

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA NO SETOR DE SAÚDE

SORAIA CASSIA MORATO SIMÕES

**VULNERABILIDADE SOCIAL E SÍFILIS CONGÊNITA**

Belo Horizonte  
2019

**SORAIA CASSIA MORATO SIMÕES**

**VULNERABILIDADE SOCIAL E SÍFILIS CONGÊNITA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública no Setor de Saúde.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ms. Neiva Andrade Caires

Belo Horizonte  
2019



**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Faculdade de Ciências Econômicas**  
**Departamento de Ciências Administrativas**  
**Curso de Especialização em Gestão Pública no Setor da Saúde**

ATA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO da Senhora **Soraia Cássia Morato Simões**, REGISTRO Nº2017759885. No dia 13/04/2019 às 13:20 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Gestão Pública, para julgar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "**Vulnerabilidade Social e Sífilis Congênita**", requisito para a obtenção do **Título de Especialista**. Abrindo a sessão, a orientadora e Presidente da Comissão, Neiva dos Santos Andrade após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares de apresentação do TCC, passou a palavra à aluna para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, seguido das respostas da aluna. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da aluna e do público, para avaliação do TCC, que foi considerado:

( ) APROVADO

(X) APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA - PRAZO MÁXIMO DE 7 (SETE) DIAS

( ) NÃO APROVADO

81 pontos (oventa e um) trabalhos com nota maior ou igual a 60 serão considerados aprovados.

O resultado final foi comunicado publicamente ao aluno pelo orientador e Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Senhora Presidente encerrou a reunião e lavrou presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 13/04/2019.

Profa. Neiva dos Santos Andrade  
(Orientadora)

Neiva dos Santos Andrade

Prof. João Francisco

João Francisco

Profa. Daniele Oliveira Xavier

Daniele Oliveira Xavier



**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Faculdade de Ciências Econômicas**  
**Departamento de Ciências Administrativas**  
**Curso de Especialização em Gestão Pública no Setor da Saúde**

**MODIFICAÇÃO EM TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**


Modificações exigidas no TCC da aluna **Soraia Cássia Morato Simões**, número de matrícula 2017759885.

Modificações solicitadas:

Incluir gráficos. Destacar a vulnerabilidade, ou seja, resaltar que o SUS não é para pessoas "pobres". Retirar os dados de 2019, já que nos são comparáveis. Melhorar os termos coloquiais no trabalho. Incluir autores como Miriam Abramovay e Lyportaki.

O prazo para entrega do TCC contemplando as alterações determinadas pela comissão é de no máximo 7 dias, sendo o orientador responsável pela correção final.

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Neiva dos Santos Andrade (Orientadora)

Assinatura da aluna:   
\_\_\_\_\_  
**Soraia Cássia Morato Simões** Atesto que as alterações exigidas  Foram Cumpridas  
( ) Não foram cumpridas

Belo Horizonte, 13 de abril de 2019.

Professor Orientador   
\_\_\_\_\_  
Assinatura

## RESUMO

Este estudo busca identificar a relação entre as causas do aumento da Incidência de Sífilis Congênita e a Vulnerabilidade Social. Mesmo considerando que os fatores responsáveis pelo crescimento dessa enfermidade possuem causas multidimensionais, essa pesquisa parte do pressuposto que o alto índice de gestantes e bebês infectados possui uma intrínseca relação com o contexto social da paciente. Buscou-se através do referencial teórico e formação acadêmica dessa autora, a compreensão de que o modo de produção capitalista através da exploração da força de trabalho do proletariado e do “exército industrial de reserva” (definição Marxiana para trabalhadores excedentes; desempregados), é responsável por promover um contexto de vulnerabilidade social. Nesse quadro surgem demandas que vão exigir respostas do Estado em forma de Políticas Públicas Sociais. A partir do momento que as políticas implantadas são fragmentadas e pouco efetivas, e não abarcam as necessidades dos indivíduos cria-se um círculo vicioso. No que concerne à saúde, têm-se a situação de vulnerabilidade como propulsora da enfermidade e do outro lado um diagnóstico e tratamento inadequado como responsáveis pelo agravamento do contexto de vulnerabilidade.

Palavras-chave: Sífilis Congênita. Vulnerabilidade Social. Políticas Públicas. Saúde.

## Abstract

This study aims to identify the relationship between the causes of the increase in the incidence of Congenital Syphilis and the Social Vulnerability. Even considering that the factors responsible for the growth of this disease have multidimensional causes, this research assumes that the high index of pregnant Women and infected infants has an intrinsic relation with the social context of the patient. It was sought through the theoretical reference and academic formation of this author, the understanding that the capitalist mode of production through exploitation of the proletariat's labor force and the "reserve industrial army" (Marxian definition for surplus workers, unemployed) is responsible for promoting a context of social vulnerability. Within this framework, demands arise that will require responses from the state in the form of Public Social Policies. Once the policies implemented are fragmented and ineffective, and do not embrace the needs of individuals, a vicious circle is created. With regard to health, the vulnerability situation is a driving force for the disease and on the other hand, a diagnosis and inadequate treatment as responsible for the aggravation of the context of vulnerability.

Keywords: Congenital syphilis. Social vulnerability. Public policy. Health.

## Lista de Ilustrações

### FIGURAS

Figura 1 Determinantes da Sífilis Congênita.....	14
Tabela 1 Notificações por Maternidade do Município de Belo Horizonte – Ano de Diagnóstico 2015 a 2019.....	25
Gráfico 1 – Incidência da sífilis congênita em Belo Horizonte, de 2001 a 2017*.....	23
Gráfico 2 Notificações de Maternidades que atendem SUS em Belo Horizonte 2015– 2018..	26
Gráfico 3 Notificações de Maternidades que atendem Particular e Convênio em Belo Horizonte – 2015 – 2018.....	26
Gráfico 4 Notificações de Maternidades que atendem SUS em Belo Horizonte – 2018.....	27
Gráfico 5 Notificações de Maternidades que atendem Particular e Convênio em Belo Horizonte – 2018.....	28

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

- ACS Agentes Comunitários de Saúde
- BH Belo Horizonte
- DST's Doenças Sexualmente Transmissíveis
- IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IAP's Instituto de Aposentadoria e Pensões
- INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INSS Instituto Nacional do Seguro Social
- IPSEMG Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais
- IST's Infecções Sexualmente Transmissíveis
- MEC Ministério da Educação e Cultura
- MS Ministério da Saúde
- OMS Organização Mundial de Saúde
- PBH Prefeitura de Belo Horizonte
- PEG Planejamento Estratégico Governamental
- PSF Programas de Saúde da Família
- RAS Rede de Atenção a Saúde
- SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SIS Síntese dos Indicadores Sociais
- SM Salário Mínimo
- SUS Sistema Único de Saúde
- UBS Unidade Básica de Saúde
- UPA Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>Introdução.....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Infecções Sexualmente Transmissíveis.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Sífilis em Gestante e Congênita.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2</b>	<b>Vulnerabilidade Social.....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>Políticas Públicas Sociais.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1</b>	<b>Saúde Pública no Brasil.....</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>Metodologia.....</b>	<b>20</b>
<b>4.1</b>	<b>Apresentação e Análise de Dados .....</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>Considerações Finais.....</b>	<b>30</b>
<b>5.1</b>	<b>Outros Pontos a Considerar.....</b>	<b>31</b>
	<b>Referências.....</b>	<b>32</b>



## 1 Introdução

A Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), transmitida por via sexual; sífilis adquirida ou verticalmente, através da gestação ou no parto; sífilis congênita. “Outras formas de transmissão mais raras e com menor interesse epidemiológico são por via indireta (objetos contaminados, tatuagem) e por transfusão de sangue” (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006, p.113). Causada pela bactéria *Treponema Pallidum*; quando não tratada afeta a pele e dependendo do seu estágio pode causar problemas cardiovasculares, oculares e neurológicos (SES-SP, 2008). Seu estágio inicial (sífilis primária) é caracterizado pelo aparecimento da chamada úlcera genital, também conhecida como “cancro duro”. Já na sífilis secundária surgem lesões na pele em lugares específicos como a palma das mãos e na região plantar dentre outros. Enquanto em seu estágio terciário há o acometimento de ossos e órgãos. Cabe ressaltar que ela pode se apresentar de forma latente, causando a falsa impressão de cura (SES-MG, 2016).

Pesquisar sobre a Sífilis pode parecer irrelevante, em razão das muitas pesquisas realizadas sobre o assunto. Entretanto, tendo em vista o alarmante crescimento de casos de Sífilis no Brasil, pesquisar essa enfermidade e as situações que determinam ou colaboram para o crescimento do número de pessoas infectadas é fundamental para o trabalho dos atores envolvidos no Planejamento Estratégico Governamental (PEG). O aumento no número de casos de Sífilis Adquirida de acordo com a Fiocruz, num primeiro momento podia ser atribuído à obrigatoriedade da notificação inexistente antes de 2010, se não fosse um aumento de 48% no número de indivíduos infectados de 2016 para 2017. Destaca-se também que: “Em 2016, a Sífilis foi declarada como um grande problema de saúde pública no Brasil. Entre outras IST, o combate ao agravo faz parte dos principais instrumentos de gestão de Estados, Distrito Federal e Municípios” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, P. 3).

A partir disso, infere-se que pesquisar a Sífilis, mais especificamente a Sífilis gestacional e congênita foco desse estudo, e sua relação com indivíduos em situação de vulnerabilidade social, na cidade de Belo Horizonte abrem portas para discussões importantes. É sabido que a gravidez é um período de grandes alterações hormonais e transformações fisiológicas que alteram a vida das mulheres e de seus familiares. É um momento delicado que exige cuidados e o mais importante deles é um acompanhamento pré-natal adequado, que permita identificar e tratar doenças ou mesmo pré-disposição às mesmas, evitando que as mães ou os fetos desenvolvam sequelas ou cheguem a óbito (RODRIGUES, NASCIMENTO e ARAÚJO, 2011p. 1042). Em outras palavras, um acompanhamento pré-natal realizado por

mão de obra qualificada, que saiba unir o conhecimento técnico a uma boa escuta. Que saiba acolher e respeitar as diferenças, com foco na “promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, P.1042).

A partir dessas considerações e do fato da Sífilis ser uma enfermidade curável e cujo tratamento é de baixo custo, como explicar a incidência crescente dessa moléstia? Pode ser fruto de simples negligência? Por parte de quem? É importante destacar que no âmbito mundial “Durante o período gestacional, a sífilis leva a mais de 300.000 mortes fetais e neonatais por ano [...] e aumenta o risco de morte prematura em outras 215.000 crianças” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p.4). Não se pode desconsiderar que para o Brasil “[...] signatário de compromissos internacionais para a eliminação da sífilis congênita desde 1992” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p.3), o aumento dessa infecção representa complicações e um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Não há nessa pesquisa a pretensão de encontrar respostas para todas as perguntas que envolvem a incidência da sífilis em um número cada vez maior de gestantes em Belo Horizonte (BH). Pretende-se sim, demonstrar que para além da vulnerabilidade pessoal e demais especificidades que envolvem os indivíduos, a vulnerabilidade social é um fator que impulsiona o aumento de casos de sífilis congênita. Isso porque, se trata de uma das expressões da Questão Social. “[...] expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado” (CARVALHO E IAMAMOTO, 1983, P.77), e como tal vai exigir respostas do Estado sob a forma de Políticas Públicas implementadas de forma efetiva, para além da caridade e repressão. Afinal, esse estudo parte do pressuposto que o alto índice de gestantes e bebês infectados possui uma intrínseca relação com o contexto social da paciente.

Para confirmar ou negar essa hipótese, será feita uma análise dos dados do Perfil Epidemiológico de Sífilis Congênita no período de 2015 a 2018. Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde a partir das notificações a respeito das gestantes que são atendidas nas Maternidades Públicas dessa cidade. Num segundo momento, haverá a possibilidade de comparar esses números com as notificações de Maternidades particulares da capital. Para subsidiar a análise, esse estudo será estruturado a partir do referencial teórico da pesquisa bibliográfica realizada. A partir daí, buscar-se-á estabelecer a relação entre a situação de vulnerabilidade social e o aumento de casos de sífilis congênita na cidade de Belo Horizonte.

## 2 Infecções Sexualmente Transmissíveis

Falar sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), também denominadas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) ou doença venérea ainda nos dias de hoje causa certo desconforto em todas as faixas etárias. Desconsiderando as Fake News e os motivos religiosos e políticos, assistiu-se durante a campanha presidencial do ano de 2018 uma grande polêmica em razão da Cartilha de Educação Sexual do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Segundo reportagem recente do jornal Folha de São Paulo, o presidente eleito Jair Messias Bolsonaro questionou através de vídeo em redes sociais o teor de algumas páginas da “Caderneta Saúde do Adolescente”, erroneamente denominada por ele de ‘Caderneta de Vacinação’. O principal alvo de seus questionamentos é que ela ensina didaticamente ao adolescente, a fazer o uso correto de preservativos (CANCIAN, 2019).

Esse discurso vem confirmar a força das construções sociais e/ou coletivas com as quais se convive desde sempre e que mesmo não estando escritas em lugar algum, estão interiorizadas de tão maneira que são tidas como naturais (DURKHEIM, 2007, p.3). Criam-se então, tabus para tratar de determinados assuntos, mesmo que estes envolvam prevenção de IST ou uma gravidez indesejada. É importante considerar que os jovens têm iniciado a vida sexual cada vez mais cedo. Por esse motivo, quando uma caderneta destinada à faixa etária de 10 a 19 anos aborda conteúdos de cunho sexual, seu objetivo não é estimular a sexualidade; para tanto já existem vários mecanismos. Objetiva-se falar de prevenção, termo que em questões de saúde implica em prevenir doenças e seus agravos, além de diminuir gastos futuros do Estado para tratamento da doença já instaurada.

Por essas e por outras particularidades a Organização Mundial de Saúde (OMS) “estima [no mundo] a ocorrência de aproximadamente um milhão de casos de IST por dia, entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p.4). “No Brasil, a incidência de DST/AIDS tem crescido na população em geral, sendo o número de adolescentes contaminados também crescente” (BARRETO & SANTOS, 2009, p. s.n). Essas mesmas autoras apontam como agravante, a falta do uso de preservativos e as relações sexuais ocorridas precocemente. O momento da gravidez, assim como a etapa da adolescência possui similaridades que precisam ser consideradas. Em ambos os momentos os indivíduos passam por transformações físicas, hormonais e psicossociais, demandando acompanhamento médico e familiar, assim como o acesso a informações importantes e essenciais para a etapa vivenciada. Quando as duas etapas ocorrem simultaneamente o cuidado e o acompanhamento tem de ser redobrado. A discussão central desse estudo diz respeito a uma das IST que se

tornou uma questão de saúde pública, a sífilis que conforme já mencionado em parágrafo anterior é curável, pode ser prevenida com o uso de preservativos, mas se não tratada corretamente pode atacar vários órgãos e levar a demência ou até mesmo a morte.

## **2.1 Sífilis em Gestante e Congênita**

Conforme boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (Sífilis, 2018, p.14) “No período de 2005 a junho de 2018, foram notificados no Sinan 259.087 casos de sífilis em gestante”. De notificação compulsória desde 2005, seu diagnóstico e tratamento são importantíssimos para evitar a transmissão vertical e conseqüentemente à sífilis congênita. Henriques (2008, p.14), esclarece que quando não diagnosticada ou tratada adequadamente durante a gestação, a sífilis é transmitida por via transplacentária para o recém-nascido em qualquer fase da gravidez. Destaca-se a importância de que o tratamento se estenda ao seu parceiro sexual. Ainda segundo esta autora “[...] a taxa de transmissão vertical da sífilis em mulheres não tratadas é de 50 a 85% na fase primária e secundária da doença, reduzindo para 30% nas fases latente e terciária” (HENRIQUES, 2008, p.14).

Outro fato que merece destaque na colocação dessa autora é que mais da metade das crianças ao nascer, não apresentam sintomas da doença antes dos três meses de vida. A sífilis congênita divide-se em precoce e tardia. A precoce aparece até os dois anos de idade e quase sempre é assintomática. Por esse motivo vai requerer exames de laboratórios e imagens, além de uma análise criteriosa do profissional de saúde para se chegar a um diagnóstico e tratamento adequado. Suas principais características são: síndrome nefrótica, edema convulsão e meningite. Já a sífilis tardia, aparece após os dois primeiros anos de vida. Do mesmo modo que a primeira, a investigação para um diagnóstico e tratamento correto vai exigir “critérios epidemiológicos clínicos e laboratoriais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.10). Dentre as características apresentadas nessa fase estão à surdez neurológica, dificuldade de aprendizado e tibia em “lâmina de sabre”.

A notificação compulsória da sífilis congênita data de 22 de dezembro de 1986, conforme já visto o diagnóstico e tratamento adequado da doença diminuem as altas taxas de letalidade, hospitalização e sequelas em recém-nascidos. O ideal segundo o Ministério da Saúde (MS) é que a gestante realize o teste de VDRL no primeiro trimestre de gravidez (28ª semana) e quando for admitida para a realização do parto. São testes simples e cujo resultado varia de 10 a 15 minutos (HENRIQUES, 2008, p.16). Para subsidiar a discussão em torno do crescimento do número de casos de sífilis congênita, faz-se necessário trabalhar alguns

conceitos, começando pelo termo vulnerabilidade social que no campo da saúde segundo Ayres (2001 apud HENRIQUES, 2008 p.25), “[...] relaciona-se com a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, colocando o indivíduo em sua dupla face, o indivíduo e sua relação com o coletivo”.

## 2.2 Vulnerabilidade Social

Estar vulnerável é se sentir fragilizado, desprotegido e exposto a uma situação de risco. São muitas as variáveis que colocam o indivíduo em situação de vulnerabilidade pessoal e social, o não acesso a bens e serviços essenciais é um bom exemplo. Em outras palavras:

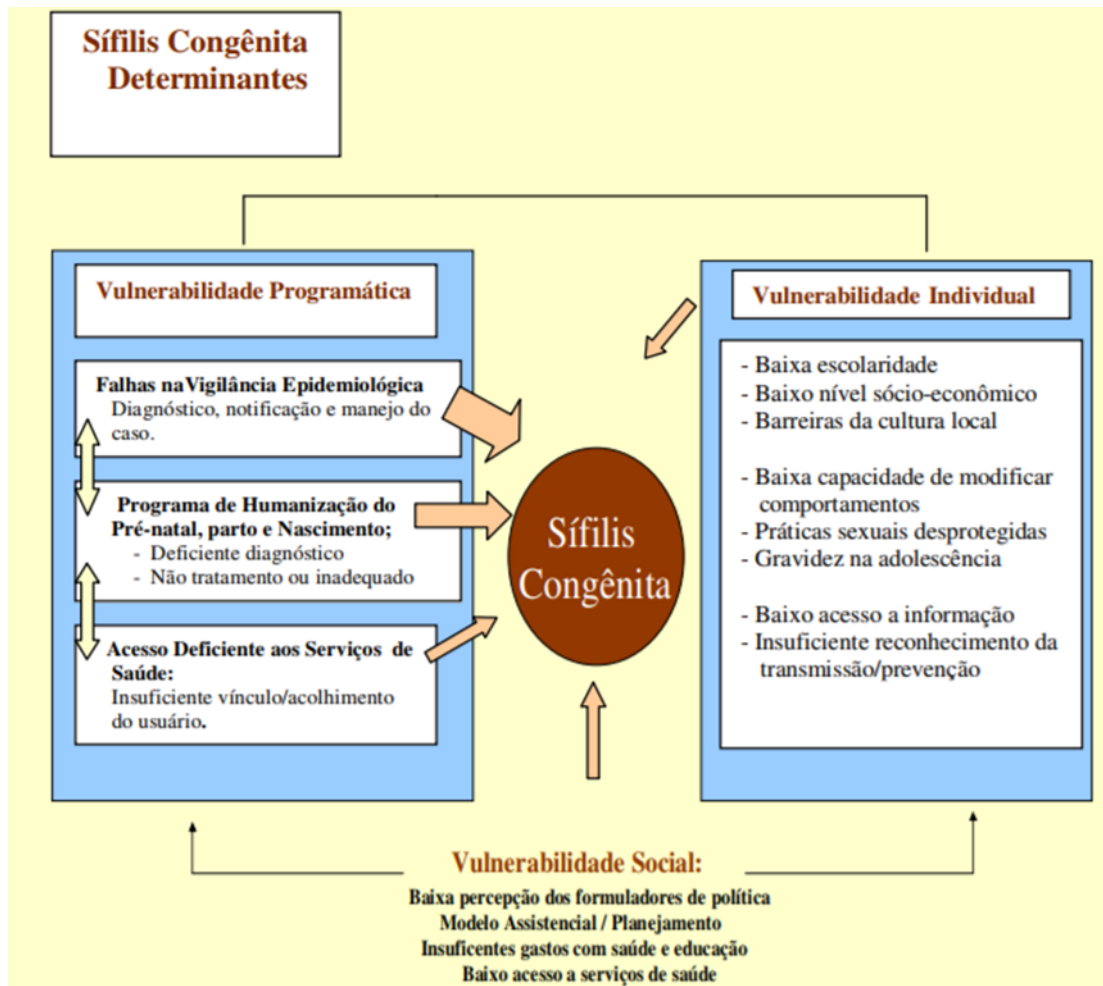
De acordo com Ayres e colaboradores (2003), o conceito de vulnerabilidade é expresso por um “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação” (GARCIA & SOUZA, 2010, p.10).

Face ao exposto infere-se que a existência ou a ausência de determinadas condições excluem e fazem com que determinada parcela da população fique mais exposta e propensa à situação de vulnerabilidade e risco social. Condição que pode ser alterada se lhes for facultado o acesso à informação, a renda, a educação e a proteção social Estatal. Essa proteção Estatal chega ao indivíduo através das políticas públicas sociais. O termo vulnerabilidade social nos remete automaticamente à condição de pobreza, pois o não acesso a bens e serviços essenciais tornam os indivíduos vulneráveis e em situação de risco. Porém Monteiro (2014, p.32) nos traz um ensinamento de Mozer (1998), que “[...] a partir da concepção asset/vulnerability framework” entende que “[...] a desproteção e a insegurança transcendem a capacidade de satisfação das necessidades básicas”. Essa afirmação dá outro enfoque ao termo, já que apresenta recursos e condicionalidades como responsáveis pela vulnerabilidade ampliando esse conceito.

Nesse debate, o entendimento dessa autora é o mesmo de Paulilo;Jeolás (1999, p. 1 apud MONTEIRO,2014,p. 32) para o qual “a vulnerabilidade não é uma essência ou algo inerente a algumas pessoas e a alguns grupos, mas diz respeito a determinadas condições e circunstâncias que podem ser minimizadas ou revertidas”. E reitera-se que somente através de políticas públicas sociais é possível alterar o contexto de vulnerabilidade e risco social. Antes de adentrar nesse campo, é válido apresentar o ‘Modelo Teórico da Sífilis Congênita’ onde

Henriques (2008) demonstra a relação entre a sífilis congênita e os determinantes de vulnerabilidade.

**Figura 1 Determinantes da Sífilis Congênita**



Fonte: Henriques (2008, p.29).

A representação dessa autora vai de encontro à proposta desse estudo que é correlacionar a vulnerabilidade social ao aumento de casos de sífilis congênita. Foi citado no parágrafo anterior a proteção estatal em forma de políticas públicas como uma maneira de alterar o contexto de vulnerabilidade social presente na vida de determinados indivíduos. Do mesmo modo que se faz importante a existência das políticas públicas, ferramentas de gestão como diagnóstico, monitoramento e avaliação são indispensáveis para evitar a “Vulnerabilidade Programática”. Considerando que a mesma pode ser medida através das “[...] condições de estrutura, dinâmica, organização e operacionalização das ações para o enfrentamento” (NICHIATA e VAL, 2014, p.150). Na figura de nº 1 a autora evidencia a deficiência do Estado na gestão das políticas públicas, para combater a vulnerabilidade pessoal, principalmente aquelas ligadas à saúde e educação. Além da má alocação de

recursos, percebe-se que não foram utilizadas as ferramentas de gestão já citadas. Como resultado surge à vulnerabilidade social como locus perfeito para a proliferação da sífilis congênita.

### 3 Políticas Públicas Sociais

Antes de iniciar uma discussão sobre políticas públicas, é importante abordar mesmo que de forma superficial, alguns conceitos que permitirão uma melhor compreensão dessa temática, são eles: Estado, Governo, Mercado e Sociedade. Em Coelho (2014, p.14) encontra-se seguinte esclarecimento: “de acordo com o sociólogo alemão Marx Weber o que caracteriza o Estado é o monopólio do exercício legítimo da força em uma sociedade”. Ainda segundo esse autor não há como separar os termos Estado e poder, eles andam juntos. Já o conceito de Estado que mais se aproxima da visão dessa autora é aquele que o reconhece como uma “pessoa jurídica soberana constituída de um povo organizado sobre um território sob o comando de um poder supremo para fins de defesa, ordem, e bem-estar e progresso social” (GROPALI, 1968 APUD CARVALHO, 2008, p. 71).

Quanto ao Governo, ele é o poder executivo, que através de ações põe em prática a vontade do Estado, e para isso possui os meios coercitivos fornecidos por este. Ao governo compete recolher impostos de forma compulsória para garantir o funcionamento da máquina estatal. . No que se refere ao Mercado, entende-se que é onde se concentram as negociações de bens de consumo e serviços, tendo como principal objetivo maximizar os ganhos. Finalizando, tem-se a sociedade, que pode ser entendida como o conjunto de indivíduos que vivem dentro de um mesmo território e elegeram uma instituição para representa-los, e tomar decisões em seu nome com legitimidade (COELHO, 2014).

Do mesmo modo, pode-se dizer que a política pública, “[...] trata-se de um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar a realidade” (FERRAREZI e SARAIVA, 2006, p. 28). A partir dos conceitos apresentados e da afirmação de Marx (1977) de que as relações sociais estão diretamente relacionadas ao modo de produção, fica fácil entrever as políticas públicas sociais, não como uma forma de proteção social. E sim como uma forma de manutenção da força de trabalho e do consumo. Isso vai de encontro ao que pontua Behring e Boschetti (2008, p. 37) para as quais, as políticas sociais “[...] são funcionais à acumulação capitalista, tanto do ponto de vista econômico quanto político”. Não se pode desconsiderar que elas são também fruto das conquistas da classe trabalhadora e dos movimentos sociais que se unem e fazem com que suas demandas entrem na agenda do Estado, para que os atores responsáveis pela tomada de decisões pensem em estratégias governamentais como respostas (CUNHA e CUNHA, 2003). Não raro essas respostas e seu grau de transformação social, irão depender da correlação de forças exercida pela classe trabalhadora, que possui apenas sua força de



trabalho para vender, e os que detêm os meios de produção. Coadunando com o exposto até aqui, a política social pode ser vista:

[...] do ponto de vista do Estado como proposta planejada de enfrentamento das desigualdades sociais. Por trás da política social existe a questão social definida desde sempre como a busca de composição pelo menos tolerável entre alguns privilegiados que controlam a ordem vigente, e a maioria marginalizada que a sustenta (DEMO, 2007, p.14).

Cabe considerar que para além do combate a pobreza, a política pública social conforme elencada na Constituição de 1988, tem um compromisso com a inclusão e na formação de cidadãos. “Longe dos mecanismos de transferência de renda para os eternamente carentes ou pobres, visa proporcionar sob a égide da ideia de seguridade social – o resgate da chamada dívida social” (DELGADO e THEODORO, 2003, p.123).

Em suma os indivíduos outorgam ao Estado, seus direitos a liberdade que possuíam em seu estado de natureza, em troca de proteção e garantia do seu direito à vida e aos bens conquistados (COELHO, 2014). Essa proteção, no caso brasileiro está muito bem delineada em nossa Constituição Cidadã, que dentre outros direitos sociais assegurados aos cidadãos, preceitua em seu artigo 196 que “a saúde é um 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” (BRASIL, 2010). Além disso, eleva a assistência social ao status de Política Pública para que junto com a saúde e a previdência social formem o tripé da seguridade social (BRASIL 2010, p.206). Pondera-se a importância das Políticas públicas sociais na garantia dos direitos fundamentais sociais como o direito à saúde, à educação, à alimentação, ao trabalho, à moradia. Bellini (et al, 2014). Para um melhor resultado de suas ações o ideal é que realizem um trabalho conjunto. Acrescenta-se também que:

Considera-se a intersetorialidade como a integração desses diversos setores para a consecução das ações públicas, ao mesmo tempo em que mantém as especificidades de cada área, vai além de cada setor, buscando a superação de práticas fragmentadas e a eficiência para atingir os objetivos e resultados. Dessa forma, a intersetorialidade nas políticas públicas é compreendida como uma articulação maior entre diversos saberes para alcançar um objetivo mais amplo (BELLINI et al, 2014, p. s-n).

Essas colocações são pertinentes, uma vez que “[...] A vida está tecida em conjunto; não é possível separá-la” (INOJOSA, 2001, p.103). Sendo assim para que as políticas públicas alcancem o indivíduo é necessário que abarquem as especificidades que o compõem, incluindo o meio em que habita. Por isso entende-se a importância do diálogo entre as políticas públicas, mas ressalta-se que o trabalho conjunto de profissionais de diferentes saberes dentro de uma mesma política tem demonstrado ser fundamental para se atingir bons

resultados. Como exemplo pode-se citar o trabalho realizado pelas equipes dos programas de Saúde da Família (PSF).

### **3.1 Saúde Pública no Brasil**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo saúde representa muito mais que ausência de doença. Implica num estado de perfeito bem estar físico, mental e social (SEGRE e FERRAZ, 1997), definição essa, tida como utópica e criticada pelos autores acima citados. Entretanto, mesmo considerando a impossibilidade de se atingir um estado de perfeição, seja em que âmbito for, deve-se ater ao fato de que a saúde vai além do aspecto biofisiológico. Fatores externos, assim como o contexto vivido pelo sujeito impactam de forma negativa ou positivamente na saúde do mesmo.

Num breve retrospecto do sistema de saúde brasileiro, Carvalho (2013), pontua que anteriormente as ações do Estado se pautavam em medidas de saneamento e combate às endemias. Além de intervir em doenças como, Hanseníase, tuberculose e doenças mentais. Quanto às demais necessidades; os que possuíam recursos financeiros pagavam pela saúde, e o restante ficava a mercê da benesse principalmente da filantropia de cunho religioso. Quadro que permanece inalterado até 1923, com a promulgação da Lei Elói Chaves. A partir da qual o trabalhador começa a ter alguns direitos, inclusive a fazer parte de um sistema de saúde voltado a atender a classe trabalhadora, através de contribuições previdenciárias, primeiro por meio dos IAPs, em seguida do INAMPS e INSS . Tem início uma nova fase onde o trabalhador passa a ter direito a saúde, podendo o restante da população ser atendida nos hospitais em casos de emergência. Não se pode deixar de mencionar que nesse período, enquanto os hospitais públicos eram sucateados ou desativados, crescia o número de hospitais particulares credenciados e/ou conveniados Ressalte-se que não havia por parte do Estado um controle dos gastos dos serviços prestados por esses hospitais, nem do alto custo da tecnologia e dos medicamentos usados nos tratamentos. Paradoxalmente, tem-se de um lado uma pequena parcela da população enriquecendo por causa da doença, foco de um sistema de saúde privatista e hospitalocêntrico. Por outro lado um rombo financeiro na previdência causado pela má gestão dos recursos, e uma população sem o atendimento de saúde adequado (BARBOSA E CARVALHO, 2014). Dessa forma fica claro que não se pode falar em saúde sem que isso nos remeta a luta de classes.

Paralelamente a esse cenário, intelectuais, profissionais de saúde e a comunidade insatisfeita se articulavam e tentavam criar estratégias para os serviços de saúde. Para além de

um novo modelo de saúde voltado para a prevenção, promoção e recuperação da saúde, esse grupo de pessoas tinha como objetivo envolver a população. Com isso, a sociedade civil organizada passa a ocupar os espaços de tomada de decisões sobre a saúde pública no Brasil. Esse grupo de pessoas e suas ideias foram responsáveis pelo que é conhecido como 'Reforma Sanitária'. Fruto desse movimento a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 apresentou propostas pautadas no que se configurou os objetivos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade. Tudo isso dentro de um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado. Conseqüentemente essas propostas foram oficializadas na Constituição Federal de 1988 e através das leis de nº 8080/90 e 8.142/90 com o advento do SUS (GIL & MAEDA, 2013).

O SUS representa um grande avanço e até serve de modelo para outros países, pois além de Universalizar o acesso a saúde, tem por princípios a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular. É importante considerar que a integralidade remete ao conceito de saúde apresentado pela OMS. Para que um indivíduo se mantenha saudável é necessário que suas necessidades básicas sejam supridas. Para tanto é imprescindível um trabalho intersetorial entre as políticas públicas, ou seja, que a política de saúde trabalhe em rede com as demais políticas e possam alcançar o indivíduo atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde. Justamente com o objetivo de romper com o modelo Hospitalocêntrico o SUS é organizado por níveis de complexidade: primário (ou básico), secundário (ou especializado) e terciário (ou hospitalar) (GIL e MAEDA, 2013).

## 4 Metodologia

A Metodologia pode ser entendida como o trajeto realizado pelo pesquisador para alcançar o objetivo geral de sua pesquisa. Faz parte desse percurso suas escolhas e os instrumentos utilizados nessa trajetória.

A metodologia contempla a descrição da fase de exploração de campo (escolha do espaço da pesquisa, critérios e estratégias para escolha do grupo/sujeitos de pesquisa, a definição de métodos, técnicas e instrumentos para a construção de dados e os mecanismos para entrada em campo), as etapas do trabalho de campo e os procedimentos para análise (DESLANDES in MINAYO, 2010, p.14).

A escolha da cidade de Belo Horizonte (BH) se deu não apenas por ser o local de domicílio da autora, mas também pela facilidade de realizar a pesquisa em um território conhecido. De acordo com site da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), essa cidade divide-se em nove regionais. Isso foi pensado para que a PBH pudesse criar estratégias e definir ações e programas, levando em consideração as particularidades de cada território. Possui 152 Centros de Saúde 588 equipes de Estratégia Saúde da Família (PBH, 2018). Em BH, assim como no resto do país houve um aumento significativo de sífilis congênita. “No período de 2001 a 2017 foram notificados 1951 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, [...] com incidências variando de 0,6 (2001) a 11,0 (2017) para cada 1000 nascidos vivos” (SMS, 2017, p.128).

Para alcançar o objetivo geral da pesquisa que é identificar se existe relação entre vulnerabilidade social e a alta incidência de casos de sífilis congênita em Belo Horizonte, pretendia-se realizar uma pesquisa de campo na maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves ou na Maternidade Sofia Feldman. Entretanto nos esbarramos com entraves burocráticos que impossibilitaram a realização da pesquisa de campo. Optou-se por recorrer aos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esse Sistema é alimentado em grande parte pelas notificações e investigações de doenças e agravos cujas notificações são compulsórias. Mesmo podendo ser operacionalizado em Unidades de Saúde, a maioria das notificações é digitada na Secretária Municipal de Saúde. Foi feito contato com a Coordenação Municipal de Saúde Sexual e Atenção às IST, AIDS e Hepatites Virais, mas para fornecimento dos dados a exigência era a mesma dos hospitais. Para fins desse estudo utilizou-se um gráfico do próprio Sinan, destacado no Relatório Anual de Gestão de 2017, a respeito da incidência de sífilis congênita em Belo Horizonte no período de 2001 a 2017. A partir das informações fornecidas pela Gerência de Vigilância Epidemiológica da Secretaria

Municipal de Saúde, foi feito um recorte temporal de 2015 a 2018 com as notificações das Maternidades que atendem SUS e às que atendem convênio e particular na capital. Pretende-se também realizar uma análise separada, dos dados relativos apenas ao ano de 2018. A ideia de recortes temporais diferentes visa reafirmar a hipótese da pesquisa que também é seu objetivo geral.

Essa pesquisa combina o método qualitativo e quantitativo, uma vez que apesar da necessidade de quantificar o volume de casos de sífilis congênita, é importante analisar o que existe por trás desses números. Muito mais que apresentar a quantidade de gestantes que transmitiram verticalmente a sífilis para os fetos e recém-nascidos, é relevante entender o cenário onde vive, e o lugar ocupado por essa gestante em nossa sociedade. Quanto à abordagem metodológica a ser utilizada, a opção do Materialismo Histórico Dialético, se deu em função de sua “[...] proposta de analisar os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais” (MINAYO, 2010, p.24). No contexto da pesquisa a ‘Tese’ pode ser a vulnerabilidade social como mola propulsora para o aumento do número de casos de sífilis congênita. Já a ‘Antítese’ seria a política de saúde, enquanto a ‘Síntese’ pode ser resumida em uma pergunta: as ações desenvolvidas pela política de saúde têm sido efetivas para a redução dos casos de sífilis congênita?

#### **4.1 Apresentação e Análise de Dados**

A revisão bibliográfica apontou que as relações sociais estão diretamente relacionadas com a forma como a sociedade se organiza para produzir. No modo de produção capitalista, têm-se de um lado aqueles que são os donos dos meios de produção (burguesia), e do outro lado os que possuem apenas sua força de trabalho para vender (proletariado). O elemento fundante do Capitalismo é a obtenção do lucro, que é obtido através do excedente das horas trabalhadas pelo proletariado e apropriada pela burguesia (MARX, 2007). Essas duas classes sociais, cujos interesses são distintos e antagônicos e suas relações de consumo, correspondem ao que comumente chama-se de mercado. Para mediar esses conflitos existe o Estado que possui o monopólio do exercício legítimo da força em uma sociedade. Ressalta-se que o Estado não é neutro, o que vai de encontro à afirmação de Castell (1988), de que o intuito do Estado ao atender as demandas de uma classe em detrimento de outra não é diminuir as desigualdades, mas evitar a fratura do sistema capitalista. De maneira geral, alguns governos buscam equilibrar as relações advindas do conflito Capital/Trabalho,

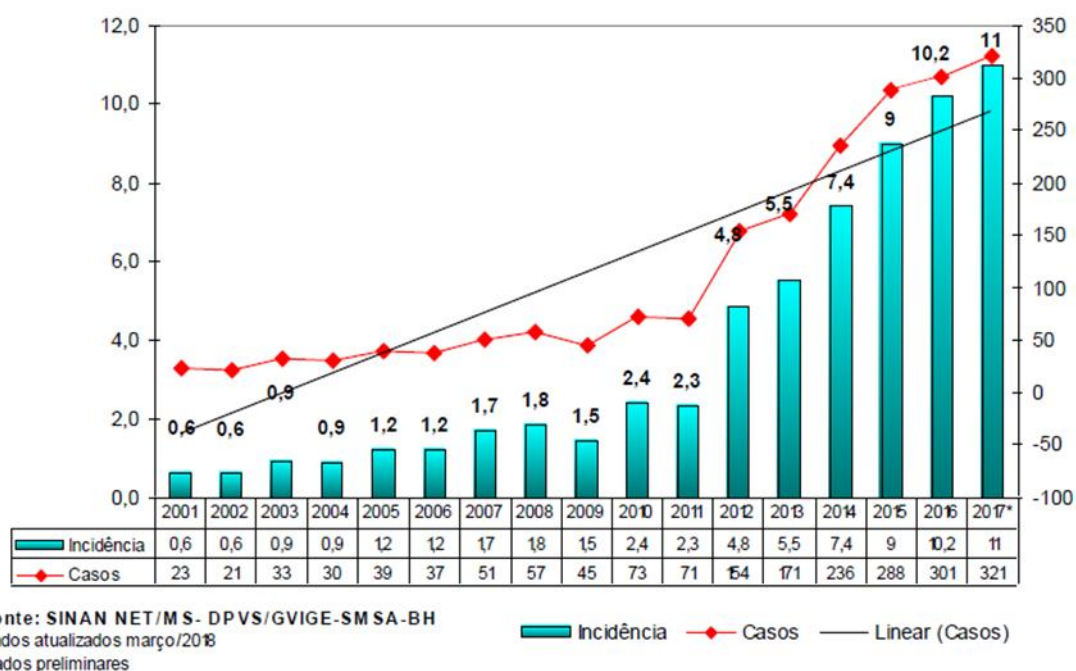
promovendo uma maior atuação das políticas públicas sociais. Afinal elas são também, fruto das lutas que culminaram nos direitos sociais elencados em nossa Constituição intitulada “Cidadã”.

A afirmação de que alguns governos atuam de forma mais contundente para minimizar as expressões da questão social pode ser facilmente vislumbrada na Síntese dos Indicadores Sociais (SIS), onde de acordo com O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) “o Brasil encerrou o ano de 2016 com 24,8 milhões de brasileiros vivendo com renda inferior a um quarto do salário mínimo por mês, o equivalente a R\$220,00. [...] **um aumento de 53% na comparação com 2014**” (LIVRO-BRANCO, 2019, p.128, grifo nosso). Em outras palavras, é o equivalente a 12,1% da população vivendo na miséria. É oportuno esclarecer que a título de nomenclatura, “[...] famílias que possuem renda de até um quarto do salário Mínimo (SM) per capita vivem na chamada ‘pobreza extrema’ e os que vivem com até meio SM englobam-se na pobreza absoluta” (LIVRO-BRANCO, 2019, p.39).

Diante dos dados apresentados, percebe-se que não faz sentido o discurso liberal de Estado mínimo em um país com tanta pobreza e desigualdade, essa ideologia é no mínimo imoral. Parafraseando o Sociólogo Betinho “Quem tem fome, tem pressa”, e não consegue assimilar informações sobre cuidados com a saúde, a importância da educação, ou os impactos que determinada decisão política ou em outro âmbito qualquer terá em sua vida. Essas explanações representam um quadro perfeito de vulnerabilidade social. Presente não apenas em indivíduos que vivem no contexto apresentado, mas em outros onde a educação e as informações também se dão de forma precária, mesmo considerando uma renda maior que a demonstrada nos dados elencados acima. Somem-se a isso horas de trabalho muitas vezes alienante, má gestão dos recursos públicos, falta de vontade política e má vontade ou despreparo de determinados profissionais de saúde, tem-se então, o cenário ideal para uma política de saúde pobre, voltada para os pobres. Como entender o aumento da incidência de casos de sífilis congênita em BH, apesar das ações realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde?

O Relatório Anual de Gestão de 2017, ao mesmo tempo em que apresenta as referidas ações para o enfrentamento da sífilis congênita: reuniões, participações em Comitês de prevenção da transmissão Vertical, qualificação e sensibilização de profissionais responsáveis pelo pré-natal, dentre outras ações: apresenta os números abaixo:

**Gráfico 1 – Incidência da sífilis congênita em Belo Horizonte, de 2001 a 2017\*.**



Diante dos dados do gráfico acima infere-se que alguém não está fazendo o dever de casa, 1146 casos de sífilis congênita apenas no período de 2014 a 2017 em BH, apesar de todas as ações descritas acima representa um grande desafio para os envolvidos na gestão de saúde da capital. Pode-se até debitar na conta dos laboratórios a falta nacional de Penicilina Benzatina, usada no tratamento contra a sífilis, mas esse fato por si só não justifica os números apresentados no gráfico acima. A resistência ou recusa do parceiro em aderir o tratamento também precisa ser considerada, mas tudo indica tratar-se de um problema que irá exigir um trabalho integrado não apenas, entre os níveis de atenção a saúde, mas ter como preceito a Rede de Atenção a Saúde (RAS).

“É aceito, na literatura internacional, que os sistemas organizados em Redes de Atenção a Saúde, cujos modelos se estruturam com base numa Atenção Primária forte, resolutiva e coordenadora do cuidado dos usuários apresenta melhores resultados” (MENDES, 2009 apud OLIVEIRA, 2016, p.16). Ainda de acordo com essa autora o fortalecimento da Atenção Primária, pode contribuir para um sistema de saúde mais efetivo apesar das “adversidades Sociais”. Vale notar que diante dos números constantes no gráfico 1, percebe-se que as ações no sentido de prevenir à sífilis congênita não tem obtido o resultado desejado, pelo menos no âmbito do SUS. Não está se falando da sífilis adquirida, da falta do uso de preservativos ou da forma latente da doença que pode se prolongar por anos. Trata-se de gestantes, que por sua condição peculiar demanda cuidados especiais e cujo

acompanhamento e tratamento deveria ter sido realizado na Atenção Primária, em um dos 152 Centros de Saúde da Capital mineira.

O escopo do SUS é alvo de admiração de diversos países, não apenas pela forma como é organizado, mas também pela proposta de integralidade e universalidade. Entretanto, na contramão da Universalidade preceituada pelo Sistema, o Estado investiu na saúde privada através de subsídios e demais incentivos. Com isso a Saúde tornou-se algo rentável para o Capital, que associado à lucratividade das altas tecnologias fez crescer o setor privado de saúde. Muitas empresas fornecem planos de saúde a seus funcionários e dependentes, o que analogamente não deixa de ser uma forma de seguro social. Haja vista que para ter acesso ao atendimento, é necessário contribuir mesmo se tratando de contribuição individual voluntária. Sem falar em uma pequena parcela da população que paga os serviços de saúde diretamente ao prestador. É importante pontuar que quem faz mais uso do SUS é a população de baixa renda. Entretanto não se pode deixar de ressaltar que em alguns momentos, como os que envolvem procedimentos de alto custo, alguns indivíduos que não são habitualmente usuário do Sistema procuram o SUS e são atendidos (FERREIRA e SANTOS, 2014). O subfinanciamento e os subsídios ao setor privado de saúde acabam produzindo a Universalização excludente (KUSCHNIR, CHORNY & LIRA, 2014). O direito a saúde existe, mas o acesso é moroso (principalmente em especialidades). Baseado em experiências pessoais dessa autora, não se pode deixar de mencionar que muitas vezes para ter acesso a uma consulta com especialista em um prazo médio de 30 a 60 dias, é necessário que o pedido esteja sob “regulação”. Melhor dizendo, é preciso que a equipe responsável faça um relatório para ser anexado ao pedido médico, deixando clara a urgência ou não da consulta. Essas informações são analisadas pelo setor responsável pela marcação e a solicitação será priorizada ou não.

É indiscutível a afirmação de Ferreira e Santos (2014) sobre o público prioritário do SUS ser formado por pessoas de baixa renda, e conseqüentemente predispostas a um contexto de vulnerabilidade social. Em razão disso, é importante a apresentação das notificações de sífilis congênita das Maternidades Públicas e particulares de BH durante o período de 2015 a 2018. Não se pretende com isso afirmar que todas as gestantes atendidas pelo SUS estão em situação de vulnerabilidade social, mas que parte desse público vivencia contextos de vulnerabilidade social com mais frequência que os que possuem convênio médico. Isso porque, o fato de possuir um convênio médico significa dizer que a gestante ou seu parceiro trabalham, e podem optar por utilizar ou não os serviços do SUS. Gestantes em situação de



vulnerabilidade social não têm essa opção de escolha, dependem exclusivamente do atendimento realizado pelo SUS.

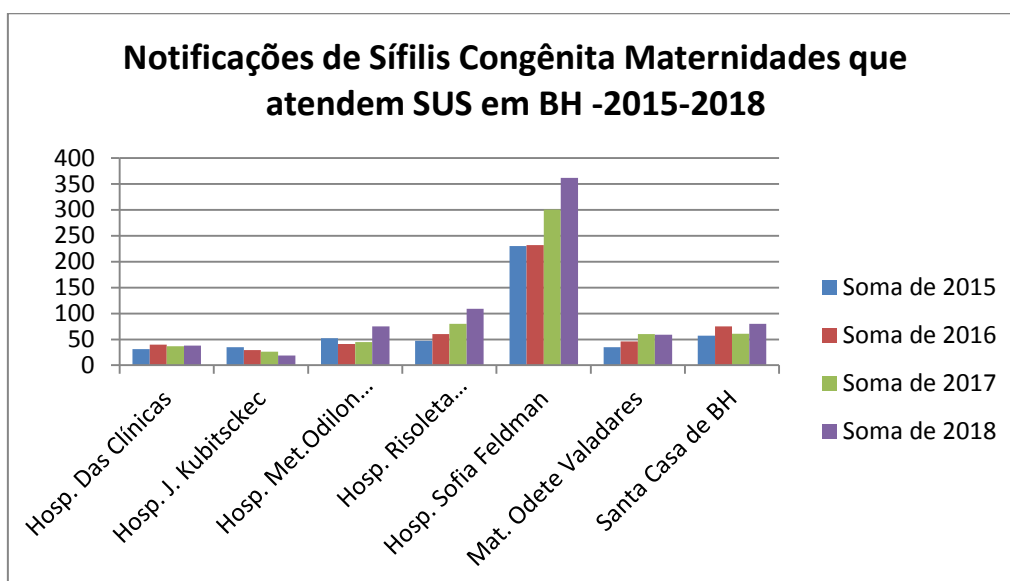
**Tabela 1 Notificações por Maternidade do Município de Belo Horizonte – Ano de Diagnóstico - 2015 a 2018**

Notificações de Sífilis Congênita por Maternidade de BH que atendem SUS					
Fonte Notificadora	2015	2016	2017	2018	Total Geral
Hosp. Das Clínicas	31	40	37	38	146
Hosp. J. Kubitsckec	35	29	26	19	109
Hosp. Met.Odilon Behrens	52	41	45	75	213
Hosp. Risoleta Tol.Neves	47	60	80	109	296
Hosp. Sofia Feldman	230	232	301	362	1125
Mat. Odete Valadares	35	46	60	59	200
Santa Casa de BH	57	75	61	80	273
<b>Total Geral</b>	<b>487</b>	<b>523</b>	<b>610</b>	<b>742</b>	<b>2362</b>
<b>IPSEMG</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
Notificações de Sífilis Congênita por Maternidade de BH que atendem particular/convênio					
Fonte Notificadora	2015	2016	2017	2018	Total Geral
Maternidade Unimed	4	7	5	9	25
Mater.Octaviano Neves	6	1	0	5	12
Mater. Santa Fé	0	1	0	1	2
Hosp. Mater Dei	0	1	0	1	2
Hosp. Semper	1	1	2	0	4
<b>Total Geral</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>45</b>

Fonte: Elaborado pela autora a partir de SINANNET/MS-DPVS/GVIGE-SMS-BH  
Dados atualizados em 08/04/2019

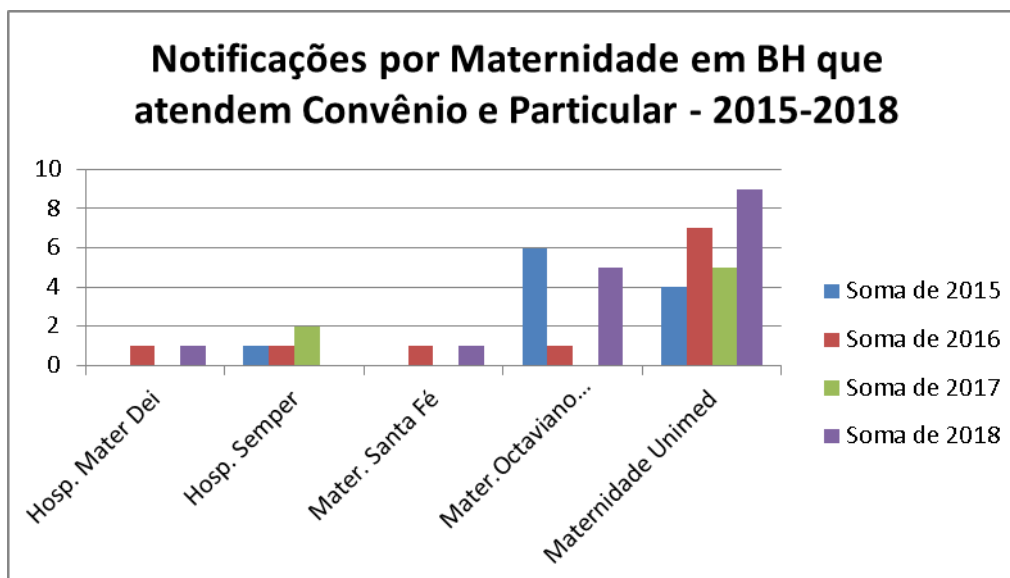
É indiscutível a prevalência de sífilis congênita entre as parturientes das maternidades públicas em relação às maternidades particulares de BH. A diferença do número de notificações das maternidades públicas, para as que atendem convênios e particulares nos últimos quatro anos é de 2.317 casos, algo em torno de 1900% a mais de casos. Em destaque na tabela está o IPSEMG, cujos números não foram computados em nenhuma das duas categorias, por tratar-se de um hospital voltado ao atendimento do funcionalismo público e seus descendentes. Note-se, que durante o período levantado os números são pouco expressivos em comparação com as maternidades públicas. Os gráficos abaixo representam os dados dessa tabela visando proporcionar uma ampla visão do crescimento da sífilis congênita durante o período pesquisado:

**Gráfico 2 – Notificações de Sífilis Congênita por Maternidade de BH que atendem SUS - 2015-2018**



Fonte: Elaborado pela autora a partir de SINANNET/MS-DPVS/GVIGE-SMS-BH  
Dados atualizados em 08/04/2019

**Gráfico 3 – Notificações de Sífilis Congênita por Maternidade de BH que atendem Convênio e Particular - 2015-2018**

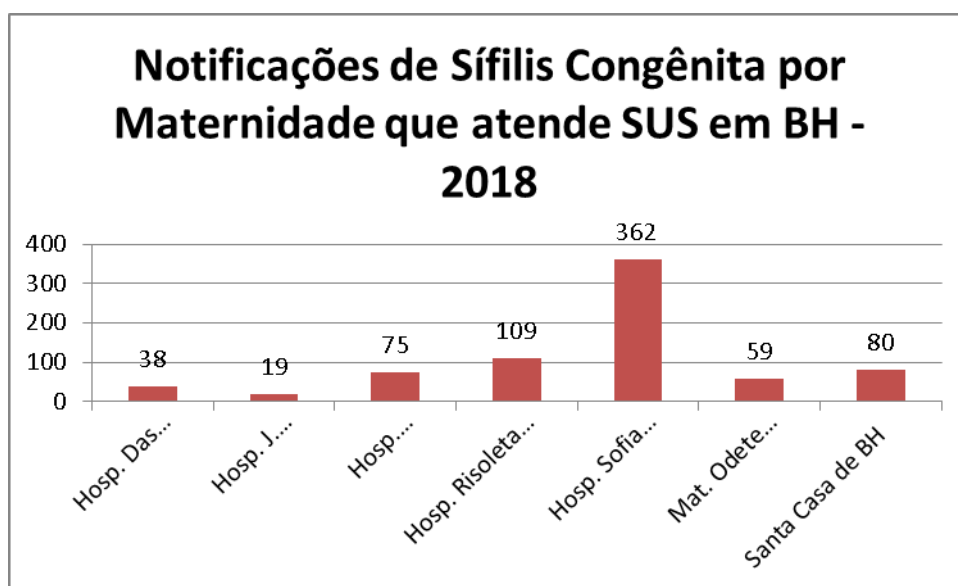


Considerando o que foi dito sobre o público alvo do SUS e os dados dos gráficos, percebe-se muito mais, que a relação entre o alto número de sífilis congênita e a vulnerabilidade social. Vislumbra-se o retrato da saúde pública em Belo Horizonte. A todo o momento, fala-se no subfinanciamento, nos interesses do Capital em acabar com o SUS e em outros tantos desafios que se apresentam diariamente. Entretanto, o que os dados acima

apontam é um problema grave de ‘Gestão’, principalmente em recursos humanos. A enfermidade em questão é curável, seu diagnóstico não requer exames de alto custo e seu tratamento também é de baixo custo. Tem-se de um lado um pré-natal deficitário, prestado por profissionais despreparados, sem compromisso com a vida humana. Além de um distanciamento entre as gestantes, e os Agentes Comunitários de Saúde. Do outro lado têm-se mulheres em situação de vulnerabilidade pessoal e social, que muitas vezes não dão conta de sair desse lugar para serem acompanhadas no pré-natal.

Utilizando apenas os dados do ano de 2018, espera-se conhecer números mais recentes para mensurar o impacto das ações elencadas no Relatório Anual de Gestão de 2017 da PBH nos casos de sífilis congênita na capital mineira.

**Gráfico 4 Notificações de Maternidades que atendem SUS em Belo Horizonte – 2018**

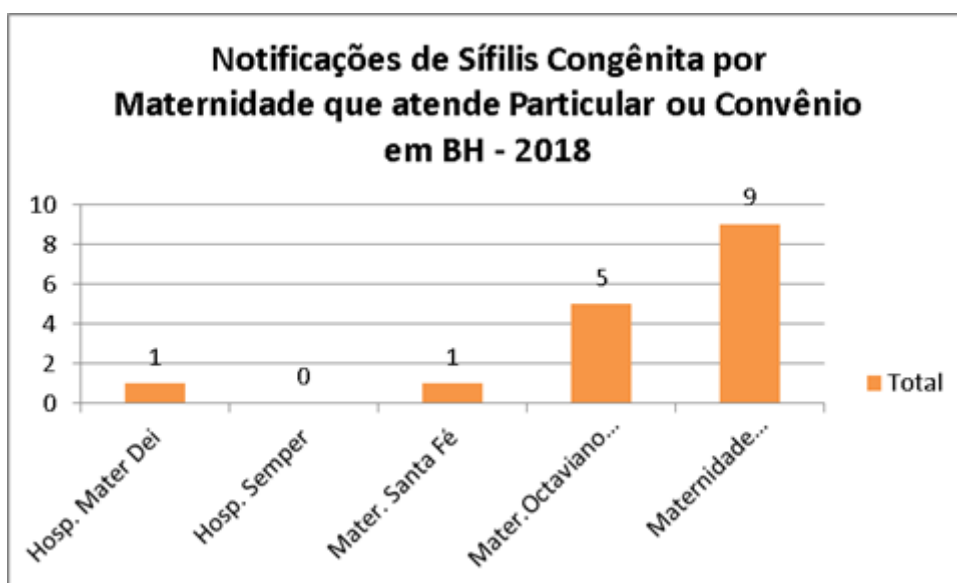


Fonte: Elaborado pela autora a partir de SINANNET/MS-DPVS/GVIGE-SMS-BH  
Dados atualizados em 08/04/2019

Ao analisar e somar as notificações do gráfico acima percebe-se que o número de 742 (setecentos e quarenta e duas) notificações em 2018 é superior ao número de notificações de 2017, que totaliza 610, conforme apresentado na Tabela de número 1. Mesmo considerando variações na tabulação dos dados e a subnotificação de sífilis congênita, o número de transmissões verticais, ainda assim é elevado. Usando como exemplo apenas a Maternidade Sofia Feldman, estatisticamente, a quantidade de casos de sífilis em relação ao número de partos 5.580 (cinco mil, quinhentos e oitenta) apenas no primeiro semestre, pode parecer um percentual pequeno. Contudo, tratando-se de uma doença curável e que pode ser diagnosticada no pré-natal é um número bastante representativo. Esses dados não se referem a

gestantes domiciliadas em lugares de difícil acesso aos centros de saúde. As setecentas e quarenta e cinco notificações foram feitas por Maternidades Públicas da capital de Minas Gerais. Essas gestantes que transmitiram sífilis aos seus filhos são moradoras de BH, cidade que conta com Centros de Saúde dentro do seu território. Isso nos leva a considerar a inexistência de vínculos entre os agentes comunitários de saúde e estas gestantes. Ao mesmo tempo em que pode sinalizar, que os profissionais responsáveis pelo pré-natal estão falhando na acolhida ou em seguir os protocolos do Ministério da Saúde. Em suma, são muitas questões a serem consideradas e que podem servir de tema para uma próxima pesquisa sobre as altas taxas de sífilis congênita.. É sabido que dificilmente será possível obter todas as respostas, mas com certeza, é um caminho que deveria ser percorrido pelos gestores da Prefeitura de Belo Horizonte. Afinal, o diagnóstico, assim como o monitoramento e a avaliação, são fundamentais para um plano de ação.

**Gráfico 5 Notificações de Maternidades que atendem Convênio e Particular em Belo Horizonte – 2018**



Fonte: Elaborado pela autora a partir de SINANNET/MS-DPVS/GVIGE-SMS-BH  
Dados atualizados em 08/04/2019

Para se chegar ao objetivo geral, que é identificar a relação entre as causas do aumento da Incidência de Sífilis Congênita e o contexto de vulnerabilidade social vivido pelas gestantes precisava-se de dados, para subsidiar essa discussão. Para tanto, elaborou-se o gráfico acima com as Maternidades que atendem pacientes particulares e conveniados a algum plano de saúde. Não é pretensão dessa análise, afirmar através desse gráfico que as pessoas que possuem planos de saúde não se encontram em situação de vulnerabilidade

social. Ou ao contrário que as gestantes atendidas pelo SUS estão todas vivenciando um contexto de vulnerabilidade social. Mesmo porque, não se pode desconsiderar que algumas gestantes optam por ter filhos em maternidades como Sofia Feldman que é referência em parto natural e humanizado. Entretanto, observa-se a prevalência da sífilis congênita entre as parturientes das maternidades públicas de BH. Trata-se de 16 casos de sífilis congênita em maternidades que não atendem pacientes do SUS durante o ano de 2018. Dito de outra forma, a quantidade de notificações de sífilis congênita no gráfico acima equivale a algo em torno de 2% do total de notificações de maternidades públicas.

## 5 Considerações Finais

Esse estudo se propôs analisar a relação entre vulnerabilidade social e o aumento do número de casos de sífilis congênita. A partir da análise dos dados apresentados infere-se, que de fato existe uma relação intrínseca, não apenas no que se refere à sífilis congênita, mas na prevenção e promoção da saúde de forma geral. As pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social, além de não ter acesso a bens e serviços essenciais, acabam ficando em risco pessoal. Como resposta a síntese das contradições proposta na metodologia considera-se que sendo a ‘Tese’, a vulnerabilidade social, uma mola propulsora para o aumento do número de casos de sífilis congênita. A ‘Antítese’ representada pela política de saúde. A ‘Síntese’ portanto, se resume no fato de que as ações desenvolvidas pela política de saúde não têm sido efetivas para reduzir os casos de sífilis congênita.

Ao mesmo tempo em que é notório, que o aumento das notificações de sífilis congênita em Belo Horizonte possui causas multidimensionais, como: dificuldades para aquisição de penicilina para abastecimento da rede pública, resistência ou recusa do parceiro em aderir o tratamento, falta de conhecimento sobre a gravidade da doença e suas implicações, dentre outros fatores. Pode-se afirmar que a dificuldade maior se encontra no campo de recursos humanos do SUS. A falta de profissionais, a ausência de uma capacitação continuada, a dificuldade em se tratar de assuntos que envolvem sexo e por que não dizer certo preconceito envolvendo as IST, se configuram em entraves para o combate a essa enfermidade.

A Sífilis é uma infecção que acomete no geral, indivíduos jovens e velhos, homens e mulheres, independente de classe social. Daí a necessidade de ações massivas voltadas para a prevenção, diagnóstico e tratamento. No que concerne à sífilis congênita, citou-se em dois momentos nesse estudo o papel dos ACS, mas não no intuito de responsabiliza-los. E sim de demonstrar a importância do trabalho desses profissionais que são um elo de ligação entre a UBS e as famílias. Um trabalho que facilita a criação de vínculos e a busca ativa dentro do território. Duas coisas importantes quando o assunto é pré-natal e adesão ao tratamento. Não se trata de funcionários com altos salários e conseqüentemente não representam um impacto nas finanças da prefeitura.

O ideal seriam políticas redistributivas que alterassem o contexto de desigualdade em nosso país. Que vulnerabilidade social fosse algo circunstancial e não algo permanente na vida de determinados indivíduos. No entanto, diante do contexto histórico vivido atualmente no país, onde o povo assiste meio anestesiado a retirada de direitos tão duramente

conquistados, essa ideia parece utópica demais. Nessas condições, resta ao município, buscar estratégias, como o fortalecimento das UBS para diminuir os casos de sífilis congênita em BH.

### **5.1 Outros Pontos a Considerar**

Cabe pontuar mais uma observação dessa autora, em visita a um posto de saúde da capital: na sala onde os pacientes aguardavam a consulta, dois avisos anexados sem chamar muito a atenção. Um deles comunicava a disponibilização de testes para HIV e sífilis, cujos resultados são imediatos e sigilosos. Outro conclamava a população a participar da Comissão Local de saúde realizadas na última quinta feira do mês às 16:00 horas. Essas são informações que deveriam ser anexadas de forma a chamar a atenção dos usuários e não simplesmente pregadas em um canto. Outro fator importante é, como incentivar o ‘controle social’ num encontro que acontece às 16:00 horas? O horário de funcionamento das UBSs já é algo que precisa ser discutido, pois alguns indivíduos procuram as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) por receio de perderem seus empregos. Para conseguir uma consulta: primeiro o indivíduo passa pelo acolhimento junto à equipe de enfermagem que irá decidir de acordo com a gravidade do caso, se ele passará pelo médico naquele mesmo dia, ou se será marcada uma nova data. Isso nos leva a considerar que um tratamento pode muitas vezes significar a perda do emprego. Nesse sentido, como pensar em participar das propostas e decisões sobre a saúde na comunidade no horário em que a maioria das pessoas está trabalhando? Para acabar com a cultura hospitalocêntrica que ainda faz parte do sistema de saúde atual, são necessárias mudanças, principalmente no horário de funcionamento das UBSs. Não é uma tarefa fácil, gerir recursos humanos, mesmo porque, muitas das expressões da questão social responsáveis pela situação de vulnerabilidade social dos usuários, também perpassam a vida desses funcionários. A complexidade que envolve as relações humanas é um desafio dentre tantos outros para o gestor municipal e aquele responsável por gerir um posto de saúde. De qualquer forma não é impossível, mas vai exigir um diagnóstico adequado do território, um monitoramento e avaliação das ações empreendidas, além de educação e informação para a população além de capacitação continuada para os profissionais de saúde.

## REFERÊNCIA

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. **BRASIL. SAÚDE, 2019** – Livro Branco. Saúde & Cuidados do Amanhã – Anahp, 2019.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi. BOTTINO, Botino. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle.** Educação Médica Continuada. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>. Acessado em 15/02/2019.

BARRETO, Ana Cláudia Mateus; SANTOS, Rosângela da Silva. **A Vulnerabilidade da Adolescente às Doenças Sexualmente Transmissíveis:** Contribuições para a Prática da Enfermagem. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v 13,n.4,p.809-816,Dec 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000400017&ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400017&ing=en&nrm=iso). Acessado em 05/03/2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000400017>.

BELO HORIZONTE. **Hospital Sofia Feldman.** Indicadores Hospitalares. Disponível em <http://www.sofiafeldman.org.br/indicadores-hospitalares/>. Acessado em 28/03/2019

BELO HORIZONTE. **Prefeitura Municipal.** Disponível em <http://prefeitura.pbh.gov.br/>. Acessado em 12/03/2019.

BELO HORIZONTE. **Prefeitura Municipal.** Relatório Anual de Gestão. Disponível em <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/RAG%202017.pdf>. Acessado em 20/03/2019.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão ano 2017.** Disponível em <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/RAG%202017.pdf>. Acessado em 21/03/2019.

BELLINI, Maria Isabel Barros; FALER Camila Susana; SCHERER, Patrícia Teresinha; JESUS, Tiana Brum; ARSEGO, Livia Ramalho; VIEIRA, Anan Luísa de Moraes. **Políticas Públicas e Intersetorialidade** em Debate. 2014, Brasil. Disponível em <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/8133> . Acessado em 02/03/2019

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2008 – (Biblioteca básica de serviço social; v.2). 5ª ed.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal. 33º Ed.-2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2018- **Radis Comunicação e Saúde.** Disponível em:< <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/revista/reportagem/463-sifilis--epidemia>> Acessado em 14/02/2019.

BRASIL, Ministério da Saúde . Secretaria de atenção a saúde. **Pré-Natal e Puerperio: Atenção qualificada e humanizada: Manual Técnico.** Brasília;2006.Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1926.pdf>. Acessado em 28/02/2019.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita/Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. Disponível em [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjK6OiXlshAhVIA9QKHZoiCZoQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fdiretrizes\\_controle\\_sifilis\\_congenita.pdf&usg=AOvVaw3EDaRzArFru0cFKQauKPq0](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjK6OiXlshAhVIA9QKHZoiCZoQFjAAegQIABAC&url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fdiretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf&usg=AOvVaw3EDaRzArFru0cFKQauKPq0) . Acessado em 14/02/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretária de Vigilância em saúde**. Boletim Epidemiológico, Sífilis 2018. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>>. Acessado em 12/02/2019.

CANCIAN, Natália. **Bolsonaro diz que vai recolher caderneta de saúde do adolescente**. Folha de São Paulo. Disponível em . Acessado em 12/03/2019  
<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/03/caderneta-para-saude-da-adolescente-sera-revista-diz-ministro-apos-criticas-de-bolsonaro.shtml>. Acessado em 12/03/2019.

CARVALHO, Kildade Gonçalves. **Direito constitucional: Teoria do Estado e da Constituição**. Direito Constitucional Positivo. 14<sup>a</sup> ed. Rev. Atual e ampliada. Belo Horizonte: Del Rey, 2008. Disponível em:  
<https://books.google.com.br/books?id=zwaNOigUDOWC&printsec=copyright&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>. Disponível em 26/02/2019

CARVALHO, Raul de; IAMAMOTO, Marilda. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 1983.

CHAUÍ, Marilena Sousa. **Ética e Violência no Brasil**. In: Revista Bioethikos. Centro Universitário São Camilo. Palestra proferida em 2011.  
Disponível em:  
< <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/89/A3.pdf>>. Acessado em 02/03/2019.

CASTEL, Robert. **As transformações da questão social**. 1988 In .BELFIORE-Wanderley, Mariângela. Desigualdade e a Questão Social. São Paulo: Educ, 2000.

COELHO, Ricardo Côrrea, Estado, governo e mercado, 3. ed.rev. atual, Florianópolis: Departamento de Ciência da Administração/UFSC; [Brasília]:CAPES:UAB,2014.114 p:il.

CUNHA, Edite da Penha; CUNHA, Eleonora Schetini M. **Políticas Pública Sociais**. In: Calvalho , Alysso (Org.). Políticas Públicas. Belo Horizonte: UFMG,2003. p.11-25.

DAGNINO, Renato Peixoto. **Planejamento Estratégico Governamental**. 3 ed. Ver. Atual-Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC;[Brasília]: CAPES: UAB,2014.162 pil.

DELGADO, Guilherme; THEODORO, Mario. **Política Social: Universalização ou focalização** – subsídios para o Debate. IPEA, agosto/2003.  
Disponível em:  
[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas\\_sociais/ensaio3\\_Mario7.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/ensaio3_Mario7.pdf)>. Acessado em 15/07/2015.

DEMO, Pedro. **Política Social, Educação e Cidadania**. Campinas, SP: Papyrus, 1994. (Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico). 2007. 10ª ed.

Disponível em:

<[https://books.google.com.br/books?id=gjOcUs3gQ0wC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=gjOcUs3gQ0wC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)>. Acessado em 11/07/2015.

DURKHEIM, Émile. **As Regras do Método Sociológico**. Tradução NEVES, Paulo, revisão da tradução BRANDÃO, Eduardo. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007 – (Coleção Tópicos).

EPIDEMIOLOGICA, **Serviços de Vigilância. Sífilis congênita e sífilis na gestação**. Revista Saúde Pública, v. 42, n. 4, p. 768-72, 2008. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>. Acessado em 15/02/2019

FERREIRA, Frederico Poley Martins; SANTOS, Valéria de Jesus Coelho Ferreira.

**Universalização da Saúde: Propostas e Trajetórias dos Sistemas de Saúde do Brasil e Colômbia**. In Revista Eletrônica de Economia e Políticas Públicas. Vol.2- nº1 – 1º semestre de 2014. Disponível em

<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnx1Y29ub21pYWVwb2xpdGljYXNwdWJsaWNhc3xneDoyZDg0MzhmODkwM2ViYjA5>. Acessado em 20/03/2019.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. **Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração**. Saude soc., São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 9-20, Dec. 2010. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600003&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 25/02/2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000600003>.

GIL, Célia Regina Rodrigues; MAEDA, Sayuri Tanaka. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: SOARES, Cássia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli (orgs). Fundamentos de Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem. Barueri: Manole, 2013, Disponível em: <<https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=266201>>. Acesso em 08/10/2018.

HENRIQUES, Maria de Fátima Correia de Miranda

**Vulnerabilidade para Sífilis congênita: estudo descritivo em maternidades com projeto nascer em Pernambuco – Recife**, 2008. Disponível em

<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp069471.pdf>. Acessado em 02/03/2019

KUSCHNIR, Rosana Chigres; CHORNY, Adolfo Horácio; LIRA, Anilka Medeiros Lima e. **Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde**. - 3 ed. Ver. Atual. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014.

LIMA, Marina Guimarães et al. **Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte**, Minas Gerais, 2001-2008. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 499-506, Feb. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200021&lng=en&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200021>. Acessado em 15/02/2019

MARX, Karl. **A Miséria da Filosofia.** Coleção Grandes Obras do Pensamento Universal 77. São Paulo: Escala, 2007.

MINAS GERAIS. **Secretária do Estado de Minas Gerais. Saúde.** Sífilis 2019.17/11/2016. Atualizado 22/02/2019. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/sifilis>. Acessado em 23/02/2019

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. **Redes de Atenção a Saúde: A Atenção a Saúde Organizada em Redes.** São Luis/MA, 2016 – Universidade Federal do Maranhão. EDUFMA

RODRIGUES, Edilene Matos, NASCIMENTO, Rafaella Gontijo, ARAÚJO, Allisson. **Protocolo na assistência pré-natal:** ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Rev. Esc. Enferm. USP- 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a02.pdf>. Acessado em 03/03/2019.

SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas públicas.** Brasília: Enap, v. 1, p. 317, 2006. Disponível em [http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1267/1/cppv2\\_0402\\_massardier.pdf](http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1267/1/cppv2_0402_massardier.pdf). Acesso em 10/03/2019

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Gerência de Vigilância Epidemiológica.** Dados: SINANNET/MS-DPVS/GVIGE-SMS-BH - Dados atualizados em 08/04/2019- \*Dados sujeitos a revisão. Disponibilizado por [nucleoep@pbh.gov.br](mailto:nucleoep@pbh.gov.br).

SEGRE, Marco ,FERRAZ, Flávio **Carvalho O conceito de saúde.** Rev. Saúde Pública [online]. 1997, vol.31, n.5, pp.538-542. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>>. Acesso em 26/02/2019

BRASIL.SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. – **Notificações Registradas:** Banco de Dados 2019. Disponível em <http://portalsinan.saude.gov.br/>. Acesso em 20/03/2019.

VAL, Luciane Ferreira do; NICHATA, Lucia Yasuko Izumi. **A Integralidade e a Vulnerabilidade Programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica.** Ver. Esc.Enferm.USP, São Paulo, v 48, n. spe,p.145-151, Aug.2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000700145&ing=en&&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700145&ing=en&&nrm=iso)