10.47208/sd.v27i3.2960. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2960>. Acesso em: 22 maio 2023.

SPOSATI, Aldaíza. Território e gestão de políticas sociais. **Serviço Social em Revista**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 05–18, 2013. DOI: 10.5433/1679-4842.2013v16n1p05. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/18423>. Acesso em: 22 mai. 2023.

TELLES, Edward. **O significado da raça na sociedade brasileira**. Traduzido por Ana Arruda Callado. [s. l.]: Revela, 2012. Disponível em: [http://www.fals.com.br/revela/revela028/edicoesanteriores/ed17/RESENHA\\_XVII.pdf](http://www.fals.com.br/revela/revela028/edicoesanteriores/ed17/RESENHA_XVII.pdf). Acesso em: 1 nov. 2022.

TOMASI, Elaine *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en&nrm=iso). Acesso em 16 abr. 2023

TORRES, Amélia Romana Almeida; CHAGAS, Maristela Inês Osawa; MOREIRA, Andrea Carvalho Araújo; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; RODRIGUES, Eryka Maria. O adoecimento no trabalho: repercussões na vida do trabalhador e de sua família. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, [s. l.], v. 10, n. 1, 2013. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/142>. Acesso em: 8 jul. 2022.

TRABALHO, TERRITÓRIO e covid-19 no MSP. **Pólis**, São Paulo, maio 2021. Disponível em: <https://polis.org.br/estudos/trabalho-territorio-e-covid-no-msp/>. Acesso em: 7 jul. 2022.

VASCONCELOS, Marcos Estevam; OLIVEIRA, Mateus Fernandes de. O combate a ociosidade e a marginalização dos libertos no pós-emancipação. **CES Revista**, v. 25, Juiz de Fora, 2011.

VIANA, Nildo. **A Teoria das Classes Sociais em Karl Marx**. Florianópolis: Bookess, 2012.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 mai. 2023.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>. Acesso em: 12 jul. 2022.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social & Sociedade**, n. 110, p. 288-322, jan./dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000200005>. Acesso em: 13 ago. 2022.

ZANELLA, Eduardo Doering. **Mas afinal, por que a sífilis cresce?** Etnografia de uma epidemia reemergente no Brasil. Tese (Doutorado) - Programa de PósGraduação do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, BR-RS, 2022.

ZANELLA, Eduardo Doering. Transformando uma doença em dados: a produção epidemiológica da sífilis no sistema de vigilância no Brasil In: **Anais** da VIII Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia. VIII ReACT, UFSCar, nov. de 2021. Disponível em: <https://ocs.ige.unicamp.br/ojs/react/article/view/3834>. Acesso em: 15 jun. 2022.

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE INVESTIGAÇÃO DO SINAN DE SÍFILIS EM GESTANTE

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE		Nº		
<b>Definição de caso:</b>						
<b>Situação 1</b> - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio.						
<b>Situação 2</b> - Mulher sintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação.						
a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.						
<b>Situação 3</b> - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.						
* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		SÍFILIS EM GESTANTE		
	3	Código (CID10)	Data da Notificação			
	4	UF	5	Município de Notificação		
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		
	7	Data do Diagnóstico		Código (IBGE)		
	8	Nome do Paciente		9	Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	11	Sexo	F - Feminino	
Dados de Residência	12	Gestante		13	Raça/Cor	
	14	Escolaridade		15	Número do Cartão SUS	
	16	Nome da mãe		17	UF	
	18	Município de Residência		19	Distrito	
Dados Complementares do Caso	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)	
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	
	27	CEP		28	(DDD) Telefone	
Ant. epid. gestante	29	Zona		30	País (se residente fora do Brasil)	
	31	Ocupação		32	UF	
	33	Município de realização do Pré-Natal		34	Unidade de realização do pré-natal: Código	
	35	Nº da Gestante no SISPRENATAL		36	Classificação Clínica	
Dados laboratoriais	37	Teste não treponêmico no pré-natal		38	Título	
	39	Data		40	Teste treponêmico no pré-natal	
	41	Esquema de tratamento prescrito à gestante		42	Parceiro tratado concomitantemente à gestante	
	43	Esquema de tratamento prescrito ao parceiro		44	Parceiro tratado concomitantemente à gestante	
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	45	Esquema de tratamento prescrito ao parceiro		46	Parceiro tratado concomitantemente à gestante	
	47	Esquema de tratamento prescrito ao parceiro		48	Parceiro tratado concomitantemente à gestante	
	49	Esquema de tratamento prescrito ao parceiro		50	Parceiro tratado concomitantemente à gestante	
	51	Esquema de tratamento prescrito ao parceiro		52	Parceiro tratado concomitantemente à gestante	

## ANEXO 2: PRONTUÁRIO ÚNICO DO CTA CAMPOS, RJ (FOLHA 1)



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES**  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SUS  
 PROGRAMA MUNICIPAL DST/AIDS/HEPATITES VIRAIS



## FORMULÁRIO DE ACOLHIMENTO - ABERTURA PRONTUÁRIO ÚNICO - 2022

**HIV/AIDS:** Adulto ( ) Infantil ( ) / **DIP:** Adulto ( ) Infantil ( ) / **IST** ( ) / **SIFILIS** ( )

**SÍFILIS CONGÊNITA** ( ) **HEPAT. VIRAIS** B ( ) C ( ) / **PREP** ( ) **MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**PRONTUÁRIO ÚNICO Nº:** \_\_\_\_\_ **DATA DE ABERTURA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:**

( ) Rede SUS: \_\_\_\_\_ ( ) Rede Particular ( ) Espontânea ( ) Transferência/local: \_\_\_\_\_

Quando soube do diagnóstico?: \_\_\_\_\_

**D) IDENTIFICAÇÃO:** Nome: \_\_\_\_\_

Nome social: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F - Gestante? ( ) Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local Nasc. \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Raça/cor: ( ) Branca ( ) preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena

Filiação: \_\_\_\_\_

d) Escolaridade: \_\_\_\_\_

e) Endereço: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

f) Tel. de contato ( ) \_\_\_\_\_ g) Doc. de Identidade: \_\_\_\_\_

D. EXP. \_\_\_\_\_ O. EXP. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ PIS/NIT \_\_\_\_\_

CTPS: \_\_\_\_\_ **CARTÃO NACIONAL DO SUS:** \_\_\_\_\_

**No caso de criança:**

Responsável Legal? ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Outro? \_\_\_\_\_

Dados do Responsável Legal: RG: \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Existe algum CUIDADOR que não seja responsável legal? ( ) Sim ( ) Não

Nome do CUIDADOR? \_\_\_\_\_ RG? \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Tel. contato? \_\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA CONTATO PESSOAL EM CASO DE URGÊNCIA**

Autorizo a equipe técnica do SAE a estabelecer contato comigo, ou com pessoa(s) por mim autorizada(s) através de:

**Contato telefônico** ( ) sim ( ) não / **Visita domiciliar** ( ) sim ( ) não / **Email** ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_

**Pessoas autorizadas para contatos (nome/parentesco/telefones):**

1) Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

2) Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Ass. Paciente ou Responsável

Rua Conselheiro Otaviano, 241 – Centro CEP: 28010-140  
 Telefones CTA/SAE: (22) 981751647 . Coordenação/fax: (22) 981751715  
 Campos dos Goytacazes - RJ

**ANEXO 3: PRONTUÁRIO ÚNICO DO CTA CAMPOS, RJ  
(FOLHA 2)**



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SUS  
PROGRAMA MUNICIPAL DST/AIDS/HEPATITES VIRAIS



**ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL**

Queixa: ( ) Sim ( ) Não Especificação: \_\_\_\_\_

História de doenças passadas: \_\_\_\_\_

História de sífilis/IST: ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_ Tratada? \_\_\_\_\_

( ) Consulta ginecológica ou urológica. ( ) Métodos contraceptivos ( ) Desejo ter filho

( ) Estado sorológico (parceiro/a e filho/a) \_\_\_\_\_

História de doença familiar: \_\_\_\_\_

Comorbidade(s): ( ) DM ( ) HAS ( ) Hepatite ( ) Câncer ( ) Insuf. Renal ( ) Outra(s) \_\_\_\_\_

Uso de medicamento: \_\_\_\_\_

Uso de tabaco ( ) álcool ( ) Se sim, frequência: \_\_\_\_\_

Uso de droga ilícita: ( ) Maconha ( ) Crack ( ) Cocaína ( ) Heroína ( ) Outro(s) \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos/alimentos/outras: \_\_\_\_\_

1-Orientação Sexual: ( ) heterossexual ( ) bissexual ( ) homossexual

2-Parcerias: ( ) fixo ( ) eventual ( ) atualmente sem ( ) não

3-Uso de preservativos ou outro método de prevenção: ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_

4- Imunizações/cartão vacinal atualizado: ( ) Sim ( ) Não ( ) Anti-HBS REAGENTE

4-Trouxe algum exame: ( ) HIV ( ) sífilis ( ) Hepatites B ( ) Hepatite C

Dados relevantes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CRIANÇA**

Dados ao nascer: Apgar 1º Min. \_\_\_\_\_ 5º Min.: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

Perímetro abdominal: \_\_\_\_\_ perímetro cefálico: \_\_\_\_\_ Perímetro torácico: \_\_\_\_\_

- Realizou o acompanhamento para prevenção da Trans. Vert. Pelo HIV/AIDS? \_\_\_\_\_

- Foi solicitado e feito os exames de Carga Viral e CD4/CD8? \_\_\_\_\_

- Data e Resultado: \_\_\_\_\_

- Período gestacional que iniciou a TARV e respectivas medicações: \_\_\_\_\_

- Tipo de parto: ( ) Normal ( ) Cesariana

- O recém nascido esta utilizando o AZT solução? Qual a forma de administração? \_\_\_\_\_

- Foi ofertado ao RN o aleitamento materno cruzado? \_\_\_\_\_

- Quais imunizações foram realizadas até o momento? \_\_\_\_\_

- Mãe portadora de outras ISTs ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

- Intercorrências durante e na pós-parto? \_\_\_\_\_

- Colheu carga viral na maternidade? ( ) sim ( ) não ( ) 1º ( ) 2º

Data do 1º atendimento da categoria profissional?

ENFERMAGEM	SERVIÇO SOCIAL	PSICOLOGIA	NUTRIÇÃO	FARMÁCIA	MÉDICO
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

Ass. Paciente ou Responsável

Ass. do Profissional

Rua Conselheiro Otaviano, 241 – Centro CEP: 28010-140  
Telefones CTA/SAE: (22) 981751647 . Coordenação/fax: (22) 981751715