

MONITORAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA: DESAFIOS E ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ

Epidemiological Monitoring of Congenital Syphilis: Challenges and Attributions of Social Work in the Context of Campos dos Goytacazes/RJ

Letícia da Silva Santos Barreto Manhães*
Universidade Federal Fluminense

Maria Clélia Pinto Coelho**
Universidade Federal Fluminense

Resumo

O presente artigo tem como objetivo analisar a atuação do Serviço Social no monitoramento epidemiológico da Sífilis Congênita no município de Campos dos Goytacazes/RJ, com o objetivo de desvelar as barreiras socioeconômicas e institucionais que impactam a saúde pública. A metodologia empregada consistiu em uma pesquisa exploratória e descritiva, fundamentada na experiência prática de estágio supervisionado e realizada no Centro de Doenças Infecto Parasitárias (CDIP II) do município. A Sífilis Congênita é abordada como uma grave expressão da questão social, que revela de forma contundente as iniquidades no acesso à saúde e a fragilidade das políticas públicas destinadas à população vulnerável. Os resultados do estudo apontam que a baixa escolaridade e a segregação territorial, manifestada pela residência em bairros periféricos, atuam como cruciais determinantes sociais da saúde das gestantes em tratamento, dificultando significativamente a adesão ao pré-natal e ao tratamento completo. Demonstra-se que o Serviço Social, alinhado ao seu Projeto Ético-Político, atua como um mediador fundamental neste cenário, promovendo o acesso aos serviços, a escuta qualificada e a necessária articulação de redes intersetoriais para o efetivo enfrentamento da doença. Os resultados mostram ainda que a intervenção profissional é essencial não apenas para desvelar as barreiras de classe e gênero que perpetuam o ciclo de reinfecção, mas principalmente para qualificar a resposta do Estado no enfrentamento do problema e garantir o direito à saúde como política social.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis Congênita. Serviço Social. Determinantes Sociais da Saúde. Políticas Públicas. Campos dos Goytacazes.

Abstract

This article aims to analyze the role of Social Work in the epidemiological monitoring of Congenital Syphilis in the municipality of Campos dos Goytacazes/RJ, with the objective of revealing the socioeconomic and institutional barriers that impact public health. The methodology employed consisted of exploratory and descriptive research, based on the practical experience of supervised internship and carried out at the Center for Infectious and Parasitic Diseases (CDIP II) in the municipality. Congenital Syphilis is addressed as a serious expression of the social question, which forcefully reveals the

inequities in access to health and the fragility of public policies aimed at the vulnerable population. The results of the study indicate that low education levels and territorial segregation, manifested by residence in peripheral neighborhoods, act as crucial social determinants of the health of pregnant women undergoing treatment, significantly hindering adherence to prenatal care and completion of treatment. It is demonstrated that Social Work, aligned with its Ethical-Political Project, acts as a fundamental mediator in this scenario, promoting access to services, qualified listening, and the necessary articulation of intersectoral networks for the effective tackling of the disease. The results show that professional intervention is essential not only to unveil the class and gender barriers that perpetuate the cycle of reinfection, but mainly to qualify the State's response in addressing the problem and guaranteeing the right to health as a social policy.

KEYWORDS: Congenital Syphilis. Social Work. Social Determinants of Health. Public Policies. Campos dos Goytacazes.

Introdução

A Sífilis Congênita (SC) representa um dos mais graves problemas de saúde pública no Brasil, sendo um indicador sensível da qualidade da assistência pré-natal e das desigualdades sociais existentes. A persistência e o aumento de seus casos, mesmo diante de protocolos de tratamento bem estabelecidos, revelam que a doença ultrapassa a esfera biológica, configurando-se como uma expressão concreta da questão social. O enfrentamento da SC exige, portanto, uma abordagem que vá além do modelo biomédico, incorporando a análise dos determinantes sociais da saúde que condicionam a vulnerabilidade das gestantes e de seus parceiros.

Nesse contexto, o Serviço Social se insere como profissão estratégica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando na interface entre as políticas públicas e a realidade concreta dos usuários. Sua intervenção mostra-se essencial no monitoramento epidemiológico que, para além da coleta de dados, envolve a identificação e o enfrentamento das barreiras socioeconômicas e institucionais que dificultam o acesso e a adesão ao tratamento.

O presente artigo tem como objetivo analisar a atuação profissional do assistente social no Centro de Doenças Infecto-Parasitárias (CDIP II) de Campos dos Goytacazes/RJ, destacando os desafios e as estratégias profissionais no sistema de monitoramento da Sífilis Congênita. O foco principal reside na análise aprofundada da prática profissional, conforme vivenciada e sistematizada no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da autora, que se debruçou sobre a experiência de estágio supervisionado na referida instituição.

A relevância deste estudo assenta-se em três eixos: primeiro, contribuir para o debate acerca da dimensão ética, política e técnico-operativa do Serviço Social na saúde; segundo, oferecer uma análise concreta dos desafios do monitoramento da SC em um município de grande porte do interior do Estado do Rio de Janeiro; e, por fim, subsidiar a qualificação da intervenção profissional e o aprimoramento das políticas públicas de saúde locais.

SUS, Sífilis Congênita e a atuação do Serviço Social

Até a década de 1980, a saúde no Brasil era tratada de forma curativa e imediatista, com foco no tratamento das doenças, sendo o acesso aos serviços restrito, sobretudo, àqueles vinculados ao mercado formal de trabalho. Esse modelo excludente refletia a lógica das políticas sociais seletivas vigentes no período autoritário, nas quais o acesso aos serviços de saúde não se configurava como um direito universal. Com o processo de redemocratização, a partir dos anos 1980, a saúde passou a ser concebida como um direito social, vinculado aos ideais de democracia e justiça social.

Essa inflexão foi profundamente influenciada pelo processo de mobilização social protagonizado por diferentes sujeitos coletivos, entre eles profissionais de saúde, intelectuais, movimentos populares, sindicatos e entidades da sociedade civil, que estruturaram o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Tal movimento desempenhou papel central na crítica ao modelo assistencial vigente e na formulação de uma proposta alternativa, baseada na concepção ampliada de saúde, entendida como resultado das condições sociais, econômicas, políticas e culturais de vida da população. Nesse contexto, a luta pela saúde ultrapassou o campo estritamente técnico e passou a se constituir como uma pauta política, vinculada à defesa dos direitos sociais e à ampliação da cidadania.

A Constituição Federal de 1988 consolidou esse processo ao instituir a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, bem como a participação da comunidade na formulação, no acompanhamento e no controle das políticas públicas de saúde. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) materializou, assim, uma conquista histórica resultante da ação coletiva e da participação social, expressa institucionalmente por meio de espaços como conselhos e conferências de saúde.

Fleury (1998) analisa que as políticas sociais redefinem fundamentalmente as relações entre Estado e sociedade, na medida em que incorporam demandas sociais em estruturas institucionais e transformam interesses privados em direitos públicos. Nesse processo, o Estado deixa de ser um mero provedor de serviços para se tornar um espaço de mediação entre diferentes grupos sociais. O SUS exemplifica essa transformação ao institucionalizar a participação social através de conselhos e conferências, reconhecendo que a saúde é um direito que se constrói coletivamente. Tal compreensão converge com a afirmação de Merhy (2003, p. 24) de que "a saúde deixa de ser apenas um serviço curativo e passa a ser um direito público, ou seja, um direito de cidadania".

Dessa forma, reconhecer a saúde como direito de cidadania implica compreender a centralidade da mobilização social e da participação popular tanto na construção histórica do SUS quanto em sua defesa permanente frente aos desafios contemporâneos. As políticas

públicas de saúde, nesse sentido, não se sustentam apenas por dispositivos normativos, mas pela ação contínua da sociedade civil organizada, que reivindica, acompanha e tensiona o Estado na garantia do acesso universal, igualitário e de qualidade aos serviços de saúde.

Os ideais de universalização da saúde e descentralização administrativa foram fundamentais para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987. O SUDS visava aproximar a gestão de saúde das realidades locais, permitindo maior autonomia aos estados e municípios. Essa abordagem foi consolidada com a Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como direito de todos os cidadãos. O SUS, estruturado em princípios de universalidade, equidade e descentralização, transformou a saúde pública no Brasil, garantindo acesso integral e igualitário aos serviços de saúde em todo o território nacional.

A criação do SUS foi um marco para o desenvolvimento de sistemas de vigilância epidemiológica no Brasil, fundamentais para monitorar e combater doenças de notificação compulsória, como a sífilis congênita. A descentralização administrativa e a universalização do acesso permitiram maior eficácia na identificação de casos e no encaminhamento para tratamento.

Os pilares do SUS são *equidade*: que reconhece as desigualdades existentes e busca promover justiça social ao priorizar o atendimento das populações mais vulneráveis, tratando os desiguais de forma desigual para reduzir as disparidades; *integralidade*: que garante que a atenção à saúde seja completa, abrangendo desde ações preventivas até tratamentos complexos, visando o cuidado contínuo e integrado; e *universalidade*: que assegura que todos os cidadãos tenham direito ao acesso às ações e serviços de saúde, sem discriminação, reafirmando a saúde como um direito de todos e dever do Estado, conforme previsto na Constituição Federal de 1988. Esses pilares são sustentados por uma gestão democrática e ampliada, alinhada aos princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Neste sentido, a participação ativa de usuários e atores sociais na agenda pública e nos processos decisórios da saúde, visa atender às necessidades de todos os cidadãos e promover uma abordagem que valoriza o acesso universal à cidadania.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), um marco na garantia do direito à saúde, ocorre em um cenário de forte tensão política. Embora suas leis regulamentadoras (8.080/90 e 8.142/90) estabeleçam os princípios da universalidade e integralidade, sua efetividade é constantemente ameaçada pela hegemonia de diretrizes neoliberais. Esse processo, longe de ser uma simples modernização, configura o que Behring (2003) define como uma 'contrarreforma' do Estado. Para a autora, trata-se de um projeto de desestruturação do Estado e perda de direitos, que se manifesta no subfinanciamento crônico do SUS, na privatização de serviços e na precarização do trabalho, minando as bases da seguridade social conquistadas na Constituição de 1988.

É nesse contexto de disputa que a categoria dos Assistentes Sociais se insere. Reconhecidos como profissionais da saúde (Resoluções CNS nº 218/1997 e CFESS nº 383/1999), sua atuação na linha de frente representa um ponto estratégico de resistência, defendendo os princípios democráticos do sistema contra a lógica privatista e focalizadora imposta pela contrarreforma neoliberal.

Sob essa perspectiva, o papel dos assistentes sociais na saúde se expande, indo além do modelo biomédico e incorporando uma abordagem que considera os condicionantes sociais da saúde. Isso permite a construção de um sistema de saúde baseado em princípios que assegurem um acesso amplo e promovam a justiça social. Os assistentes sociais, alinhados com o Projeto Ético-Político Profissional, atuam para garantir que a saúde seja vista como um direito universal, fortalecendo a cidadania e a justiça social.

O assistente social contribui com essa perspectiva, através de ações interdisciplinares visando a promoção, proteção e recuperação da saúde, considerando os determinantes sociais que atingem diretamente a saúde da população. Neste sentido, para o Serviço Social, o SUS não é apenas um campo de trabalho, mas o espaço de concretização de um projeto ético-político que reconhece a saúde como um processo social determinado pelas condições de vida e trabalho da população (BRASIL, 1999).

A Sífilis Congênita (SC)¹, infecção do feto pela bactéria Treponema Pallidum, transmitida pela gestante infectada, emerge neste cenário como um grave problema de saúde pública. Sua ocorrência é classificada como um evento sentinel, um indicador que sinaliza falhas críticas na assistência à saúde, especialmente, na qualidade do pré-natal e na atenção primária (BRASIL, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), a sífilis congênita é uma doença transmitida da mãe com sífilis, não tratada ou tratada de forma não adequada, para a criança durante a gestação (transmissão vertical). A sífilis congênita também pode ser responsável por problemas como aborto espontâneo, prematuridade ou baixo peso ao nascer.

O aumento persistente dos casos de Sífilis congênita no país, em contraste com a disponibilidade de diagnóstico e tratamento eficazes, evidencia que a doença transcende a esfera puramente biomédica. A persistência dessa infecção é um reflexo direto das iniquidades sociais e da fragilidade das políticas públicas.

Conforme o referencial teórico do Serviço Social, a Sífilis Congênita configura-se como uma nítida expressão da questão social, pois sua incidência está intrinsecamente ligada a fatores como a pobreza, a baixa escolaridade, o desemprego e a segregação territorial. Estes

¹ A sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. Na América Latina e Caribe, estima-se que entre 166.000 e 344.000 crianças nasçam com sífilis congênita anualmente (Boletim Epidemiológico da Sífilis, 2019). Ver: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/sifilis-teste-rapido-e-tratamento-na-gestacao/Revista Goitacá, v. 4, n. 2, p. 1-13, jul-dez/ 2025>.

elementos atuam como determinantes sociais da saúde, dificultando o acesso e a adesão das gestantes vulneráveis ao tratamento e ao acompanhamento do pré-natal adequado.

A superação dessas desigualdades e o fortalecimento das políticas públicas de saúde exigem uma abordagem integrada que não se restrinja ao tratamento clínico. É fundamental que as ações de saúde visem o fortalecimento do SUS, a ampliação da cobertura do pré-natal, a melhoria da educação em saúde e o combate ao estigma social em torno das ISTs. As políticas públicas devem, portanto, focar não apenas no tratamento, mas na transformação das condições sociais que perpetuam o ciclo de infecção e reinfeção.

O monitoramento epidemiológico é a ferramenta essencial para o controle da SC, permitindo a vigilância contínua da doença e a avaliação da efetividade das ações de saúde. A inserção do assistente social no setor saúde é legitimada pela Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde e pela Resolução CFESS nº 383/1999, conforme mencionado anteriormente, que o reconhece como profissional da saúde (CFESS, 1999). A contribuição do Serviço Social, portanto, vai além do modelo biomédico, incorporando rigorosamente a análise dos condicionantes sociais que impactam a saúde.

No contexto do monitoramento epidemiológico da SC, a atuação profissional se desdobra na mediação e acesso aos serviços, na busca ativa e intervenção social (transformando ferramentas como a planilha de monitoramento em instrumentos de intervenção) e na articulação de redes intersetoriais (saúde, assistência social, educação) para garantir o suporte necessário às gestantes e suas famílias, conforme preconiza a Política Nacional de DST/AIDS (BRASIL, 1999). Dessa forma, o Serviço Social se estabelece como um componente indispensável para desvelar as barreiras de classe e gênero que perpetuam a SC, qualificando a resposta do Estado e garantindo o direito à saúde como política social.

A prática profissional do Serviço Social no CDIP II: Desafios e estratégias no monitoramento da sífilis congênita

A experiência de estágio supervisionado em Serviço Social no CDIP II de Campos dos Goytacazes permitiu uma aproximação concreta com os desafios da atuação do Serviço Social no monitoramento da Sífilis Congênita. O CDIP II, referência municipal no tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/AIDS e Hepatites Virais, atende não apenas a população do município, mas também usuários encaminhados de municípios vizinhos, o que amplia significativamente a demanda e a complexidade dos casos acompanhados.

No contexto da sífilis congênita, o papel do Serviço Social se revela essencial na articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, na busca ativa de gestantes e puérperas, e na garantia de acesso aos direitos sociais e às políticas públicas correlatas. A

prática profissional exige um olhar crítico e interdisciplinar, uma vez que o enfrentamento da sífilis congênita extrapola o campo biomédico, envolvendo determinantes sociais como vulnerabilidade econômica, baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e situações de negligência ou desinformação quanto ao pré-natal.

Entre os principais desafios observados no cotidiano do CDIP II está a descontinuidade no acompanhamento das gestantes diagnosticadas, especialmente, em casos de evasão do tratamento ou da ausência dos parceiros nos atendimentos. Tal situação demanda do assistente social estratégias que envolvam tanto a mobilização intersetorial, quanto a escuta qualificada e o fortalecimento do vínculo com as usuárias desse serviço. O trabalho requer também uma postura ética e comprometida com a defesa dos direitos reprodutivos e a redução das iniquidades sociais.

A atuação do Serviço Social nesse espaço de saúde é mediada pela compreensão do processo saúde-doença como um fenômeno social, e não apenas biológico. Assim, o profissional precisa atuar de forma articulada com a equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos e técnicos de enfermagem; contribuindo para a elaboração de planos de cuidado integrais e humanizados. Nesse processo, a comunicação efetiva e o registro sistemático das informações são ferramentas fundamentais para o monitoramento dos casos e para a elaboração de estratégias que visem à interrupção da cadeia de transmissão vertical da sífilis.

Embora o Brasil tenha instituído políticas públicas voltadas para a eliminação da sífilis congênita, como por exemplo, a testagem universal para sífilis durante o pré-natal e o tratamento gratuito com antibióticos, como a penicilina, a falta de continuidade no acompanhamento médico, especialmente, entre mulheres em situação de vulnerabilidade social, é uma das principais causas do aumento de casos de sífilis congênita.

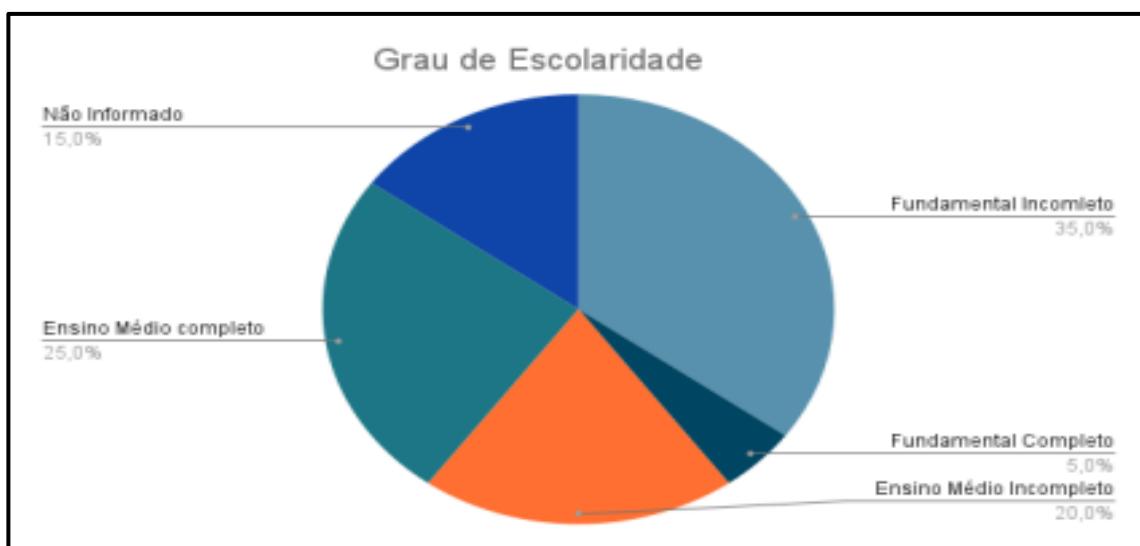
Ainda que existam medidas de prevenção e tratamento, o SUS enfrenta desafios estruturais significativos para garantir que todas as gestantes, especialmente, aquelas em situação de vulnerabilidade social, tenham acesso ao pré-natal de qualidade, refletindo a desigualdade socioeconômica e regional que cerceia todo o país. Nas regiões periféricas do país, existe uma grande barreira na efetivação das políticas de prevenção, que são as desigualdades no acesso à educação em saúde, a precariedade dos serviços de saúde e a escassez de recursos humanos e materiais.

Diante desse contexto, observa-se que, mesmo com os avanços e a ampliação das estratégias de enfrentamento da sífilis congênita, persistem desigualdades que comprometem a efetividade das ações. O acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado ainda é limitado para muitas gestantes, sobretudo àquelas residentes em áreas periféricas ou em situação de vulnerabilidade social, onde os serviços de saúde são mais precários e a informação sobre prevenção é restrita.

Neste cenário, compreender o perfil social das mulheres acometidas pela sífilis congênita, torna-se fundamental para identificar os fatores que ampliam sua vulnerabilidade e dificultam o acesso aos serviços de saúde. Um estudo de campo, envolvendo as gestantes com diagnóstico positivo para a SC, no CDIP, possibilitou uma rica análise dos dados e permitiu uma leitura mais concreta dessa realidade, evidenciando a presença de significativas variáveis sociais, como o nível de escolaridade e o local de residência, condicionantes que influenciam diretamente o acompanhamento pré-natal e a adesão ao tratamento. Com base nessa perspectiva, realizou-se a análise de prontuários de 30 gestantes/mães em tratamento da sífilis congênita no período de maio de 2023 a agosto de 2024, atendidas no CDIP-II.

Os gráficos que seguem, demonstram a presença desses condicionantes - escolaridade e local de residência - na realidade de vida das mulheres/mães acompanhadas pelo referido serviço, impactando os resultados de adesão e tratamento.

Gráfico 1 – Grau de escolaridade das mulheres/mães em tratamento da Sífilis Congênita, atendidas no CDIP II - 2023/2024



Fonte: Elaboração própria com base em dados do CDIP II.

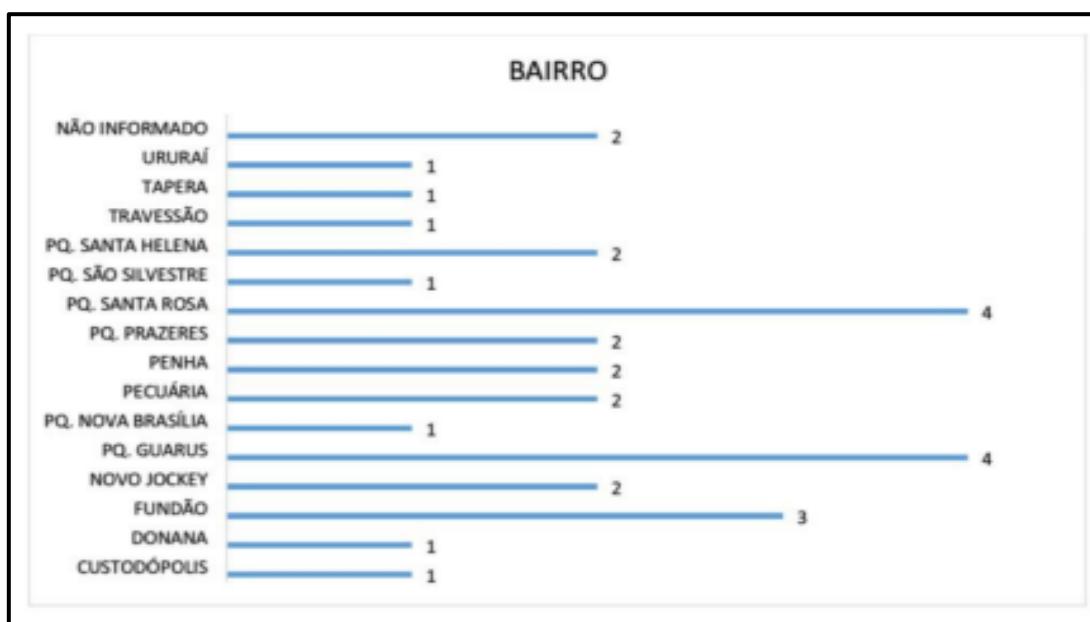
Como pode ser observado no Gráfico 1 acima, dentre as 30 usuárias em questão, nota-se que há uma distribuição diversificada em relação ao grau de escolaridade, na qual, observa-se uma concentração no ensino básico/fundamental (completo e incompleto), ou seja, 40%, que corresponde a 12 mulheres e no ensino médio (completo e incompleto), em torno de 45%, representando 14 mulheres. Destacamos que não há registro de ensino superior e que 15%, ou seja, 04 mulheres, não informaram o grau de escolaridade.

Esse índice evidencia um déficit no acesso à educação dessas mulheres e os dados são preocupantes, pois, “o baixo nível educacional está relacionado ao menor acesso à informação, bem como, ao restrito entendimento da importância das medidas de prevenção

das ISTs durante a gestação e de como isso pode afetar o futuro conceito” (PEREIRA et al., 2020, p. 566). A escolaridade é um importante indicador socioeconômico, pois reflete diretamente o nível de acesso à informação sobre os agravos à saúde, além de influenciar as respostas das gestantes às medidas preventivas e de tratamento. Mulheres com maior escolaridade tendem a seguir de forma mais adequada o acompanhamento pré-natal, uma vez que possuem mais acesso a orientações e recursos. Por outro lado, aquelas com baixa escolaridade, frequentemente associadas às condições socioeconômicas desfavoráveis, estão mais propensas a iniciar o pré-natal de forma tardia, a contrair infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) antes e durante a gestação e a enfrentar maior número de partos e partos prematuros, evidenciando o impacto das desigualdades educacionais na saúde materno-infantil.

Sobre o local de residência das mães em acompanhamento da sífilis congênita no CDIP II, a partir do recorte temporal de 2023/2024, os dados apontam que todas as mães residem no município de Campos dos Goytacazes, porém, em bairros periféricos, ou seja, 30 (trinta) mães, residem em regiões periféricas da cidade, podendo ser um fator de dificuldade para acessar esse serviço, conforme demonstrado no Gráfico 2 abaixo:

Gráfico 2 – Local de Residência das mulheres/mães em tratamento da Sífilis Congênita, atendidas no CDIP II - 2023/2024



Fonte: CDIP II - Elaborado pela autora

Dessa forma, faz-se necessário compreender o que é centro urbano e periferia. Segundo Corrêa (1995), o espaço urbano é dividido entre centros urbanos e áreas periféricas. O centro é considerado crucial, pois, encontra-se no núcleo de cada cidade e opera como

ponto de atração (econômica, social e política), cujo acesso e desfrute efetivo devem atender às demandas da ordem do capital. Já as periferias encontram-se à margem, devido às características de seus territórios e à tradicional distância das áreas centrais, sendo considerada como segregada.

Diante disso, as populações que habitam os bairros mais distantes do centro urbano, frequentemente associados à pobreza, experimentam de forma mais aguda as consequências da desigualdade social. A distância física e simbólica dessas áreas em relação aos centros urbanos dificulta o acesso a serviços essenciais, como saúde, educação e infraestrutura básica, o que agrava a condição de exclusão social. Essa divisão territorial não é apenas uma questão de distância geográfica, mas reflete um processo histórico de segregação, no qual as periferias permanecem em uma posição de marginalização.

Nesse sentido, Nascimento (2004) afirma que a população de mais alto poder aquisitivo tem mais condições de se deslocar para os centros urbanos ou para locais cujos bens e serviços são de melhor qualidade e mais caros, enquanto as pessoas mais pobres, devido à mobilidade reduzida, recorrem a serviços locais para tentar satisfazer as suas demandas.

A falta de investimentos e de políticas públicas adequadas perpetua um ciclo de vulnerabilidades, no qual as disparidades entre o centro e a periferia se ampliam, prejudicando o bem-estar e as oportunidades de desenvolvimento para as populações que residem nas áreas periféricas. A partir destas reflexões e, ao observarmos o Gráfico 2, podemos afirmar que as mães em acompanhamento no CDIP, para o tratamento da sífilis, enfrentam uma barreira territorial importante, que pode representar um obstáculo para a adesão ao tratamento. Neste sentido, é importante destacar que o pré-natal, enquanto um direito, se configura como agente fundamental no enfrentamento da sífilis congênita, pois, como apontam Motta *et al.* (2018), um acompanhamento inadequado pode ser responsável por até 90% dos casos da doença.

Outra questão que não poderíamos deixar de pontuar é que, a ausência de cuidados, por parte dos homens, torna ainda mais crucial a realização adequada do pré-natal, pois, ele oferece uma importante via de identificação da doença nos parceiros, possibilitado pelo rastreio da via materna. Dessa forma, o pré-natal não deve ser encarado como responsabilidade exclusiva das mães/mulheres, mas também dos parceiros, que devem ser incentivados a participar ativamente do acompanhamento, a fim de superar as barreiras culturais que associam o cuidado com a saúde na gestação, quase que exclusivamente à figura materna.

E, nesse sentido, é fundamental refletir sobre as medidas de prevenção das ISTs. Em uma sociedade como a brasileira, marcada por fortes desigualdades de gênero, a simples atitude da mulher em pedir o uso do preservativo pode colocar em xeque a relação afetiva, *Revista Goitacá, v. 4, n. 2, p. 1-13, jul-dez/ 2025.*

suscitando suspeitas no parceiro. Ele pode interpretar a solicitação como um sinal de desconfiança em relação a ele ou como uma demonstração de falta de afeto, pois, para muitos, a camisinha é vista como um obstáculo ao prazer, o que reforça ainda mais as pressões sobre a mulher para “agradar” o parceiro. As negociações que permeiam esse tipo de relação tendem a favorecer quase que exclusivamente os homens. Nesse cenário, as mulheres têm menos autonomia para não aceitar a recusa do uso do preservativo, por parte do parceiro, o que contribui para a perpetuação do ciclo de reinfecção.

A negociação sexual é uma prática que pressupõe a existência de algo a ser barganhado (...). A desvantagem das mulheres nessa medida interventora é verificada quando se percebe que a principal medida preventiva negociável é o uso da ‘camisinha’, um método masculino. Várias questões irão restringir a exigência do uso da ‘camisinha’ pelo parceiro, uma vez que usar ou não preservativo não é só uma escolha individual, mas uma escolha que depende diretamente da aceitação ou não do parceiro e implica custos e benefícios. Dentre as restrições na solicitação para uso da ‘camisinha’ estão as representações de amor e sexualidade que homens e mulheres apresentam em relação aos seus encontros sexuais e que se contrapõem a exigências dessa ordem. Outra questão é o pouco hábito de discussão sobre sexo entre os parceiros, já que contracepção é culturalmente um dever feminino e as DSTs passam muitas vezes desapercebidas pelos casais e serviços de saúde (NASCIMENTO et al., 2004, p. 80).

A dificuldade de negociação para o uso do preservativo em relacionamentos estáveis representa um fator de risco significativo, contribuindo para o aumento dos casos de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). A desigualdade de gênero, presente nessas relações, compromete a autonomia da mulher na adoção de medidas preventivas, perpetuando o ciclo de reinfecção e dificultando o enfrentamento dessa problemática de saúde pública. Diante desse cenário, o pré-natal desempenha um papel essencial, não apenas no monitoramento da gestação, mas, também, como uma importante oportunidade para a identificação precoce de ISTs e a adoção de estratégias de prevenção e promoção da saúde materno-infantil.

Portanto, segundo Nascimento et al. (2004), um dos maiores entraves no monitoramento da SC é a não adesão do parceiro sexual ao tratamento, o que perpetua o ciclo de reinfecção da gestante. Este problema está profundamente enraizado nas desigualdades de gênero da sociedade brasileira. A mulher, em relacionamentos estáveis, frequentemente se encontra em uma posição de desvantagem na negociação sexual para o uso do preservativo e a solicitação do uso da camisinha pode ser interpretada pelo parceiro como desconfiança ou falta de afeto, em um contexto em que a contracepção é culturalmente delegada à mulher e a manifestação do desejo masculino é priorizada.

O Serviço Social no CDIP II atua diretamente neste desafio, promovendo a escuta qualificada e o acolhimento que visam empoderar a mulher e mediar o diálogo com o parceiro e a equipe de saúde. A intervenção busca desnaturalizar a responsabilidade exclusiva da mulher pela prevenção e pelo tratamento, inserindo a questão da saúde sexual e reprodutiva

na dinâmica familiar e social.

Nessa dinâmica, as estratégias de intervenção do assistente social no monitoramento incluem: Busca Ativa e Acompanhamento Contínuo (utilizando a planilha de monitoramento para superar a barreira territorial); Articulação de Redes (mobilização de recursos e serviços na rede socioassistencial e de saúde); Educação em Saúde e Conscientização (abordando a importância do diagnóstico precoce e o tratamento conjunto do casal) e Mediação e Acolhimento (oferecendo um espaço de escuta para as dificuldades socioeconômicas e emocionais).

A experiência em Campos dos Goytacazes demonstra que a intervenção do Serviço Social é um fator determinante para a redução da transmissão vertical. A redução de 50% nos casos de Sífilis Congênita em 2024 (de 127 para 65 casos), comparado ao ano anterior e o aumento de 64% no diagnóstico dos casos de crianças expostas (de 11 para 70), em relação ao ano anterior, sugerem que as ações de monitoramento e busca ativa estão sendo eficazes na identificação precoce e na interrupção da transmissão.

Considerações Finais

O monitoramento epidemiológico da Sífilis Congênita em Campos dos Goytacazes/RJ, conforme analisado a partir da prática profissional do Serviço Social no CDIP II, revela a complexa interconexão entre saúde, política pública e questão social. A persistência da doença é um reflexo direto das iniquidades sociais, evidenciadas pela baixa escolaridade e pela segregação territorial das gestantes afetadas.

O assistente social se consolida como um profissional essencial neste cenário, pois sua atuação é capaz de desvelar e intervir nos determinantes sociais que o modelo biomédico não alcança. Ao promover a busca ativa, a articulação de redes e a escuta qualificada, o assistente social transforma o monitoramento epidemiológico de um mero procedimento estatístico, em uma estratégia de intervenção social e de defesa de direitos.

Sendo assim, para o aprimoramento da atuação profissional nesse campo da política pública, sugere-se: fortalecimento da Atenção Primária (integrar o Serviço Social nas UBS para atuar no pré-natal), estratégias de gênero (desenvolver programas específicos para a inclusão e conscientização dos parceiros sexuais) e investimento em mobilidade (criar mecanismos de apoio para superar a barreira territorial).

Em suma, o enfrentamento da Sífilis Congênita exige a consolidação de um SUS que seja, de fato, integral e equitativo. A contribuição do Serviço Social é vital para que a saúde seja compreendida e praticada como um direito universal, e não como um privilégio condicionado pela classe social, raça ou gênero.

Referências

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

BRASIL. **Lei nº 8.080, 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 18025, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CFESS. **Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999**. Dispõe sobre a atuação do assistente social na área da saúde. Disponível em: <http://www.cfess.org.br>. Acesso em: 31 out. 2025.

CORRÊA, R. L. **O espaço urbano**. São Paulo: Ática, 1995.

FLEURY, Sonia. **Políticas sociais e cidadania**. Tradução: Andreia Assis. Working Paper, September 1998.

MERHV, E. E. e FRANCO, T. B. PSF: CONTRADIÇÕES DE UM PROGRAMA DESTINADO À MUDANÇA DO MODELO TECNOASSISTENCIAL. In: **O TRABALHO EM SAÚDE**: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. HUCITEC, São Paulo, 2003. Disponível em: <https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wpcontent/uploads/sites/151/2017/10/11PSFcontradicoes.pdf>. Acesso em 20 de janeiro de 2025.

MOTTA, I. A. et al. Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta? **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 28, n. 6, p. 12-16 dez. 2018. Disponível em: <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2418>. Acesso em 18 de setembro de 2025.

NASCIMENTO et al. A negociação sexual e o uso do preservativo em relacionamentos estáveis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 78-87, jan./fev. 2004.

PEREIRA et al. Sífilis congênita: fatores associados à ocorrência e desfechos perinatais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 20, n. 2, p. 565-574, abr./jun. 2020.

NOTAS

***Letícia da Silva Santos Barreto Manhães**

Graduada em Serviço Social

E-mail: leticia_barreto@id.uff.br

<https://orcid.org/0009-0001-7210-6432>

****Maria Clélia Pinto Coelho**

Mestra em Serviço Social

E-mail: mclelia@id.uff.br

<https://orcid.org/0000-0003-3112-8368>

CONJUNTO DE DADOS DE PESQUISA

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

FINANCIAMENTO:

Não se aplica.

CONSENTIMENTO DE USO DE IMAGEM:

Não se aplica

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA:

Não se aplica.

CONFLITO DE INTERESSES:

Não se aplica

LICENÇA DE USO

Os autores cedem à Revista Goitacá os direitos exclusivos de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution (CC BY) 4.0 Internacional. Esta licença permite que terceiros remixem, adaptem e criem a partir do trabalho publicado, atribuindo o devido crédito de autoria e publicação inicial neste periódico. Os autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não exclusiva da versão do trabalho publicada neste periódico (ex.: publicar em repositório institucional, em site pessoal, publicar uma tradução, ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial neste periódico.

PUBLISHER

Universidade Federal Fluminense. Publicação no Portal de Periódicos UFF. As ideias expressadas neste artigo são de responsabilidade de seus autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores ou da universidade.

EDITORES

Ana Claudia de Jesus Barreto

HISTÓRICO

Recebido em: 10-11-2025 – Aprovado em: 23-12-2025 – Publicado em: 31-12-2025.