

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

CINTHIA ALVES DA SILVA

DEU ZIKA!
SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CASOS DE SÍNDROME CONGÊNITA
DO ZIKV EM VITÓRIA-ES

VITÓRIA
2019

CINTHIA ALVES DA SILVA

DEU ZIKA!
SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CASOS DE SÍNDROME CONGÊNITA
DO ZIKV EM VITÓRIA-ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do título de mestre em Política Social.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Teixeira Garcia.

VITÓRIA
2019

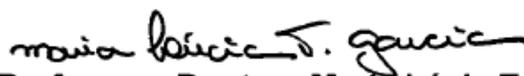
CINTHIA ALVES DA SILVA

**DEU ZIKA! SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CASOS DE
SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKV EM VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Política Social.

Aprovada em 10 de julho de 2019.

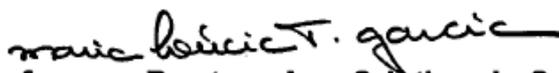
COMISSÃO EXAMINADORA



**Professora Doutora Maria Lúcia Teixeira Garcia
Orientadora/Universidade Federal do Espírito Santo**



**Professora Doutora Ana Targina Rodrigues Ferraz
Universidade Federal do Espírito Santo**



**Professora Doutora Ana Cristina de Souza Vieira
Universidade Federal de Pernambuco**



**Professora Doutora Edineia Figueira dos Anjos Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo**

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

S586d Silva, Cinthia Alves da, 1982-
Deu Zika! : Serviços de saúde para casos de síndrome
congenita do Zika em Vitória-ES / Cinthia Alves da Silva. -
2019.
320 f. : il.

Orientadora: Maria LúciaTeixeira Garcia.
Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e
Econômicas.

1. Vírus da Zika. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Política de
saúde. 4. Política Social. I. Garcia, Maria LúciaTeixeira. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências
Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 32

AGRADECIMENTOS

Para escrever estes agradecimentos fiquei por vários minutos olhando a página em branco tentando encontrar uma maneira de fugir à regra: não queria começar agradecendo a Deus como todo mundo faz... Entretanto, ao olhar para trás e lembrar tudo que vivi até aqui, é impossível não pensar primeiramente em Deus, que por meio da espiritualidade amiga não só me sustentou e me inspirou, mas também colocou tantas pessoas maravilhosas no meu caminho e às quais deixo minha profunda e sincera gratidão:

Meu pai, Luiz e minha mãe, Sueli, que me escolheram como filha antes mesmo de eu existir e que seguraram comigo todas as barras possíveis e impossíveis, não medindo esforços financeiros, físicos, afetivos, pedagógicos... para me manter morando em Vitória e firme no meu propósito de estudar. Vocês são os verdadeiros mestres da minha vida!

Juliana Archanjo e família, que me acolheram desde o início, mesmo eu ainda não sabendo se seria aprovada no mestrado. A vocês uma gratidão que seguirá por muitas e muitas vidas...

Prof.^a Lúcia Garcia (melhor mãe científica do mundo), que colocou em minhas mãos um tema de estudo tão precioso e que me trouxe tanto aprendizado. O que seria de mim sem sua orientação, paciência, auxílio e dedicação, inclusive em momentos que extrapolavam as tarefas acadêmicas? A ti, minha gratidão e admiração infinitas!

Ao Grupo Fênix, que me acolheu mesmo eu sendo uma ovelha desgarrada...

Aos professores e professoras que ministraram as disciplinas no mestrado;

Aos colegas de turma do mestrado, que compartilharam tantos aprendizados regados a café e afetos;

A Adriana, secretária do PPGS, que sempre com paciência e dedicação respondeu meus e-mails e dúvidas;

A Gislene e Leandra, minhas preceptoras da Residência, que me incentivaram a buscar o mestrado;

A Daniela e Nínive, da Gerência de Atenção à Saúde da SEMUS, pelo auxílio tão precioso;

Aos profissionais de todos os serviços em que estive, que prontamente me receberam e me ajudaram a construir esta pesquisa;

As professoras Ana Cristina Vieira, Sílvia Salazar e Débora Diniz, pelas considerações tão valiosas na Banca de Qualificação;

As professoras Ana Cristina Vieira, Ana Targina Ferraz e Edneia Oliveira por aceitarem compor a Banca Examinadora desta dissertação.

Obrigada por me ajudar a formar tantos Nós!

“Em mim
eu vejo
o outro
e outro
enfim dezenas
trens passando
vagões cheios de gente centenas

o outro
que há em mim é você
você
e você.

assim como
eu estou em você
eu estou nele
em nós
e só quando
estamos em nós
estamos em paz
mesmo que estejamos a sós.”

(Contranarciso – Paulo Leminski)

SILVA, Cinthia A. **Deu Zika!** Serviços de saúde para casos de síndrome congênita do Zika em Vitória-ES [Dissertação]. Vitória: Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, 2019.

RESUMO

O objetivo desta dissertação foi analisar as ações e serviços implementados pelo município de Vitória-ES para a assistência em saúde às crianças com Síndrome congênita do Zika cotejando estas ações com as diretrizes apontadas pelo Ministério da Saúde, a fim de verificar se as ações convergem para o enfrentamento do problema. Para tal, realizamos um estudo de caso, a partir de caso único e abordagem qualitativa com pesquisa documental (documentos oficiais do Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo), com informações referentes à assistência em saúde ofertada às crianças portadoras da Síndrome congênita do Zika, elaborados no período de 2015 a 2017. Na pesquisa de campo entrevistamos profissionais dos serviços da rede de saúde de Vitória para assistência aos casos e representante da gestão municipal de saúde de Vitória. As informações foram trabalhadas através da técnica de análise de conteúdo com categorias apriorísticas e não apriorísticas. Nossos achados destacam que o ZIKV, após seguir negligenciado por mais de meio século no continente africano, encontrou território favorável ao seu espraiamento nas Américas. No Brasil, se espalhou rapidamente favorecido pela dificuldade do país em combater o vetor de transmissão, o mosquito *Aedes aegypti* e pela persistente desigualdade social no país. Mostramos a magnitude da epidemia no Brasil e em Vitória e sua inédita correlação com a ocorrência de malformações congênitas, sendo a microcefalia um dos sinais clínicos da chamada Síndrome Congênita do Zika. Refletimos sobre a condição de vida das famílias e mulheres atingidas pelo ZIKV, que viram suas gravidezes serem permeadas por medos, dúvidas e ausência de direitos. Mostramos que o Estado é o maior responsável pela epidemia de ZIKV ao não fornecer à população condições dignas de existência. Destacamos o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde como uma das faces do neoliberalismo no Brasil, que reduz investimento em políticas sociais e favorece o capital, ideia amplamente apoiada pelo atual governo brasileiro. Concluímos que os serviços e ações propostos pelo Ministério da Saúde para a assistência às crianças mantêm orientações já estabelecidas de cuidado, cobram atenção redobrada sobre aspectos anteriormente negligenciados e dão ênfase em práticas pouco divulgadas anteriormente como, por exemplo, a estimulação precoce. Em Vitória, as ações ofertadas às crianças estão aquém de suas necessidades e as limitações dos serviços de reabilitação são minimizadas com o repasse de responsabilidades para as famílias. Vitória seguiu as recomendações do Ministério da Saúde e adequou sua rede para atender a uma epidemia de pequeno para médio porte, o que foi avaliado por profissionais e pela representante da gestão como necessário para enfrentar o problema. Ao findar nosso trajeto, descobrimos o que temíamos: o ZIKV se tornou mais um susto, mais um flagelo a pesar sobre os ombros da população empobrecida que teima em sobreviver em meio aos parasitos, à negação de direitos, às iniquidades e à desigualdade que se faz persistente em terras brasileiras.

Palavras-chave: Vírus da Zika. Acesso aos serviços de saúde. Política de Saúde. Política Social.

SILVA, Cinthia A. **Deu Zika!** Health services for congenital Zika Syndrome cases in Vitória-ES [Dissertation]. Vitória: Post-Graduation Program in Social Policy, Federal University of Espírito Santo, 2019.

ABSTRACT

The objective of this dissertation was to analyze the actions and services implemented for health care to children with congenital Zika Syndrome by the municipality of Vitória-ES comparing these actions with the directives pointed out by the Ministry of Health, in order to verify if the actions converge to confronting the problem. For such, we carried out a case study, from a single case and a qualitative approach with documentary research (official documents from Ministry of Health, from Municipal Health Department of Vitória and from the State Health Department of Espírito Santo), with information regarding the health care offered to children with congenital Zika Syndrome, elaborated from 2015 to 2017. In the field survey we interviewed professionals from health services network of Vitória to assist the cases and the representative of health municipal management of Vitória. The information was worked out through the technique of content analysis with aprioristic and non-aprioristic categories. Our findings highlighted that ZIKV, after remaining neglected for more than half of a century in the African continent, found favorable territory in the Americas to its spread. In Brazil, it spread rapidly favored by the country's difficulty in combating the transmission vector, the *Aedes aegypti* mosquito and the persistent social inequality in the country. We pointed out the epidemic magnitude in Brazil and in Vitória and its unprecedented correlation with the occurrence of congenital malformations, with microcephaly being one of the clinical signs of the so-called Congenital Zika Syndrome. We reflected upon the living conditions of families and women affected by ZIKV, who have seen their pregnancies being permeated by fears, doubts and lack of rights. We show that the State is the greater responsible for ZIKV epidemic for not providing decent living conditions to the population. We highlighted the unfinancing of the Unified Health System as one of the faces of neoliberalism in Brazil, which reduces investment in social policies and favors capital, an idea widely supported by the current Brazilian government. We concluded that the services and actions proposed by the Ministry of Health for children's care maintain established guidelines of care, demanding closer attention to previously neglected aspects and emphasizing previously underexposed practices such as early stimulation. In Vitória, the actions offered to children have fallen short of their needs and the limitations of rehabilitation services are minimized by transferring responsibilities to the families. Vitória followed the recommendations of the Ministry of Health and adjusted its network to respond to a small to medium epidemic, which was seen as necessary by professionals and the management representative to address the problem. At the end of our journey, we discovered what we feared the most: ZIKV has become just another scare, another scourge weighing on the shoulders of the impoverished population that stubbornly survives amid parasites, the denial of rights, the inequities and the inequality. which are persistent in Brazilian lands.

Key-words: Zika Virus. Access to health services. Health Policy. Social Policy.

A todas as famílias brasileiras que viveram e ainda vivem os tempos do Zika, em especial, às mulheres e mães, que lutam cotidianamente para que seus filhos nascidos com a síndrome congênita do Zika não sejam levados pelas mãos do tempo, da sociedade e do Estado ao colo frio do esquecimento da história.

“Ah, eu sei que não é possível. Não me assente o senhor por beócio. Uma coisa é pôr idéias arranjadas, outra é lidar com país de pessoas, de carne e sangue, de mil-e-tantas misérias... Tanta gente - dá susto se saber [...]”.

(Guimarães Rosa, em Grande Sertão: Veredas)

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1	<i>Corpus</i> documental selecionado para análise.	46
Gráfico 1	Número de casos prováveis de ZIKV por ano, de 2015 a 2019 (até a SE 11 de 2019) – Brasil.	72
Gráfico 2	Número de casos prováveis de vírus Zika por semana epidemiológica, de 2015 a 2017 – Brasil.	75
Gráfico 3	Número de casos prováveis de vírus Zika por semana epidemiológica, de 2018 e 2019 – Brasil.	76
Gráfico 4	Casos de dengue, chikungunya e ZIKV no Brasil de 1990 até a SE 10 de 2018.	80
Gráfico 5	Evolução da microcefalia por ZIKV no Brasil, 2010 - 2018.	85
Gráfico 6	Casos notificados e em investigação até de SE 52 de 2018, por ano.	86
Gráfico 7	Gastos das três esferas de governo em ASPS, em valores <i>per capita</i> (2003-2017).	115
Quadro 2	Síntese das orientações (por serviço e/ou etapa do cuidado) apresentadas na quarta versão do Protocolo/Orientações integradas.	150

LISTA DE FIGURAS, FLUXOGRAMAS E MAPAS

Figura 1	Modelo piramidal e modelo policêntrico de rede.	29
Fluxograma 1	Documentos elaborados pelo Ministério da Saúde (MS), a partir do Plano Nacional, no âmbito da frente de atendimento às pessoas.	43
Fluxograma 2	Principais documentos elaborados pela SESA do ES e SEMUS de Vitória-ES e que apresentam ações e serviços relativos ao ZIKV e SCZ.	44
Fluxograma 3	Eixos de ação identificados a partir dos Protocolos de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika (versões 1, 2 e 3) elaborados pela SAS/MS.	48
Fluxograma 4	Eixos de ação identificados a partir das Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância nacional, elaborada pela SAS/SVS/MS.	49
Figura 2	Dimensões que compõem a Estimulação Precoce.	51
Figura 3	Tipificação dos serviços que compõem a rede de assistência às crianças com SCZ em Vitória-ES.	54
Figura 4	Número de profissionais entrevistados (por serviço) e ordem de realização das entrevistas.	55
Figura 5	Etapas para cumprimento das exigências éticas.	60
Mapa 1	ZIKV no mundo.	66
Mapa 2	Níveis de espreadimento do ZIKV nos continentes e países.	67
Figura 6	Linha do tempo das medidas adotadas pelo governo brasileiro para enfrentamento do ZIKV - 2015 a 2017.	74
Mapa 3	Casos notificados e confirmados de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC) no Brasil – 2016.	82
Figura 7	Distribuição do total de notificações de casos suspeitos	87

com alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, segundo classificação final e atenção à saúde, da SE 45/2015 até a SE 52/2018 no Brasil 2015-2018.

Mapa 4	Regiões de saúde de Vitória.	91
Mapa 5	Localização dos equipamentos de saúde de Vitória (sob-responsabilidade municipal), por bairro.	92
Mapa 6	Municípios com casos notificados e confirmados de microcefalia e/ou alterações do SNC no ES – 2016.	93
Figura 8	Algumas das inseguranças e questionamentos possivelmente vividos pelas mulheres diante do ZIKV.	101
Fluxograma 5	Serviços importantes, ações e serviços existentes e ações e serviços recomendados para o enfrentamento da problemática do ZIKV, conforme o Plano Nacional.	127
Figura 9	Fluxo de atendimento ao RN proposto pelo MS.	136
Figura 10	Aspectos do desenvolvimento das crianças de zero a 3 anos e aspectos correspondentes que devem ser trabalhados na estimulação precoce (EP).	155
Figura 11	Atribuições dos Centros Especializados de Reabilitação (CER) e profissionais que compõem as equipes, segundo as diretrizes.	158
Mapa 7	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal/ano – 2014.	169
Fluxograma 6	Fluxo de atendimento determinado pela SESA, segundo Protocolo.	174
Figura 12	Os elementos que perpassam o HEINSG para a oferta da assistência aos casos de SCZ.	182
Figura 13	Os elementos que perpassam o CREFES para a oferta da assistência aos casos de SCZ.	189
Figura 14	Os elementos que perpassam a Policlínica da UVV para a oferta da assistência aos casos de SCZ.	194

Figura 15	Dificuldades encontradas pelos serviços sob-responsabilidade estadual, por área.	195
Figura 16	Fluxo de atendimento e exames para recém-nascidos (RN) e lactentes com microcefalia e/ou com alterações do sistema nervoso central (SNC) e RN expostos intra-útero a infecção por Zika vírus.	203
Figura 17	Eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).	204
Figura 18	Os elementos que perpassam as USF para a oferta da assistência aos casos de SCZ.	242
Figura 19	Serviços ofertados pela APAE conforme credenciamento com a PMV.	245
Figura 20	Os elementos que perpassam a APAE para a oferta da assistência aos casos de SCZ.	255
Fluxograma 7	Fluxo real de assistência às crianças com SCZ em Vitória, comparado aos fluxos da SESA e da SEMUS.	257
Figura 21	Dificuldades encontradas pelos serviços sob-responsabilidade municipal, por área.	259

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária em Saúde
BDTD	Biblioteca Digita Brasileira de Teses e Dissertações
BERA	Brainstem Evoked Response Audiometry
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BM	Banco Mundial
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAB	Cadernos da Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CECAF/APAE	Centro Clínico Dr. Anselmo Frizzera/APAE
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CF	Constituição Federal
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde
CIT	Comissão Intergestor Tripartite
CME	Centro Municipal de Especialidades
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COES	Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública
COAP	Contrato Organizativo de Ação pública de Saúde
CP	Cuidados Paliativos
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREFES	Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo
CRIE	Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
DNV	Declaração de Nascido Vivo
EAR	Estratégia de Ação Rápida

EC	Estudo de Caso
ES	Espírito Santo
e-SIC	Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão
EP	Estimulação Precoce
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
ETSUS	Escola Técnica do SUS
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
GAS	Gerência de Atenção em Saúde
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GVE	Gerência de Vigilância Epidemiológica
HRW	Humans Righth Watch
HEINSG	Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória
HIMABA	Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Intergrowt	Consórcio Internacional de Crescimento Fetal e Neonatal
LIRAA	Levantamento Rápido de Índices de Infestação pelo Aedes aegypti
MDSA	Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário
MS	Ministério da Saúde
MPC	Modo de Produção Capitalista
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NUEDRH	Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos
ODS	Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PA	Pronto Atendimento

PADI	Programa de Atenção ao Desenvolvimento Infantil
PC	Perímetro Cefálico
PEATE	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico
PBF	Programa Bolsa Família
PEP	Projeto Ético-Político
PF	Planejamento Familiar
PIB	Produto Interno Bruto
PMV	Prefeitura Municipal de Vitória
PNA	Pesquisa Nacional de Abortos
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNEM	Programa Nacional de Enfrentamento ao Aedes e a Microcefalia
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRMS	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PTI	Projeto Terapêutico Individualizado
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RESP	Registro e Eventos em Saúde Pública
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RN	Recém-nascido
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCZ	Síndrome Congênita do Zika vírus
SE	Semana Epidemiológica
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SGB	Síndrome de <i>Guillain-Barré</i>
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIRAM	Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia
SNCC	Sala Nacional de Coordenação e Controle
SNC	Sistema Nervoso Central
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SVS	Secretaria de Vigilância Sanitária
TAN	Triagem Auditiva Neonatal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TON	Triagem Ocular Neonatal
TRV	Teste do Reflexo Vermelho
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UVV	Universidade de Vila Velha
WOW	Woman On Web
ZIKV	Zika vírus

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	22
2. PERCURSO METODOLÓGICO.....	41
2.1 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	56
3. DEU ZIKA!.....	63
3.1 – O ZIKV NO MUNDO: MEIO SÉCULO DE NEGLIGÊNCIA E O TRIUNFO NAS AMÉRICAS.....	64
3.1.1 – O ZIKV aportou no Brasil: e agora José?.....	69
3.1.2 – Microcefalia, que coisa nova e velha é essa?.....	81
3.1.3 – O ZIKV na Ilha do mel.....	88
3.2 – ZIKV: A PONTA DE UM <i>ICEBERG</i> DE RELAÇÕES PERVERSAS.....	96
3.2.1 – Desigualdade e ausência de direitos: matérias primas do ZIKV..	97
3.2.2 – ZIKV, pobreza e Política Social: um mal estar previsível.....	104
3.2.3 – O Estado e as configurações da Política Social: o SUS em meio ao ZIKV.....	113
4. "MÃE, TEU FILHO TEM MICROCEFALIA"... E AGORA, PARA ONDE IR?.....	122
4.1 – CALMA, EU NÃO TENHO UM PLANO: AS AÇÕES EMERGENCIAIS DO MS PARA O ENFRENTAMENTO DO ZIKV E DA SCZ.....	123
4.1.1 – Os Protocolos de Atenção à Saúde e a assistência no contexto do ZIKV, segundo as recomendações do MS e da SAS: as três primeiras versões.....	131
4.1.2 – Orientações integradas: afinal, como nascer em tempos de ZIKV?.....	139
4.1.3 – A Estimulação Precoce como aposta no futuro.....	154
4.2 – ASSISTÊNCIA À SCZ NO ESPÍRITO SANTO (ES): O QUE DIZ O PROTOCOLO ESTADUAL?.....	160
4.2.1 – O HEINSG e o ambulatório do ZIKV.....	175

4.2.2 – O CREFES, apoio na estimulação precoce.....	182
4.2.3 – A Policlínica da UVV e a oferta da triagem audiológica.....	189
4.2.4 – Fazendo uma primeira síntese: em nível estadual, uma rede articulada e desarticulada.....	194
4.3 – NA ILHA, A URGÊNCIA E OS DESAFIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS CASOS DE SCZ.....	196
4.3.1 – A USF de Resistência.....	211
4.3.2 – A USF de Bairro da Penha.....	219
4.3.3 – A USF de Itararé.....	222
4.3.4 – A USF de Santo André.....	227
4.3.5 – A USF de Jardim da Penha.....	234
4.3.6 – A APAE de Vitória.....	243
4.3.7 – Em Vitória, uma rede funcional permeada por antigas problemáticas para a oferta da assistência em saúde.....	256
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	262
REFERÊNCIAS.....	268
APÊNDICES.....	298
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	298
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada – Gestão.....	300
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semiestruturada – Profissionais dos serviços.....	303
APÊNDICE D - Autorização de participação entrevistada HEINSG 1.....	306
ANEXOS.....	307
ANEXO A – Parecer CEP UFES.....	307
ANEXO B – Declaração favorável à pesquisa ETSUS.....	314
ANEXO C - Carta de Autorização ETSUS – SEMUS/GVE.....	315
ANEXO D - Carta de Autorização ETSUS – SEMUS/UBS.....	316

ANEXO E - Autorização HEINSG.....	317
ANEXO F - Autorização CREFES.....	320
ANEXO G - Autorização Policlínica UVV.....	323
ANEXO H - Autorização GEP HUCAM.....	324

INTRODUÇÃO

*“Há os que se queixam do vento.
Os que esperam que ele mude.
E os que procuram ajustar as velas.”
(William G. Ward)*

Esta dissertação é fruto de um caminho que, inicialmente, não pensávamos em percorrer, já que o tema de pesquisa não fazia brilhar nossos olhos. No entanto, nosso trajeto, ao longo do tempo, se mostrou prazeroso e surpreendente, e situando nosso tema de pesquisa como assunto de grande relevância social. Assim, parafraseando Ward, ajustei minhas velas.

Nosso projeto inicial propunha estudar o acesso à saúde considerando as redes de assistência à saúde e a organização hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), um projeto que não nos encantava, mas que foi apresentado para atender aos critérios do processo seletivo para o mestrado em Política Social. Após nossa aprovação, propomos à orientadora um tema de pesquisa que convergia com nossa vontade: estudar os Cuidados Paliativos (CP) em saúde. Mas desta vez, os olhos de nossa orientadora é que não brilharam e foi-nos proposto estudar a temática do Zika vírus (ZIKV)¹. Em princípio, a sugestão não nos encantou, mas decidimos encarar o desafio de compreender o que significava o ZIKV, quais problemáticas o perpassavam e, a partir disso, estruturar um novo projeto de pesquisa. Estávamos diante de um tema desconhecido.

Assim, fomos nos aproximando da temática e compreendendo sua importância e gravidade como questão de saúde pública. Inicialmente, percorremos um trajeto de leitura que possibilitou compreender a origem do vírus e seus desdobramentos na vida das pessoas e as demandas para a área da saúde. A evolução do vírus pelo mundo e no Brasil evidenciou sua relação com fatores sociais, econômicos e ambientais. Identificamos que no Brasil o ZIKV impactou, em maior parte, a população pobre causando consequências graves para as crianças nascidas de mulheres infectadas pelo vírus durante a gestação, bem como para suas famílias

¹ Observa-se na literatura disponível que existem outras siglas referentes ao vírus Zika. Alguns textos utilizam as siglas VZIK ou ZIKAV. Neste estudo será utilizada a sigla “ZIKV”, identificada no texto de Teixeira (2016).

(LESSER; KITRON, 2016; NUNES; PIMENTA, 2016; PNUD, 2017; HRW, 2017; MARINHO et al., 2016).

O espriamento do ZIKV e a preocupação com a infecção pelo vírus em mulheres grávidas devido às possíveis consequências para os bebês nos fez voltar os olhos para essa realidade e redirecionar nossa proposta de estudo. Vimo-nos diante da necessidade de estudar o tema das demandas aos serviços de saúde por famílias com filhos portadores da Síndrome Congênita do Zika (SCZ). Na busca por fazer um recorte da realidade, definimos como foco de nossa pesquisa: **a materialização da política voltada a essas crianças no SUS por meio das ações e serviços em saúde ofertados em rede municipal**. Dois aspectos eram cruciais para delimitar nosso objeto: entender o que são **ações e serviços** em saúde; e em qual concepção de **rede** nos apoiáramos.

Falar em ações e serviços transporta o pensamento a uma vastidão de possibilidades², mas para nossa pesquisa podemos delimitar nossa compreensão considerando o Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei 8.080/1990 dispendo sobre a organização do SUS; o planejamento da saúde; a assistência à saúde e a articulação interfederativa para a oferta da assistência (BRASIL, 2011).

Esse Decreto dá mais um passo nas reformas da saúde e está intimamente ligado à discussão sobre as Redes de Atenção à Saúde (RASs) (que trataremos adiante), já que reforça a conformação das Regiões de Saúde, a partir das quais são pactuadas e ofertadas as ações, considerando os serviços disponíveis e sob-responsabilidade dos entes federativos (BRASIL, 2011).

Para o cumprimento das atribuições descritas, o Decreto estabelece o que são Regiões de Saúde, definindo-as como o espaço geográfico constituído pelos municípios e seus limites; trata do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), que formaliza o acordo entre os entes para a oferta de ações e serviços em

² Abreu (2017) apresenta importante análise sobre as influências dos organismos internacionais no direcionamento das prioridades em saúde. No contexto global a saúde se destaca como elemento importante para o desenvolvimento econômico mundial e neste cenário, o Banco Mundial (BM) tem tido lugar de destaque na elaboração de relatórios que direcionam claramente a definição de ações e serviços. A autora destaca, entre outras questões, que o Relatório de Desenvolvimento Mundial do BM, de 1993, serviu de referência para a OMS elaborar seu Relatório sobre a saúde no mundo nos anos 2000 onde abordava a melhora no desempenho dos sistemas de saúde. Este relatório do BM foi considerado como o primeiro tipo de investigação que ampliou a ideia de combinar cálculos de custo com medidas de eficácia das intervenções e a sua utilização se deu para determinar prioridades para os sistemas de saúde. Este debate será aprofundado mais adiante.

saúde; determina as Portas de entrada para o usuário; situa as Comissões Intergestores como instâncias formais de pactuação; disponibiliza o Mapa da Saúde, para orientar a gestão a partir dos indicadores de saúde e define a **Rede de Atenção à Saúde como um conjunto de ações e serviços articulados a fim de garantir a integralidade da assistência**, entre outros (BRASIL, 2011).

O Decreto também trata da **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que define todas as ações e serviços a serem ofertados pelo SUS**. O MS é o responsável pela atualização bianual da RENASES e deve seguir as observações da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A pactuação entre os entes federados deverá seguir o especificado na Relação, ficando os complementos (ações e serviços que não constam na RENASES) sob-responsabilidade do ente que as propuser (BRASIL, 2011).

As regras para referenciamento na RAS, conforme a RENASES, consideram como vias de acesso:

- I) **Ação ou serviço com acesso livre para o usuário**, sem exigência de qualquer tipo de encaminhamento ou mecanismo de regulação de acesso, as chamadas portas de entrada (Atenção Primária, serviços de urgência e emergência, de atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto)³;
- II) **Ação ou serviço com acesso mediante encaminhamento** de serviço próprio do SUS;
- III) **Ação ou serviço com acesso mediante autorização prévia** de dispositivo de regulação;
- IV) **Ação ou serviço com exigência de habilitação pelo gestor**;
- V) **Ação ou serviço com indicação e autorização prevista em protocolo clínico ou diretriz terapêutica nacional**;
- VI) **Ação ou serviço voltado para a saúde coletiva**, com intervenções individuais, em grupo e na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância sanitária, epidemiológica ou ambiental, regidas por normas específicas (BRASIL, 2017).

³ As portas de entrada estão especificadas no art. 9 do Decreto 7.508/2011.

Conforme a RENASES (BRASIL, 2017), as ações e serviços, em cada região de saúde, devem ser organizadas em torno de 5 competências principais:

- I) Ações e serviços da **atenção básica** (primária);
- II) Ações e serviços de **urgência e emergência**;
- III) Ações e serviços da **atenção psicossocial**;
- IV) Ações e serviços da **atenção ambulatorial especializada e hospitalar**;
- V) Ações e serviços da **vigilância em saúde**.

Dentro de cada um desses componentes há ainda, vários segmentos que determinam ações e serviços para a assistência integral de acordo com os ciclos de vida e necessidades de saúde das pessoas⁴.

Assim, para nossa pesquisa consideramos a definição de ações e serviços da RENASES, ou seja, **todas as ações e serviços relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, destinados à população para a garantia do direito à integralidade da assistência** (BRASIL, 2017). Em nosso caso, todas as ações e serviços destinados diretamente ao tratamento das crianças com SCZ.

Nossos achados também demonstram que as ações e serviços determinados para a assistência às crianças com SCZ convergem com a RENASES, partindo do nível federal para o municipal. No que se refere à Vitória, as ações e serviços foram organizados dentro das cinco competências descritas acima e seguindo as regras de referenciamento para acesso:

- Na atenção básica, as Unidades de Saúde da Família (USF) foram situadas como protagonistas no cuidado – acesso aberto ao usuário;
- Na urgência e emergência, as unidades de Pronto Atendimento (PA) do município também foram incluídas – acesso aberto ao usuário;
- Na atenção psicossocial, foi recomendada a ação intersetorial e o cuidado em saúde mental das mulheres e/ou cuidadores e demais familiares das crianças

⁴ A RENASES, publicada pelo MS em 2012, descreve as ações e serviços a serem ofertados dentro das 5 competências definidas, bem como as regras para acesso e referência. O documento está disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Renases2012.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2019. A Portaria de Consolidação Nº 1/2017, publica e atualiza a RENASES e está disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/09/Portaria-consolidada.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

- com SCZ, bem como a avaliação socioeconômica para acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) – encaminhamento e habilitação pelo gestor;
- A atenção ambulatorial especializada e hospitalar ficou a cargo do HEINSG ambulatório de ZIKA (neuropediatria); HUCAM (ambulatório de gestação de alto risco e maternidade); da APAE (estimulação precoce), CREFES (triagem e reabilitação auditiva e estimulação precoce) e Policlínica da UVV (triagem audiológica e reabilitação auditiva) – encaminhamento, regulação e indicação e autorização prevista em protocolo clínico ou diretriz terapêutica nacional;
 - No âmbito da vigilância em saúde a intensificação do combate ao vetor foi o carro chefe das ações, sendo responsabilidade da Atenção Primária, serviços de saúde, educação, assistência e segurança pública e população em geral – ação ou serviço voltado para a saúde coletiva. A notificação, a partir do acompanhamento das mulheres gestantes também foi ação intensificada no âmbito da vigilância em saúde.

Também é importante situar esses serviços e ações a partir da discussão sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), consideradas como um arranjo relacional⁵ (BRASIL, 2012). A organização na forma de RAS melhora os resultados econômicos e sanitários dos sistemas de saúde, contribuindo para a integralidade e para a redução de custos (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

No Brasil, a discussão sobre as RAS é recente e data do final dos anos 1990 (MENDES, 2011). Entretanto, na Constituição Federal (CF) de 1988 é possível identificar uma concepção de rede quando o artigo 198 estabelece que as ações e serviços públicos de saúde fazem parte de uma **rede regionalizada e hierarquizada** e conformam um sistema único de saúde que se organiza sob as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Neste contexto, o conjunto de ações e serviços ofertados pelo SUS deve ser organizado a partir de regiões de saúde e de acesso hierarquizado. Este arranjo exige que as regiões de saúde abarquem determinados serviços e que o acesso

⁵ A proposta inicial de RAS foi apresentada nos anos 1920, no Reino Unido, a partir da publicação do Relatório Dawson (BRASIL, 2012). A discussão sobre as RAS também tiveram um marco na reunião de Alma-Ata, em 1978, e outro mais atual, nos anos 1990, a partir de experiências de sistemas integrados de saúde nos Estados Unidos (EUA), em um movimento que se estendeu pela Europa Ocidental, Canadá e, posteriormente, a alguns países em desenvolvimento (BRASIL, 2012).

seja viabilizado a partir da atenção básica (em nível municipal), que dispara (ou não) a passagem dos usuários pela rede de acordo com a demanda de saúde apresentada e recursos disponíveis.

A existência de um serviço que sirva como primeiro contato e de acesso aberto aos usuários é um facilitador do vínculo e da coordenação dos cuidados em saúde (SOUSA et al., 2014). Por outro lado, esse nível de atenção não consegue responder a todas as necessidades de saúde da população usuária e, por isso, faz-se necessário a construção de redes compostas por serviços de diferentes complexidades, mas, interdependentes, funcionais e integrados, o que impõe grandes desafios para o sistema de saúde.

Nesse processo, também é mister uma nova representação da saúde: não apenas relacionada à doenças e nem como campo exclusivo do saber médico ou, como disse Arouca (2002), é preciso retornar aos princípios da Reforma Sanitária, assumindo que “O conceito saúde/doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, temos que discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente”. É necessário implementar/fortalecer processos educativos (junto a profissionais, gestores e usuários) que contribuam para a superação do paradigma vigente na saúde, baseado em ações curativas e na busca por serviços e intervenções complexos em tecnologia além de, majoritariamente, dependentes da medicina (SOUZA et al., 2014). Este é um modelo que tem se mostrado insuficiente para responder aos desafios sanitários da atualidade e insustentável para o futuro (BRASIL, 2010).

Reconhecendo a necessidade de mudanças, em 2010, a Portaria Nº 4.279, do MS estabeleceu as diretrizes para a organização das RASs no âmbito do SUS definindo as redes como:

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de **diferentes densidades tecnológicas**, que **integradas** por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é **promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde** com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010a, p. 4, grifo nosso).

Para que essa proposição ganhe forma, há que se ter claro que situar a AB como o nível primário de atenção não deve ser confundido com a ideia de que neste nível da

assistência se operam cuidados e relações simples e, portanto, de menor valor. Ao fim e ao cabo, sobre a AB recaem as ações mais complexas e que, em tese, devem responder a aproximadamente 80% das necessidades de saúde (MENDES, 2011).

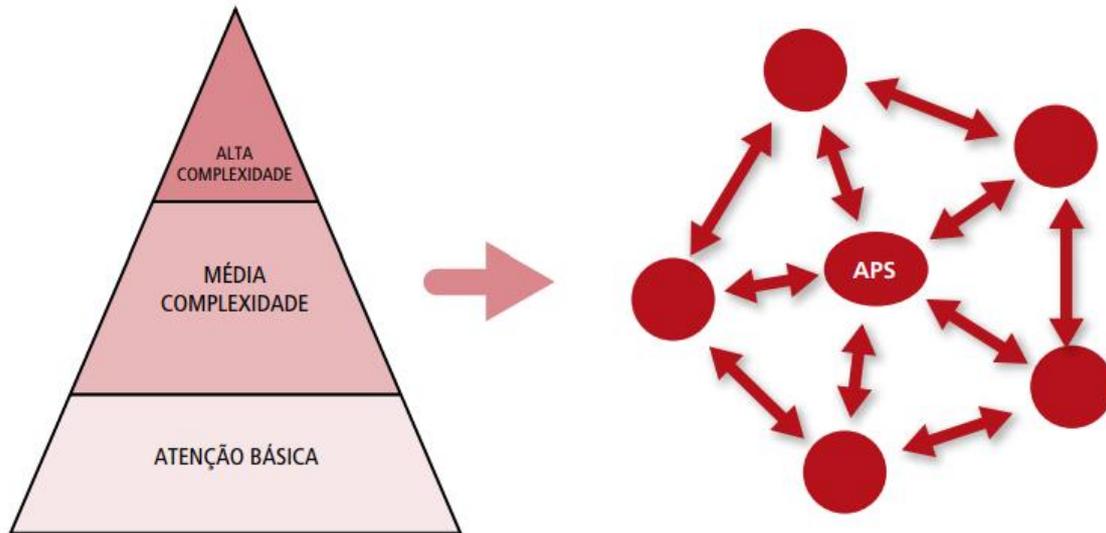
Na realidade, é na Atenção Primária em Saúde (APS)/AB que se situa a clínica mais ampliada, como as que tratam de comportamentos; estilos de vida e cuidados com a saúde; incentivo à superação do uso do tabaco; adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática de exercícios, entre outros. Dito de outro modo trata-se do território das tecnologias leves⁶ (MERHY; FRANCO, 2003).

Os níveis tidos como mais complexos são, na verdade, mais densos em tecnologia, mas não em complexidade das ações. Essa visão desacertada da complexidade cria no campo consciente ou inconsciente de usuários, gestores e profissionais “[...] uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS” (MENDES, 2011, p. 83).

Esse cenário nos leva a crer na viabilidade de um arranjo poliárquico de rede, pois apesar da divisão hierárquica que constitui o SUS, há complexidade em todos os níveis de atenção à saúde, e essa complexidade requer um olhar atento ao fazer unido e intenso que conforma todo esse sistema (RAMOS et al., 2016). É preciso romper a rudeza das relações verticalizadas e apostar em redes policêntricas horizontais que reconheçam a APS/AB como centro ordenador e integrador das ações e serviços, e não somente como o campo das intervenções menos valoradas (MENDES, 2011). A figura 1 ilustra esta proposição.

⁶ [...] O trabalho em saúde é sempre relacional, porque dependente de Trabalho Vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo. Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. A estas, chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2003, p. 4-5).

Figura 1 – Modelo piramidal e modelo policêntrico de rede.



Fonte: MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

A operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

Reconhecemos que há uma organização hierarquizada que estrutura o SUS, mas também compreendemos que a palavra **hierarquia** contribui para a materialização (ainda que fragilizada) de um modelo que precisa ser revisto e que persiste como recomendação para o acesso à saúde.

Concordamos com Mendes (2011, p. 83) ao avaliar organizações hierárquicas de rede de saúde como equivocadas, ao ponto de podermos classificá-las “[...] tomando-se a significação dicionarizada, e não da teoria da complexidade, de algo complicado e difícil, antônimo de simples”.

Contraopondo este conceito piramidal e hierarquizado, nos apoiamos na concepção defendida por Mendes (2011), que compreende a RAS como um arranjo que deve operar no sentido **policêntrico horizontal**, tendo na APS/AB um centro comunicador e não somente um ponto de partida (figura 1).

Dito isto, a um leitor atento/a, fica claro que, ao ajustar nossas velas, chegamos a um lugar diferente, mas não muito distante de nosso projeto inicial de pesquisa. Mantivemos a investigação em nossa área de formação (saúde da criança) e o

entendimento no campo das ações e serviços de saúde operacionalizados em rede, ao passo em que redirecionamos nosso desejo inicial de estudo jogando luz sobre um tema de grande relevância para a saúde pública, e pelo qual nos apaixonamos enquanto buscamos compreendê-lo.

Este trajeto nos permitiu descobrir que os impactos da epidemia de ZIKV na política de saúde brasileira incidiram, mais especificamente, no âmbito da saúde materno-infantil, devido ao aumento no número de casos de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus em mulheres gestantes, o que nos ajudou a definir nosso objeto de pesquisa: **as ações e serviços em saúde direcionados ao tratamento da Síndrome Congênita do ZIKV (SCZ).**

Considerando a RENASES (BRASIL, 2017), as ações e serviços para o tratamento e o acompanhamento de crianças com a SCZ incluíram:

- I) Ações e serviços da atenção básica (primária);
- II) Ações e serviços de urgência e emergência e;
- III) Ações e serviços de atenção ambulatorial especializada e hospitalar.

A **SCZ mobilizou a política de saúde em seus três níveis de atenção.** O MS propôs ações que incluem desde a busca ativa a ser realizada pela Atenção Básica e a assistência às mulheres gestantes (incluindo alto risco), até a assistência com especialistas, exames laboratoriais e de imagem e estimulação precoce às crianças (BRASIL, 2015; BRASIL, 2015a; BRASIL, 2016; BRASIL, 2016a; BRASIL, 2016b; BRASIL, 2017a).

Além de identificarmos a movimentação do SUS em torno da SCZ por meio das ações e serviços em saúde, era mister compreendermos como e em que medida estas ações e serviços foram implementadas em nível municipal, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). Delimitávamos nosso problema de pesquisa: **como as ações e serviços implementados pelo município de Vitória-ES para a assistência em saúde às crianças com SCZ respondem às diretrizes dos documentos elaborados pelo MS e contribuem para o enfrentamento da problemática?** Nesse sentido, nossa pesquisa se debruça sobre um aspecto da política pública de saúde em nível municipal. Situamo-nos no intercruzamento entre a formulação e a execução de ações e programas para enfrentamento da SCZ. Aqui o ensinamento de Minayo (2012, p. 16) tomava forma: “[...] nada pode ser

intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”.

Ao focarmos em Vitória (cidade localizada na região metropolitana da Grande Vitória e capital do ES) descrevemos o cenário epidemiológico do município a partir da epidemia de ZIKV e analisamos como a rede de serviços de saúde municipal (articulada aos níveis estadual e federal) vem respondendo às necessidades de saúde das crianças afetadas pela SCZ. Apresentamos as particularidades dessa problemática no município que concentra o Produto Interno Bruto (PIB) do estado do Espírito Santo (ES) (SEP/IJSN, 2017) e que, junto com o município de Vila Velha⁷, concentra serviços públicos e privados de saúde (BARRETO JUNIOR, 2015). Optamos por esse recorte geográfico por considerar a heterogeneidade que compõe o território brasileiro, o que pode resultar em impactos diferenciados das epidemias e ainda, na conformação diferenciada de respostas aos agravos em saúde, ainda que orientadas por diretrizes nacionais gerais (SOUZA, 2001).

Seguindo o caminho de considerar as diferenças regionais, Diniz (2017), em estudo intitulado **Zika em Alagoas: a urgência dos direitos**, inicia sua pesquisa pondo em xeque a declaração do MS de que Alagoas seria um paradoxo para a compreensão da epidemia de ZIKV devido à magnitude da epidemia nos estados vizinhos Bahia e Pernambuco e a suposta brandura da epidemia em Alagoas. A autora evidenciou um cenário de imensa desigualdade neste estado, identificando as dificuldades das famílias em acessar seus direitos, bem como os preconceitos enfrentados pelas mulheres e seus bebês com microcefalia, além de questionar a não revisão dos casos descartados para microcefalia no estado após mudanças nos parâmetros de classificação para a malformação e as novas descobertas sobre o ZIKV (DINIZ, 2017).

O estudo supracitado evidenciou um cenário de dificuldades permanentes para as famílias que tiveram seus filhos com SCZ, em uma realidade territorial que guarda suas particularidades (DINIZ, 2017). A ausência da garantia plena de direitos em saúde conforma um cenário em que se torna necessário compreender os impactos do ZIKV e da SCZ nas diversas realidades que compõem o território brasileiro. Por isso, esta pesquisa desvela a realidade do município de Vitória-ES.

⁷ Município vizinho a Vitória.

O ZIKV chegou ao Brasil (e ao município de Vitória⁸) alarmando a população da maioria dos estados e municípios e despertando a atenção do mundo. No entanto, com a mesma rapidez com que o surto ocorreu, ele também foi dado como controlado⁹, tanto pelo MS – órgão máximo de representação da saúde no país –, quanto pela mídia e populações em geral, exceto pelas famílias que se viram diretamente atingidas pela epidemia.

[...] As mulheres em risco da terceira onda de sazonalidade do mosquito estão agora grávidas e saberemos os efeitos do 'fim do zika' pelos meses do verão de 2018. Elas serão mães de crianças afetadas após o fim da epidemia no Brasil. [...] As crianças descartadas para a síndrome congênita do zika pelos critérios diagnósticos do início da epidemia não foram reavaliadas pelo sistema de saúde. [...] **Há uma lentidão no correto diagnóstico com efeitos dramáticos para o cuidado das crianças** (DINIZ, 2017, p. 72-73, grifo nosso).

Dentre as iniciativas de enfrentamento ao ZIKV e suas consequências, a necessidade de investimentos em proteção e cuidado às crianças, mulheres e famílias atingidas, além do incentivo a estudos que possibilitem prosseguir no conhecimento acerca do vírus e seus desdobramentos tem sido destacados por diversos autores (MARINHO et al., 2016; VARGAS et al., 2016; HENRIQUES et al., 2016; VERAS et al., 2016, DINIZ, 2017, entre outros). Urge a necessidade de repensar as estratégias de cuidado diante desse novo desafio que trouxe e ainda trará impactos sociais, econômicos e de saúde significativos. Destarte, este estudo auxilia na compreensão do que se encontra submerso nos processos sociais e, nesse caso, na emergência do ZIKV e seus desdobramentos no município de Vitória-ES.

O vírus desenha uma realidade que precisa ser pensada considerando suas várias determinações, mas que, inicialmente, aparece-nos como um problema único em si mesmo e apartado de seus geradores. A realidade imediata que figura aos nossos olhos é dimensão importante de onde partimos, contudo buscamos interpretar a realidade a partir de uma perspectiva de totalidade (GUERRA, 2009) onde, por ora, o ZIKV aparece sintetizando múltiplas problemáticas.

⁸ Em matéria publicada no jornal Gazeta online de 14/11/2015, o texto notícia os primeiros casos no estado do ES. Disponível em: <<https://www.gazetaonline.com.br/noticias/cidades/2015/11/virus-zika-chega-ao-estado-com-possibilidade-de-surto-no-verao-1013913732.html>>. Acesso em: 09/01/2019.

⁹ O Ministério da Saúde do Brasil decretou o fim da situação de emergência para a epidemia do vírus Zika em 11 de maio de 2017, 18 meses após decretar a emergência (BRASIL, 2017b).

Consideramos a emergência do ZIKV como sintoma de uma sociedade adoecida, por isso este estudo percorreu um caminho contrário ao de considerar as epidemias de ZIKV e microcefalia como controladas e passíveis de esquecimento (DINIZ, 2017) ou como apenas um fenômeno a mais na complexidade dos processos sociais. Importa destacar que as crianças com SCZ e suas famílias têm uma trajetória de vida diferenciada, onde é imprescindível o apoio constante do Estado para a garantia de seus direitos e de suas condições e qualidade de vida.

A partir deste cenário, as seguintes questões norteadoras orientaram nosso caminho de estudo:

- Quais as ações e serviços definidos pelo MS para a assistência às crianças portadoras da SCZ?
- Dentre as propostas do governo federal para enfrentamento à SCZ, o que cabe aos municípios enquanto principais agentes na oferta de ações e serviços de saúde?
- Como a rede assistencial do município de Vitória-ES foi estruturada para atender aos casos de SCZ?
- Quais as dificuldades encontradas pelos serviços para a oferta do atendimento em saúde nos casos de SCZ?
- O município de Vitória-ES tem conseguido responder às proposições do MS para o atendimento às crianças com SCZ?
- As ações e serviços ofertados convergem com as necessidades para enfrentamento dos problemas decorrentes da SCZ?

Tais questionamentos partem da compreensão que temos de que a suspensão do decreto de emergência pelo MS, ao contrário de aliviar preocupações, aponta a necessidade de conhecer uma realidade *ex post facto* e a capacidade do SUS em lidar com as consequências do ZIKV e da SCZ, mais especificamente, na esfera municipal. Outro aspecto aqui é o entendimento de que o pacto pela saúde define que compete às instâncias (federal, estadual e municipal) pactuar as ações e serviços que serão de responsabilidade de execução e como serão financiados. Assim, nossas questões focaram no nível municipal, entendendo que a rede é constituída de ações e serviços desenvolvidos por um ou mais dos entes federativos.

Desse modo, nossa dissertação tem como objetivo geral **analisar as ações e serviços implementados pelo município de Vitória-ES para a assistência em saúde às crianças com SCZ cotejando estas ações com as diretrizes apontadas pelo MS, a fim de verificar se as ações convergem para o enfrentamento do problema.**

Para isso, traçamos alguns objetivos específicos:

- Identificar nos documentos elaborados pelo MS as ações e serviços propostos para a assistência em saúde às crianças com SCZ;
- Identificar as regiões de saúde no município Vitória-ES onde residem as famílias com crianças portadoras da SCZ e como se deu o acompanhamento dessas crianças pela rede municipal de saúde a partir de seus territórios de origem;
- Descrever a rede assistencial disponível no município de Vitória-ES para o atendimento às crianças com SCZ e suas famílias, cotejando com o preconizado pelo MS;
- Verificar que ações, recomendadas pelo MS, foram implementadas pelo município de Vitória-ES, e se essas ações são consideradas pelos serviços como as necessárias para o enfrentamento do problema;
- Ofertar uma análise que possa subsidiar as ações dos serviços envolvidos na problemática da SCZ.

Nossa pesquisa insere-se na Linha de Pesquisa 2 (“Políticas Sociais, subjetividade e movimentos sociais”) do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo.

É um estudo relevante pelo caráter novo do problema – demonstrado ao longo da introdução. Ou, como disse Débora Diniz em nossa Qualificação: “[...] estamos falando de alguma coisa como há três anos, dois anos da emergência global. [...] Então, a relevância científica, talvez não seja pela ausência, porque a ausência é factual pelo tempo da ciência. A relevância se justifica pelo tema.” Débora destacava que nossa busca em bases e bancos de dados (abaixo descrita) se defrontava temporalmente com um conjunto de produções que estavam, em muitas casos, ainda em formulação e, portanto, ainda não publicadas. Ou seja, a **relevância científica** de nosso estudo está na atualidade do tema.

Na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), utilizando a palavra chave **Zika** encontramos investigações sobre genética; saneamento básico; questões epidemiológicas e estudos sobre o mosquito *Aedes Aegypti* (ALMEIDA FILHO, 2017; COSTA, 2017; BANDEIRA, 2017; SOUSA, 2017; MONTEIRO, 2016; GÓIS, 2017) e ainda, estudos abordando dengue e Zika simultaneamente (FARIA, 2017; GONÇALVES, 2017). O desempenho do exame de ultrassom para detecção da microcefalia também foi tema de estudo (ALBUQUERQUE, 2017). Apenas 1 tese encontrada aborda a epidemia de ZIKV como Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (OLIVEIRA, 2016). A palavra chave **microcefalia** identificou estudos abordando os aspectos biológicos da microcefalia como achado clínico associado ou não ao ZIKV; a relação da microcefalia com outras doenças infecciosas ou síndromes; estudos genéticos, neurológicos e nutricionais; a relação com o uso de álcool na gestação; entre outros (HERBER, 2017; SANTOS, 2010; MARÇAL, 2006; HONJO, 2012; DELBONI, 2009; OLIVEIRA, 2002; SANTOS, 2013; HAAB, 2015). A busca por **síndrome congênita do Zika** apenas identificou alguns trabalhos já encontrados através da palavra chave **Zika**. A combinação **microcefalia AND SUS** não apresentou nenhum registro. Combinando **Zika AND microcefalia**, foram encontradas 4 teses e 1 dissertação encontrados anteriormente através da palavra chave **Zika**. As palavras **Zika AND políticas públicas** não identificou nenhum estudo. Ao combinar **Zika AND direitos** foi encontrada 1 tese acerca dos fatores que influenciam a comunicação de dados de pesquisa sobre o Zika na perspectiva dos pesquisadores (COSTA, 2017) A leitura do resumo nos possibilitou situar o estudo no campo da ciência da informação e com abordagem distante do objetivo de nossa pesquisa.

Em busca na Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) combinamos as palavras **Zika AND microcefalia AND Sistema Único de Saúde**, resultou em 5 documentos - 4 são publicações do MS que serão utilizadas neste estudo. O outro é um artigo sobre o aparato legal disponibilizado pelo SUS no contexto da epidemia de Zika como instrumento de pesquisas sobre o tema (SANTOS et al., 2016) não estando, portanto, em convergência direta como a temática desta dissertação.

Cabe ressaltar que vivemos uma conjuntura de ajuste fiscal e ataque aos direitos sociais pela via da contenção do investimento nas políticas públicas¹⁰, num cenário em que o financiamento se faz necessário para que sejam implementadas ações de acompanhamento às crianças acometidas pela SCZ, bem como estudos para monitorar o comportamento do ZIKV e suas potenciais consequências (STEVANIM, 2016).

É importante analisar as ações em saúde como forma de fomentar a ampliação e a utilização de recursos humanos e financeiros, a fim de tornar a política de saúde pública coerente com as formulações legais que a orientam. Os desafios postos ao SUS pelo ZIKV e pela síndrome a ele associada evidenciam a importância de problematizar as possibilidades de assistência em saúde destinadas à coletividade, além de discutir o contexto social desigual e de ausência de direitos em que vive a maioria dos usuários do sistema público de saúde brasileiro.

Abordar esta temática apontando a direção das ações propostas pelo Estado, problematizando-as por meio de uma leitura crítica do fenômeno e demonstrando sua relação com o modo de vida na sociedade contemporânea, em especial com a Pobreza e a Política Social, caracteriza-se como uma das contribuições de nosso estudo para a sociedade. Sua **relevância social** está ainda, na identificação de lacunas e êxitos que podem ser considerados pela gestão, profissionais de saúde e instâncias de participação e controle social, em todos os níveis, da formulação à execução da política de saúde. Os achados de nossa pesquisa podem contribuir para a melhora na qualidade dos serviços ofertados aos cidadãos, pois concordamos com Stevanim (2016, p. 20) ao dizer que um dos caminhos apontados para a pesquisa sobre a microcefalia por ZIKV “[...] é entender como as doenças afetam a vida das pessoas e, a partir daí, estabelecer novas estratégias de cuidado e prevenção”.

No campo social, pode-se dizer que independente da categoria por meio da qual se analisa uma política (nesse caso, a política de saúde), não prescinde o fato de que esta resulta da luta política entre frações de classe e atores sociais distintos, que

¹⁰ Matéria publicada pela EPSJV/Fiocruz em 04 de abril de 2019 alerta que o Ministério da Educação sofreu bloqueio de R\$ 5,83 bilhões, o equivalente a 25% do valor previsto no Orçamento. **Já a Saúde teve o congelamento de R\$ 599 milhões, 3% do que foi orçado para 2019.** Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/corte-orcamentario-anunciado-pelo-governo-pode-provocar-paralisa-e-morte-de>>. Acesso em: 09 mai. 2019. (grifos nossos).

defendem projetos societários em conflito e que refletem determinado momento histórico. Ou seja, a orientação que direciona a política de saúde não é imutável e a análise de suas falhas ou contradições é contributo indispensável ao redirecionamento de ações, programas e projetos. O desenho das políticas, os meios pelo qual são implementadas e os recursos de que dispõem se manifestam na realidade social em práticas de regulação, organização e oferta de serviços e ainda, na avaliação das ações, manifestando interesses sociais que podem fomentar a inclusão ou a exclusão dos indivíduos. Este cenário é o que configura o campo das políticas sociais (FLEURY; OUVÉRY, 2012).

A dinâmica de relações que cerca a política de saúde, explicitada parcialmente pelas reflexões tecidas até aqui, são expressões das várias conexões existentes entre as epidemias de ZIKV e SCZ e os fatores políticos, econômicos, ambientais, entre outros da sociedade contemporânea, elementos que consideramos essenciais para este estudo. Assim, ele pôde ser construído nos termos em que acreditamos, ou seja, como ferramenta de luta para viabilizar direitos. Tratar a temática pela ótica aqui explicitada permite evidenciar aspectos que não estão na constância das agendas de pesquisa, ou seja, que tem como escopo a garantia de direitos mediada por uma apreensão crítica da realidade, o que acreditamos ser a principal contribuição social desta dissertação.

Não queremos dizer que as pesquisas desenvolvidas em âmbito epidemiológico ou genético não caminhem sob esta perspectiva, contudo, os estudos que enfatizam os aspectos sociais, econômicos, ambientais e políticos das epidemias em questão trazem à tona, quando criticamente elaborados, elementos que se relacionam intimamente com a principal contradição da sociedade capitalista e que subjuga o trabalho ao capital. Ou seja, possibilita mostrar uma conformação social que suprime direitos dos trabalhadores - cada vez mais pauperizados - ao passo em que alarga conquistas econômicas à classe dominante. Nesta seara, nos colocamos ao lado do Trabalho e reconhecemos na classe trabalhadora (resguardado o princípio da universalidade), o retrato dos que, devido à conjuntura, precisam ter seus direitos defendidos e assegurados pelas políticas públicas, entre elas, o SUS.

Cabe dizer, que esse estudo também se afina com a perspectiva em que se apoia nossa profissão. O Serviço Social não deixa dúvidas sobre os princípios que o orientam quando em seu Projeto Ético Político (PEP) estabelece a garantia de

direitos como elemento fundamental à atuação profissional dos assistentes sociais, a partir da compreensão das expressões da questão social como resultantes da ordem social capitalista.

O projeto político-econômico neoliberal que se consolidou no Brasil, nos anos 1990, situa-se na contramão do Projeto hegemônico do Serviço Social e do projeto de Reforma Sanitária. O projeto privatista neoliberal requisita aos assistentes sociais demandas contrárias aos princípios que fundamentam o Código de Ética profissional (CFESS, 2012), quais sejam: seleção socioeconômica dos usuários, atuação por meio de aconselhamento e adequação dos indivíduos à realidade social e ainda, assistencialismo e predomínio de abordagens individuais. De outro lado, o projeto de Reforma Sanitária requer uma atuação pautada na ampliação democrática, no acesso aos serviços de saúde, acesso à informação, abordagens grupais, entre outras (BRAVO; MATOS, 2012).

Em busca de atender a tais requisições, o Código de Ética da profissão enumera alguns princípios fundamentais que acreditamos convergir com a pesquisa que apresentamos, entre eles: a defesa intransigente dos direitos humanos; o aprofundamento da democracia; a luta por equidade e justiça social, a fim de assegurar a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais; a construção de uma nova ordem social e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população (CFESS, 2012).

Não se trata de dizer que os assistentes sociais, caminhando sozinhos, serão capazes de construir possibilidades de enfrentamento aos retrocessos impostos pelos ideais neoliberais às políticas sociais. Resgatamos aqui os Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na política de saúde (CFESS, 2013) quando explicita que não existem fórmulas prontas para um projeto democrático e a sua construção **não está nas mãos de apenas uma categoria profissional**. No entanto, não deve ser desconsiderado que os profissionais de Serviço Social podem empreender um conjunto de ações para fazer frente aos obstáculos da sociedade contemporânea, pois “[...] os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho [...] que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais” (CFESS, 2013, p. 29).

Temos a compreensão de que o SUS, atravessado pela lógica do capital, sofre influências de um projeto societário gerador de desigualdade, contrário ao atendimento das necessidades sociais (até mesmo as básicas) das pessoas. A atual conjuntura se mostra amplamente desfavorável a quaisquer avanços relacionados às políticas públicas e aos direitos sociais, no entanto, a ousadia das lutas materializada pela política de saúde brasileira deve ser defendida.

Agora, mais do que nunca, estudar a política de saúde e analisar formas de acesso visando contribuir para garantir direitos é estar presente e em luta por uma política de saúde universal, pública, gratuita e de qualidade. Acreditamos que esta pesquisa é uma das formas de que nos utilizamos para questionar a ordem atual das coisas e reafirmar um posicionamento em favor do SUS, dos direitos de seus usuários e da construção de uma sociedade mais justa e de fato democrática.

Ao me lançar nesta jornada, descobri que ajustar as velas também é um aprendizado necessário para lidar com o vento que pode soprar contra ou a favor de quem se lança às águas da ciência. Esperamos que você, leitor/leitora, possa investir conosco na aventura que se descortina nas páginas que seguem.

Nossa dissertação está estruturada em 3 seções. Na primeira apresentamos a metodologia e os aspectos éticos que direcionaram a realização da pesquisa. Na segunda seção, abordamos o surgimento do ZIKV no mundo como uma ocorrência negligenciada, seguida de uma emergência triunfal nas Américas. Destacamos o surgimento do vírus no Brasil atrelado à ocorrência da epidemia de microcefalia e ainda, o impacto destas epidemias em Vitória, no estado do Espírito Santo (ES), lócus de nosso estudo.

Na terceira seção apresentamos os caminhos propostos pelo Ministério da Saúde (MS), para a assistência às crianças atingidas pela epidemia de microcefalia – que posteriormente passou a ser denominada como Síndrome Congênita do ZIKV (SCZ), – por meio da análise dos Protocolos elaborados para a assistência às essas crianças. Consideramos também o Protocolo elaborado pela Secretaria de Saúde (SESA) do Espírito Santo (ES) e que determinou o processo de organização da rede de saúde de Vitória para estes casos. Descrevemos as dificuldades deste processo organizativo inter cruzando nossos referenciais teóricos, achados empíricos e arcabouço legal referente à saúde e, por fim, apresentamos as considerações finais.

Chegamos à conclusão de que as ações implementadas pelo município de Vitória atenderam às recomendações do MS orientadas nos protocolos. Assim como o MS adaptou a assistência ao ZIKV segundo as capacidades do SUS, Vitória também seguiu este caminho. Não foram observadas novas ações. Tanto na esfera federal, quanto na municipal, houve o incremento de ações que já eram anteriormente executadas, além de maior cobrança quanto à atenção às rotinas de parto e nascimento das crianças, bem como seguimento nos serviços de referência e na Atenção Básica. Todavia, permanecem dificuldades (que já existiam antes do ZIKV) para acesso a ações e serviços que impactam a integralidade da assistência.

No âmbito da estimulação precoce nota-se a atribuição de grande responsabilidade pelo cuidado às crianças sobre as famílias, num movimento que busca administrar as limitações dos serviços para ofertar o atendimento recomendado. Há insuficiência na rede de reabilitação disponível e incapacidade de ofertar atendimento em estimulação precoce de acordo com as necessidades das crianças, contudo, de acordo com a recomendação mínima do MS.

Mesmo não havendo novas ações, os profissionais entrevistados e a representante da gestão municipal de Saúde de Vitória avaliam que as ações e serviços organizados em Vitória respondem às necessidades de saúde das crianças com SCZ e convergem para o enfrentamento do problema.

Contudo, não compartilhamos desta avaliação, no sentido de que compreendemos que as necessidades de saúde das crianças atingidas pela SCZ foram atendidas em alguma medida, ou seja, no âmbito do que já é feito em meio as tantas dificuldades enfrentadas pela política de saúde. Como será demonstrado ao longo das linhas que seguem, o ZIKV e a SCZ têm raízes profundas (muito além de mosquitos), intimamente ligadas às desigualdades sociais, o que resulta, inclusive, em dificuldades para que as famílias acessem os serviços de saúde. Segundo nossos achados, os obstáculos enfrentados por algumas famílias não foram considerados e incluídos no conjunto da assistência ofertada.

A você leitor/a, que se aventurará aqui nas águas turvas do ZIKV, uma recomendação: *ajustem seus mapas e velas, pois nosso caminho é rico de descobertas.*

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um Estudo de Caso (EC), a partir de caso único e abordagem qualitativa (YIN, 2005). A metodologia de EC nos permitiu investigar a rede de assistência às crianças acometidas pela Síndrome Congênita do Zika (SCZ) no Município de Vitória (ES) a partir da predefinição de um conjunto de procedimentos que buscamos articular para construir respostas às nossas inquietações. Utilizamos-nos de uma metodologia que exigiu empenho e trabalho árduo, já que não apresenta “fórmulas de rotina” (YIN, 2005, p. 81).

A amplitude dos elementos que se entrelaçam com o tema deste estudo, e a própria metodologia adotada, demandaram a utilização da maior variedade possível de fontes de dados, a fim de se complementarem (YIN, 2005). Assim, conduzimos nosso estudo utilizando as técnicas de pesquisa documental e pesquisa de campo por meio de entrevista semiestruturada.

Na pesquisa documental analisamos os documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória e da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do ES¹¹, com informações referentes à assistência em saúde ofertada às crianças portadoras da SCZ, elaborados no período de 2015 a 2017. Os documentos foram extraídos dos sites do MS, da SESA do ES e da SEMUS de Vitória (ES), além disso, alguns documentos de circulação restrita nos foram cedidos, após anuência da Escola Técnica do SUS (ETSUS) de Vitória e Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFES.

Partimos do pressuposto que um documento contém significados a descobrir, o que requer do pesquisador uma leitura engajada e que supere o senso comum, situando o documento num contexto político e social de maior amplitude. É preciso considerar o contexto em que determinado documento foi produzido, bem como os sujeitos que os construíram e as motivações pelas quais fizeram. Um documento não é uma fonte de dados neutra e seu conteúdo carrega suposições e intenções que representam as relações que seus formuladores estabelecem com o meio em que vivem (MAY, 2004).

¹¹ Apesar de nossa análise priorizar documentos de origem federal e municipal, consideramos que o documento estadual “Protocolo de Assistência a Gestantes com suspeita de Zika vírus e bebês com Microcefalia 2015-2016”, elaborado pela SESA do ES contém informações fundamentais para esta pesquisa, além disso, este foi o Protocolo seguido pelo município de Vitória e, por isso, foi incluído na análise.

Selecionamos, inicialmente, o Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e suas consequências, que direciona todas as ações do MS, incluindo a elaboração de Protocolos, Diretrizes e demais orientações referentes ao ZIKV e à síndrome a ele associada. Além do Plano, mais 5 documentos do MS¹², 4 da SEMUS de Vitória (ES) e 1 da SESA (ES) foram selecionados. Visando a delimitação de nosso corpus documental, procedemos à primeira leitura de cada um, buscando identificar quais poderiam responder às nossas indagações. Desse processo, definimos critérios de inclusão e exclusão em nossa amostra intencional.

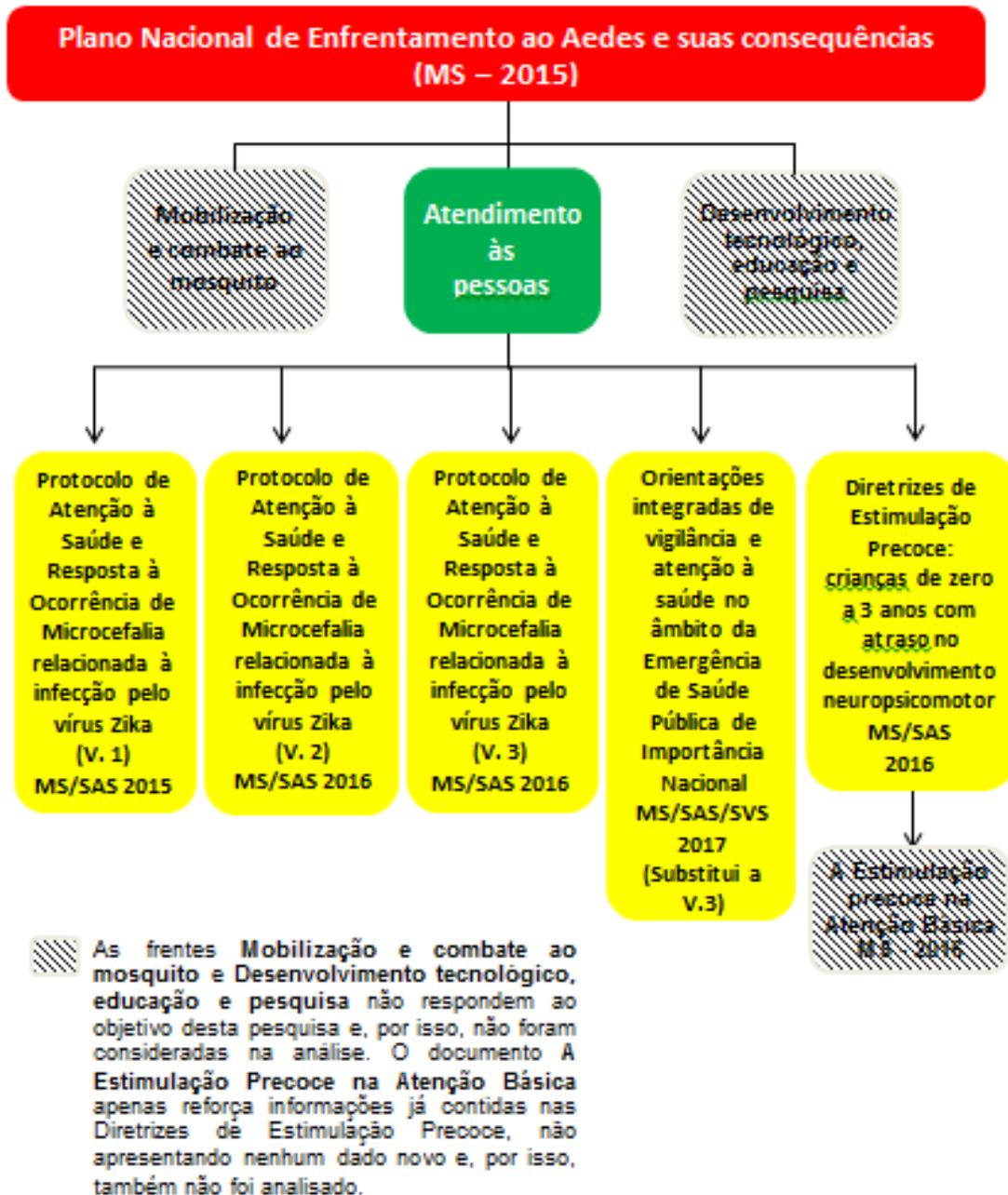
Como critério de inclusão, foram considerados os documentos que abordassem diretamente as ações e serviços voltados à assistência em saúde às crianças portadoras da SCZ, partindo do governo federal para o nível municipal e também ações e serviços de iniciativa municipal. Não foram selecionados documentos que não abordassem diretamente a assistência às crianças com SCZ (ou seja, o foco estava ora nas ações e serviços de prevenção do vírus, ora nas vigilâncias epidemiológica, entre outros) e documentos que já existiam antes do ZIKV e que apenas sofreram atualizações que repetem as proposições dos protocolos do MS.

Em âmbito federal, incluímos o Plano Nacional e os demais documentos alinhados com as propostas da frente de **Atendimento às pessoas** indicadas no Plano¹³ (Fluxograma 1). A partir desta frente de trabalho, o MS elaborou os principais documentos orientadores da atenção à saúde das pessoas no contexto de emergência do ZIKV e da SCZ.

¹² No nível federal, analisamos as três versões do Protocolo de Atenção à Saúde – versões da Secretaria de Assistência em Saúde (SAS)/MS – e a versão elaborada pela SAS em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/MS, chamada ‘Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional’, que substitui a terceira versão do Protocolo da SAS/MS. Também analisamos as Diretrizes para Estimulação Precoce, elaboradas pela SAS/MS.

¹³ Cabe destacar que no contexto de emergência do ZIKV, o MS elaborou vários protocolos, manuais e notas técnicas, contudo, os documentos inicialmente selecionados para este estudo tiveram como critério de inclusão apresentar orientações para os casos suspeitos, o diagnóstico e a posterior intervenção através de ações e serviços voltados **diretamente** para o cuidado em saúde dos bebês com SCZ.

Fluxograma 1 – Documentos elaborados pelo Ministério da Saúde (MS), a partir do Plano Nacional, no âmbito da frente de atendimento às pessoas.



Fonte: sistematizado pela autora, 2019.

Nos demais níveis de gestão, consideramos os documentos derivados das orientações nacionais e documentos locais com conteúdo referente à nossa temática (Fluxograma 2).

Fluxograma 2 – Principais documentos elaborados pela SESA do ES e SEMUS de Vitória-ES e que apresentam ações e serviços relativos ao ZIKV e SCZ.



Fonte: sistematizado pela autora, 2019.

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (SEMUS, 2017) foi incluído na análise, pois trata dos compromissos do município de Vitória com a saúde de seus munícipes. Além disso, este Plano foi construído numa realidade de saúde **pós ZIKV**, o que mobilizou mudanças na organização da rede de atenção à saúde do município. Neste sentido, é um documento contendo propostas da gestão para a modificação e/ou manutenção da oferta de ações e serviços em saúde durante os próximos 4 anos (SEMUS, 2017). O relatório de gestão municipal de 2017 (SEMUS, 2018)

compôs a análise, pois apresentava redirecionamentos que devem compor o Plano de Saúde de Vitória-ES, no que se refere à SCZ.

É importante dizer que o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 de Vitória-ES – atualizado em março de 2015 – não foi incluído neste estudo, pois apesar de ter sido atualizado no ano em que ocorreu a emergência do ZIKV no Brasil, não apresenta nenhuma abordagem sobre o vírus, que foi admitido pelo MS como sendo o ZIKV somente em maio de 2015. Da mesma forma, os relatórios municipais de gestão dos anos de 2015 e 2016 não foram incluídos na análise, pois também não mencionam nenhuma ação ou serviço voltado ao enfrentamento da problemática do ZIKV ou da SCZ no município. O documento referente ao Programa **Vitória da Vida**, que visa acolher crianças residentes em Vitória, nas idades de 0 a 10 anos, para oferta de atendimento integral em saúde também não foi incluído na análise documental por ser um documento que já existia antes do ZIKV e que foi atualizado repetindo orientações do MS. Este documento foi considerado enquanto proposição teórica ao discutirmos as ações ofertadas em nível municipal.

As Notas Técnicas (NT), elaboradas pela PMV/SEMUS/GAS, nos anos de 2015 e 2016 (SEMUS, 2015; SEMUS, 2016), foram incluídas por tratarem diretamente de ações de seguimento dos bebês na Atenção Básica (AB), bem como o credenciamento do município de Vitória junto à Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) para a oferta de estimulação precoce e acompanhamento em Programa específico para o desenvolvimento infantil.

Desta forma, de um total de 16 documentos, 5 foram excluídos (2 federais e 3 municipais), sendo considerados 11 documentos para a análise. Os documentos oficiais incluídos na análise foram organizados em um quadro (Quadro 1) visando à organização do corpus documental. As variáveis consideradas foram **ações e serviços recomendados X os existentes; rede assistencial à SCZ e resultados previstos**. Utilizamos a análise de conteúdo, com categorias apriorísticas. Organizamos os documentos cronologicamente, considerando o ano de publicação e por hierarquia de órgão elaborador, ou seja, partimos dos documentos federais, para os estaduais e municipais, sucessivamente.

Quadro 1 – *Corpus* documental selecionado para análise.

Elaboração	Nº	Nome do documento	ano	Objetivo do documento
Ministério da saúde	1	Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e suas consequências	2015	Determinar orientações gerais de atuação no contexto do Zika vírus no Brasil. Estabelece as três frentes de trabalho: combate ao vetor, atendimento às pessoas e incentivo à pesquisa, educação e tecnologia.
	2	Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika (versão 1)	2015	Orientar as ações dos profissionais e os serviços necessários para atendimento às pessoas.
	3	Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika (versão 2)	2016	Orientar as ações dos profissionais e os serviços necessários para atendimento às pessoas.
	4	Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika (versão 3)	2016	Orientar as ações dos profissionais e os serviços necessários para atendimento às pessoas.
	5	Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor	2016	Orientar os profissionais e serviços no âmbito da Estimulação Precoce das crianças com microcefalia ou alterações do Sistema Nervoso Central, descrevendo recursos, atividades, serviços e profissionais envolvidos nessa modalidade de cuidado.
	6	Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância nacional (Substitui a versão 3 do Protocolo de Atenção à Saúde)	2017	Orientar as ações dos profissionais e os serviços necessários para atendimento às pessoas.
Secretaria de Estado da Saúde (SESA) ES	7	Protocolo de assistência a gestantes com suspeita de Zika vírus e bebês com Microcefalia 2015-2016	2016	Apresentar orientações para abordagem dos casos de ZIKV e microcefalia no ES, em Vitória e demais municípios do estado. Apresenta o fluxo e a rede disponível. Vitória atuou com base neste documento.
Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória	8	Nota Técnica nº 02/2015 - PMV/SEMUS/GAS	2015	Esclarecer sobre nova forma de contratação de serviço de triagem e reabilitação e orienta o preenchimento de formulário para solicitação de triagem na APAE e Programa de Atenção ao Desenvolvimento Infantil (PADI).
	9	Nota Técnica nº 006/2016	2016	Recomendar serviços de saúde locais e demais condutas diante da epidemia por ZIKV e necessidade de acompanhamento de recém-nascidos (RN) com microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC) e RN expostos intra-útero à infecção pelo Zika.
	10	Relatório de Gestão Municipal de Vitória-ES	2017	Relatar o que foi feito e as recomendações para o enfrentamento à problemática do ZIKV e SCZ no município.
	11	Plano Municipal de Saúde de Vitória-ES (2018-2021)	2017	Apresentar as propostas da gestão para o quadriênio no município.

Fonte: sistematizado pela autora, 2018.

Uma segunda leitura, mais aprofundada, nos permitiu tecer algumas inferências (BARDIN, 2004) sobre cada documento, registrando nossas impressões iniciais, além de uma compreensão mais global do conteúdo. Também extraímos dos documentos os parágrafos (unidades de registro) referentes às ações ou serviços recomendados (BARDIN, 2004).

A análise do Plano Nacional buscou evidenciar a linha de atuação orientada pelo MS, bem como a centralidade da abordagem, no sentido de verificar se o Plano apresenta ações que enfrentam a raiz da problemática do ZIKV ou age de modo a responder a ocorrência aguda de um agravo em saúde.

Procedendo a análise dos Protocolos de Atenção à Saúde, primeiramente, buscamos identificar as principais diferenças entre as três versões iniciais destes documentos (elaboradas pelo MS e Secretaria de Atenção à Saúde - SAS) e, em seguida, comparamos a terceira versão do MS/SAS com a quarta e última versão, elaborada em conjunto pelo MS/SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

Optamos por buscar as diferenças entre as três primeiras versões e só depois comparar a terceira e a quarta versões pelas razões que se seguem:

1) As três primeiras versões denotam uma progressão de ideias num contexto emergencial de ação;

2) A quarta e última versão foi elaborada em conjunto por secretarias diferentes, o que demonstra uma integração de ideias não existente até a terceira versão;

3) A quarta versão foi elaborada para substituir a terceira, o que nos fez considerar importante identificar o que foi mantido e o que foi descartado na versão final.

Seguindo o sumário das três primeiras versões dos documentos conseguimos identificar três grandes eixos¹⁴ onde se agrupam as propostas apresentadas:

1) Atenção à saúde da mulher;

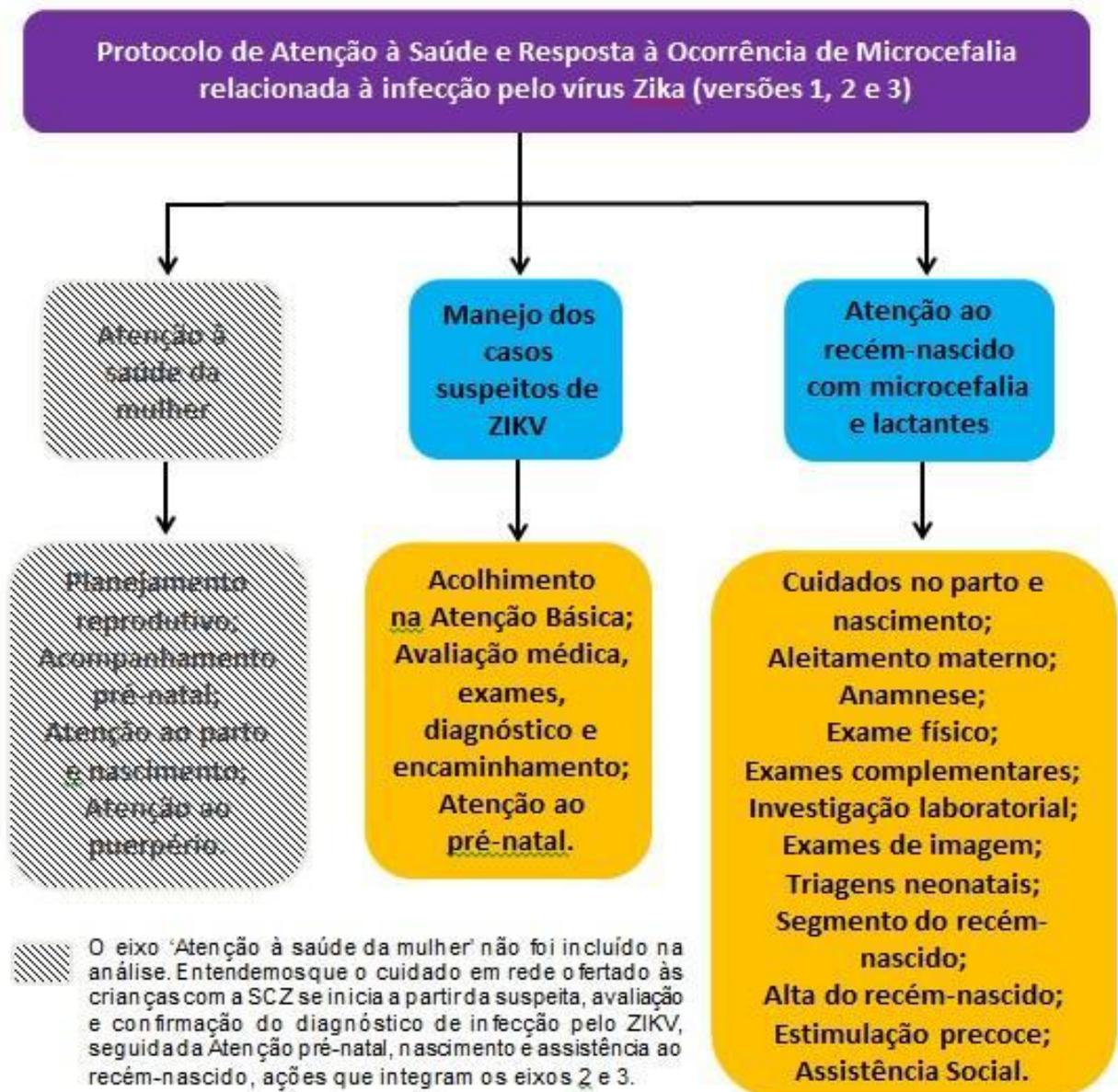
2) Manejo dos casos suspeitos de ZIKV;

3) Atenção ao recém-nascido com microcefalia e lactantes.

¹⁴ Este agrupamento não aparece nos documentos, trata-se de uma decisão metodológica para melhor organizar a análise.

É importante dizer que, de acordo com os objetivos deste estudo, o eixo 1 não foi objeto de nossa análise, pois não trata diretamente da rede de assistência às crianças com a Síndrome Congênita do Zika (SCZ), além disso, o que compete à saúde do bebê no eixo 1 se mantém como abordagem nos eixos 2 e 3 (pré-natal, parto e puerpério) (Fluxograma 3).

Fluxograma 3 – Eixos de ação identificados a partir dos Protocolos de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika (versões 1, 2 e 3) elaborados pela SAS/MS.

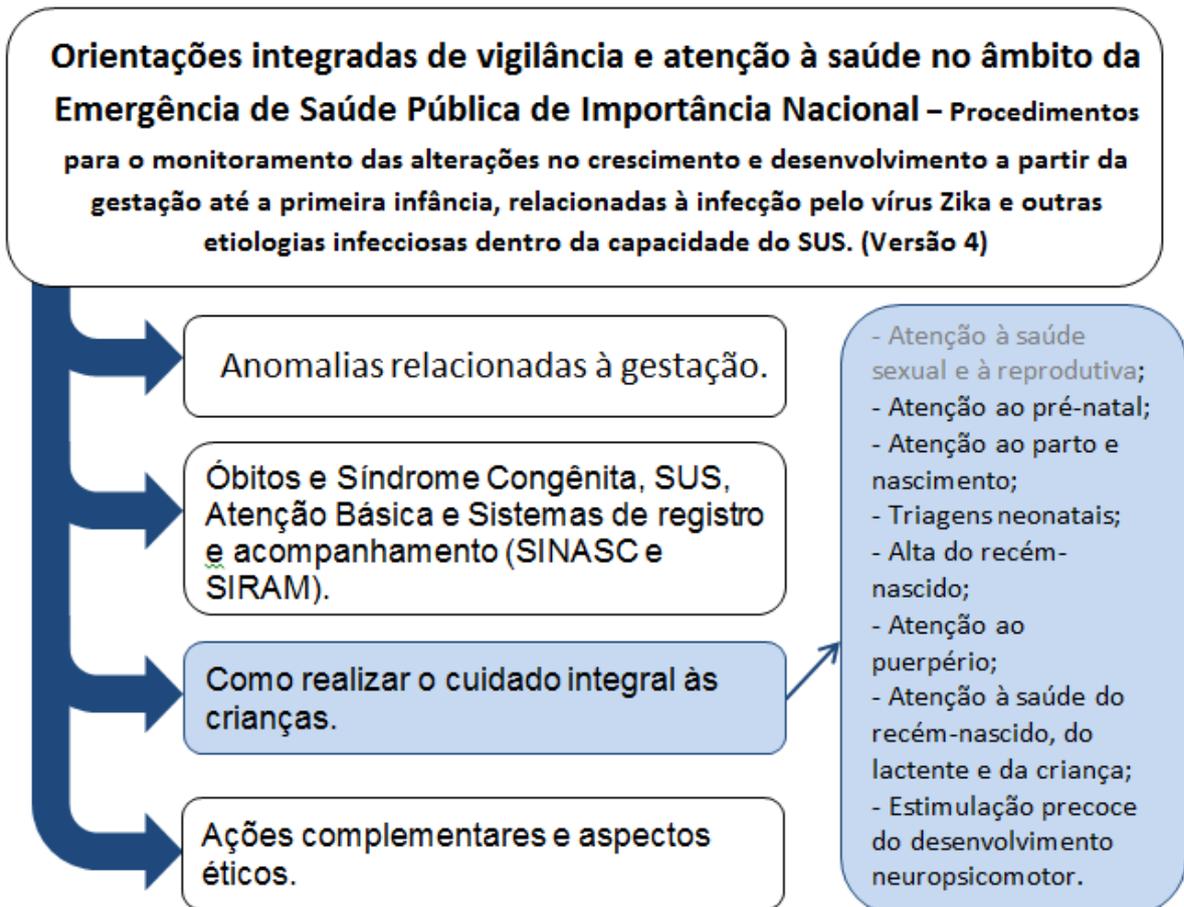


Já na quarta versão, identificamos que as propostas podem ser agrupadas de outro modo:

- 1) Anomalias relacionadas à gestação;
- 2) Óbitos e Síndrome Congênita, SUS, Atenção Básica e Sistemas de registro e acompanhamento (SINASC e SIRAM);
- 3) Como realizar o cuidado integral às crianças;**
- 4) Ações complementares e aspectos éticos.

O eixo 3 (alvo de nossa análise) contempla os eixos identificados nas versões anteriores, ou seja, orienta para o manejo dos casos suspeitos de ZIKV desde o pré-natal e a atenção à saúde dos bebês após o nascimento (Fluxograma 4).

Fluxograma 4 – Eixos de ação identificados a partir das Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, elaborada pela SAS/SVS/MS.



Neste documento, o eixo três foi nosso principal campo de análise. Entretanto, por essa versão do Protocolo integrar orientações da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), também consideramos informações constantes nos demais eixos, quando apresentavam orientações relacionadas à assistência às crianças com SCZ como, por exemplo, as mudanças no parâmetro de medição do perímetro cefálico dos bebês (esta orientação aparece no eixo um do documento). As especificidades de alguns exames recomendados aparecem no tópico Óbitos e Síndrome Congênita (eixo 2), que também consideramos quando pertinentes.

No caso das Diretrizes de Estimulação Precoce (BRASIL, 2016b), trata-se de um documento que descreve, de modo minucioso, as atividades de estimulação em diversos aspectos (visual, auditivo, motor, cognitivo, entre outros), bem como as condições necessárias à sua realização. Este é um documento muito técnico e, por isso, contém aspectos que não foram analisados. Consideramos as ações e serviços propostos de maneira geral e como a Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve se organizar para ofertar os cuidados de estimulação precoce (EP). O detalhamento que o documento apresenta quanto às atividades e ações de estimulação nos diversos aspectos do desenvolvimento da criança não foi alvo de análise. Para facilitar a compreensão da amplitude da EP, identificamos que ela articula os seguintes elementos: (Figura 2)¹⁵:

¹⁵ Este agrupamento não aparece nos documentos, trata-se de uma decisão metodológica para melhor organizar a análise.

Figura 2: Dimensões que compõem a Estimulação Precoce.



Fonte: sistematizado pela autora, 2019.

Nossa análise documental buscou destacar as principais orientações referentes a cada eixo analisado (no caso dos documentos com mais de uma versão), e no caso dos documentos de versão única destacamos as informações que conformam um **fluxo** para a assistência às crianças. O que se quer dizer é que não nos prendemos à mera alteração da **forma** de apresentação dos documentos, embora a citemos para fins didáticos, metodológicos e de organização do estudo.

Durante a análise identificamos outras variáveis (não apriorísticas): **parcerias estabelecidas entre MS e órgãos e/ou instituições nacionais e internacionais; atribuições dos gestores; atribuições das equipes de saúde e atribuições da população/usuários (as)**. No movimento interpretativo, cotejamos os significados apreendidos com a perspectiva da garantia de direitos, em consonância com o que

se expressa teoricamente na política de saúde brasileira quanto ao alcance de suas ações e serviços em saúde.

Além da pesquisa documental, realizamos pesquisa de campo. Essa possibilitou conhecer os serviços disponíveis na rede assistencial do município de Vitória para atender aos casos de SCZ, bem como identificar junto aos profissionais entrevistados as ações realizadas e suas percepções sobre o que é ofertado nos serviços onde desenvolvem suas práticas. Também foi realizada entrevista com uma representante da gestora municipal de saúde.

A pesquisa de campo foi desenvolvida nos serviços de saúde aos quais conseguimos acesso e que integram a rede assistencial de Vitória-ES (própria e conveniada) para o atendimento às crianças nascidas com a SCZ. Os serviços foram identificados com base nas informações da SEMUS de Vitória-ES/Gerência de Atenção à Saúde (GAS) e da SESA-ES (SESA, 2016), sendo os seguintes:

A) Serviços públicos de execução municipal (SEMUS Vitória-ES):

- 7 Unidades Básicas de Saúde localizadas em territórios com casos confirmados de SCZ: Santo André; Santa Martha; Bairro da Penha; Itararé; Resistência; Santo Antônio e Jardim da Penha. Um dos casos registrado em Jardim da Penha está sendo acompanhado pela rede privada de saúde, e o outro se refere a uma família que se mudou do estado, por isso não obtivemos informações. Jardim da Penha registrou 3 casos de SCZ, destes, apenas 1 foi considerado para entrevista. Para efeito de número de casos registrados, os 3 casos foram considerados.

Nas UBS de Santa Martha (1 caso) e Santo Antônio (1 caso), não foram realizadas entrevistas, pois devido à mudança de profissionais, os atuais responsáveis pelas microáreas onde os casos foram registrados não os acompanharam à época e não se sentiram aptos a responder nossas perguntas. Nestes serviços, os profissionais apenas repassaram os registros de atendimentos disponíveis nos prontuários das crianças. Utilizamos estas informações para construir o fluxo real da assistência (Fluxograma 7).

Quer dizer, para fins de entrevista e análise da assistência em Vitória, 4 dos casos registrados não foram diretamente citados e duas das USF indicadas não fizeram parte de nossa pesquisa de campo.

B) Serviços públicos de execução estadual (SESA - ES):

- Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG), enquanto serviço de referência para atendimento neurológico infantil no ES nos casos de SCZ. O hospital também é referência nos casos em que é necessária a realização de exame de fundo de olho, ou seja, quando o exame não foi realizado no local de nascimento do bebê por ausência de serviço oftalmológico (SESA, 2016).

- Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES), enquanto serviço de referência para reabilitação auditiva e para a oferta de atendimento em estimulação precoce.

C) Serviços públicos de execução federal (MS):

- Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM): como serviço de referência para o município de Vitória nos casos de gestação de alto risco¹⁶, além da realização de exames de triagem neonatal, triagem ocular e exame de fundo de olho nos bebês com suspeita da SCZ (SESA, 2016).

Devido a percalços com o Comitê de Ética (que explicaremos adiante), a instituição não foi incluída na pesquisa de campo (Figura 6).

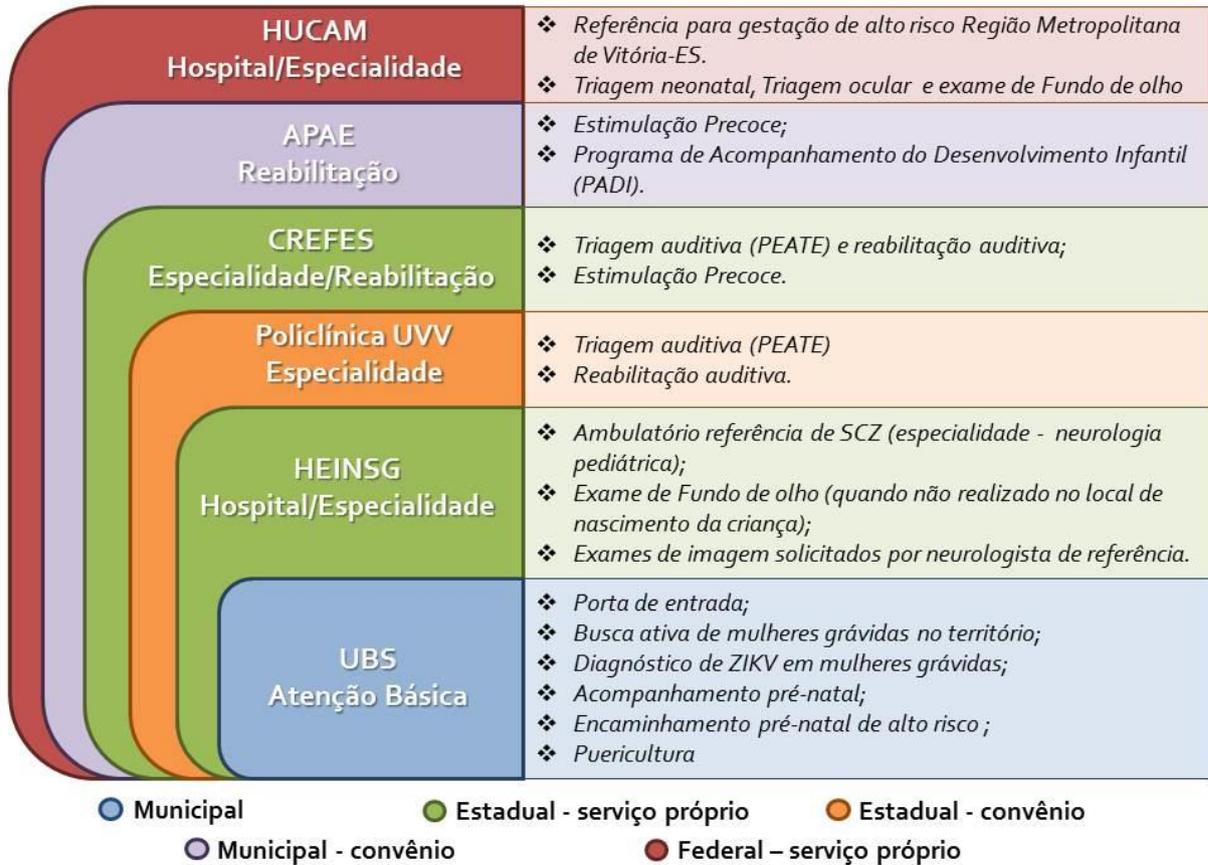
D) Serviços privados de execução conveniada

- Policlínica da Universidade de Vila Velha (UVV), referência para realização de exame audiológico PEATE (indicado nos casos de suspeita de SCZ) e reabilitação auditiva.

- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Vitória, atuando como referência na oferta de atendimento de reabilitação por estimulação precoce visando estimular as crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor a ampliar suas capacidades. A APAE também oferta o Programa de Atenção ao Desenvolvimento Infantil (PADI), para acompanhamento dos bebês de risco. Abaixo (Figura 3) é possível visualizar os serviços que compõem a rede por tipo, ações ofertadas e nível de gestão a que estão vinculados.

¹⁶ O Protocolo de assistência a gestantes com suspeita de zika vírus e bebês com microcefalia 2015-2016, da SESA do ES, destaca: “devido ao caráter inusitado dessa doença, optou-se por encaminhar para os serviços de alto risco para melhor avaliação e controle dessas gestantes” (SESA, 2016, p. 27).

Figura 3: Tipificação dos serviços que compõem a rede de assistência às crianças com SCZ em Vitória-ES.



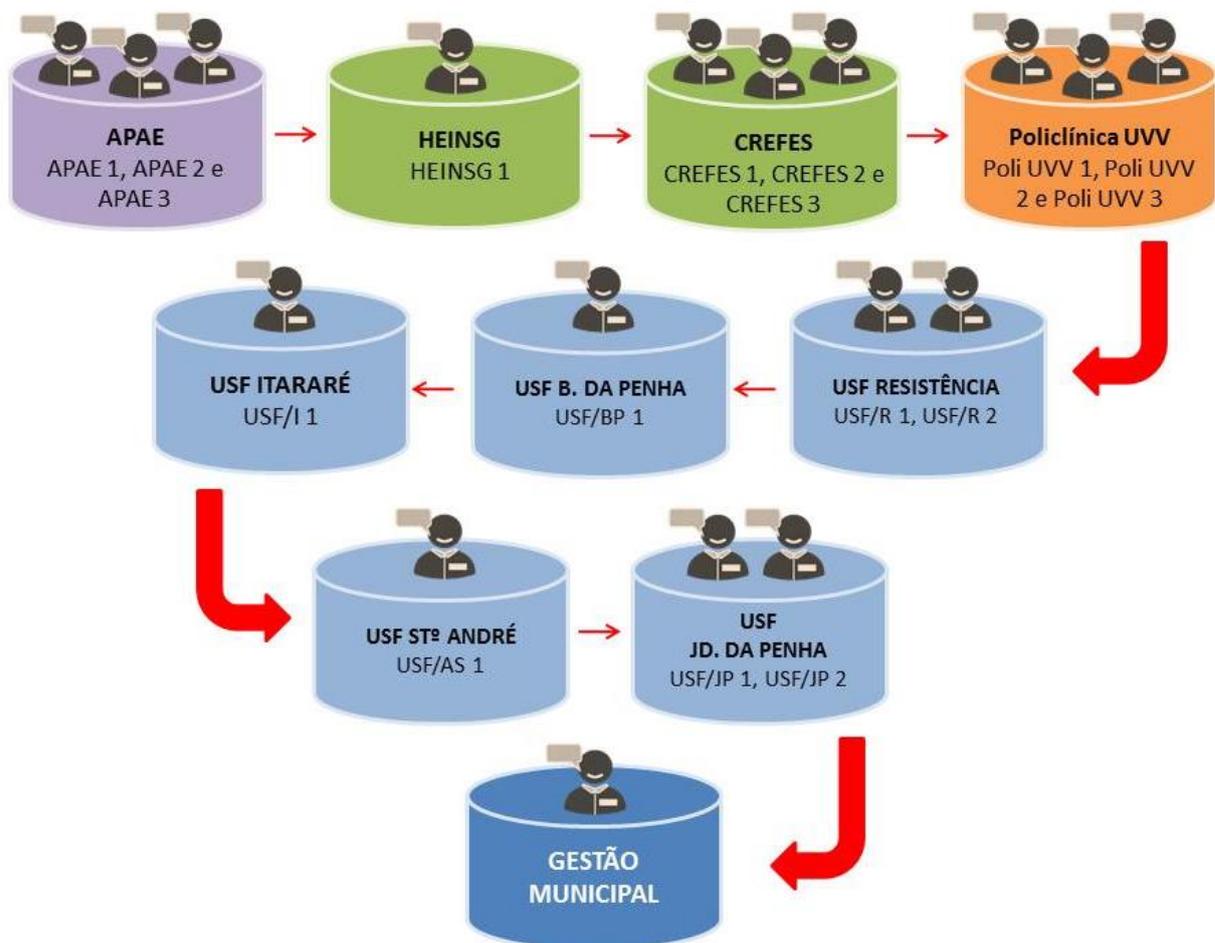
Fonte: sistematização da autora, 2019.

Para a realização das entrevistas, os responsáveis pelos serviços indicaram um ou mais profissionais aptos a nos fornecer as informações. Apesar de solicitarmos a indicação de um informante chave por serviço, em alguns casos, os profissionais se sentiram mais confortáveis estando com mais colegas. A justificativa foi a possibilidade de não se lembrarem sozinhos de todos os acontecimentos, visto que, atualmente, não ocorre o registro de casos com a mesma intensidade que nos anos de 2015 e 2016 e a maioria dos casos atendidos datam desse período.

As entrevistas foram agendadas respeitando a disponibilidade dos profissionais e suas agendas de trabalho, bem como a concordância em participar de nossa pesquisa. Não foi possível realizar entrevista com a gestora municipal de saúde, nesse caso, a gestão foi representada pela coordenadora da Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE) de Vitória. Na Figura 4 constam os serviços visitados, o número de participantes da pesquisa e a ordem em que realizamos as entrevistas.

No total, estivemos em 9 serviços que compõem a rede assistencial do município de Vitória e nestes, conversamos com 17 profissionais, além da representante da gestão municipal de saúde, totalizando 18 entrevistados. Para fins de identificação na dissertação, os profissionais serão identificados pela sigla da instituição, seguida de algarismo (1,2, 3) - conforme ilustrado na figura abaixo.

Figura 4: Número de profissionais entrevistados e identificação (por serviço) e ordem de realização das entrevistas.



Fonte: Sistematizado pela autora, 2019.

A entrevista semiestruturada nos permite interagir com os sujeitos partícipes da realidade sobre a qual formulamos nosso problema de pesquisa, obtendo informações importantes por meio de suas falas (MINAYO, 2012). Trata-se de uma técnica privilegiada de comunicação, sendo seu caráter semiestruturado um meio que possibilita combinar perguntas abertas e fechadas, dando ao entrevistado a

liberdade de falar sobre o tema sem ficar preso à pergunta inicial (MINAYO, 2012). Como instrumento de registro das falas utilizamos a gravação, que foi previamente autorizada pelos participantes. As entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo, pois entendemos que, como um processo relacional, o conteúdo das entrevistas apresentam características específicas de acordo com o lugar ocupado pelos sujeitos na sociedade (BARDIN, 2004).

Depois de transcritas as entrevistas, realizamos uma leitura inicial para melhor compreensão das falas, identificando os principais argumentos e seus significados mais amplos (BARDIN, 2004). Como dissemos anteriormente, temos categorias apriorísticas para a análise documental e que foram mantidas para a análise das entrevistas.

As perguntas por nós elaboradas (Apêndices B e C) serviram como balizadores para a análise, considerando as variáveis: **demandas postas pelos casos X demandas atendidas pelos serviços; fluxo/necessidade de encaminhamento dos casos X triagem para inclusão no atendimento; capacitação dos profissionais; dados apresentados sobre a SCZ X ponto de vista da gestão; ações necessárias X ações prioritárias.**

A categoria **Rede Assistencial à SCZ** foi nossa unidade de contexto e as unidades de registro foram todos os trechos das falas dos entrevistados que concluíram uma ideia a respeito da categoria **ações e serviços** (BARDIN, 2004).

Você, leitor, também irá notar que não restringimos as falas dos participantes a capítulos específicos, ou apenas como elementos finais de nosso estudo. Essa construção possibilitou (quando pertinente), inserir trechos dos relatos como forma de ilustrar nossas considerações teóricas com elementos colhidos na realidade, evidenciando essa relação dialética. Nosso desejo é alertar para o fato de que o ZIKV e a SCZ estão aí, estão perto, e são problemas de todos/as nós.

2.1 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Pelas características de nosso desenho metodológico, percorremos um intrincado percurso para cumprimento das exigências éticas. Aqui intentamos cumprir a exigência formal estabelecida pela resolução 510 (BRASIL, 2016c), mas também

demonstrar que o caminho da pesquisa é permeado por dificuldades que precisam ser também registradas.

Desde a submissão do projeto de pesquisa ao CEP UFES, em 18 de maio de 2018 e emissão de parecer em 21 de dezembro de 2018, até a finalização da coleta de dados em abril de 2019, muitas foram as exigências burocráticas, informações equivocadas, telefonemas, além de idas e vindas em serviços diversos. Percorremos estes caminhos com prazer, prendendo o pensamento em nossas contínuas descobertas. Ou seja, as dificuldades tem também uma dimensão pedagógica.

A realização da pesquisa de campo exigiu a adoção de alguns procedimentos éticos baseados na Resolução de nº 510/2016 (BRASIL, 2016c), do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Inicialmente submetemos nosso projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFES, no campus de Goiabeiras, estando esta pesquisa aprovada sob o parecer nº 3.101.131 (Anexo A), emitido em 21 de dezembro de 2018, após 7 meses de submissão do projeto.

Também submetemos o projeto à Escola Técnica do SUS (ETSUS- Vitória), a fim de conseguirmos anuência para acesso a documentos de circulação restrita e aos profissionais dos serviços em nível municipal. Após protocolarmos o projeto de pesquisa na Prefeitura de Vitória, a ETSUS, no prazo de 35 dias, emitiu uma avaliação favorável à realização da pesquisa (Anexo B). Entretanto, a autorização para ir à campo foi condicionada ao parecer do CEP UFES. Após recebimento do parecer, a ETSUS emitiu cartas de autorização (Anexos C e D) para que pudessemos ir aos serviços e à gestão municipal.

Paralelamente, também submetemos o projeto à SESA - Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos (NUEDRH), vinculado à Comissão para Análise de Pesquisa no Âmbito da Rede Estadual de Saúde -, conforme a Portaria estadual 248-S de 05/07/2016 (SESA, 2016a). Nesse setor protocolamos duas solicitações, uma para o HEINSG (Anexo E) e outra para o CREFES (Anexo F). Esta exigência se aplica a estudos que envolvam acesso a dados e profissionais em nível estadual. Obtivemos anuência em 17 dias, independente do parecer do CEP UFES. Contudo, em respeito aos participantes e às normas éticas, não fomos a estes serviços antes do parecer do CEP UFES.

Para a autorização junto à Policlínica da UVV e APAE, os responsáveis pelos serviços solicitaram o envio do nosso projeto de pesquisa para conhecimento do assunto e o roteiro da entrevista semiestruturada. Também nesses serviços, as entrevistas só foram realizadas após o parecer do CEP UFES. Apenas a Policlínica da UVV emitiu documento autorizando a realização da pesquisa (Anexo G).

Como parte do planejamento em pesquisa, seguir os trâmites éticos foi uma etapa desgastante. Colocava-nos *vis a vis* o tempo institucional da pesquisa – 24 meses – e o tempo próprio do CEP – 7 meses (quase 30% do tempo total).

A partir do recebimento do parecer do CEP UFES, e após realizarmos todas as entrevistas nos serviços de nível estadual e municipal, partimos para o nível federal – estávamos em casa, afinal o HUCAM é instituição da UFES –, crendo que o parecer do referido CEP nos respaldava. No entanto, ao buscarmos os profissionais do HUCAM para agendar as entrevistas, obtivemos a informação de que deveríamos passar pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) da instituição, instância responsável por intermediar a autorização junto à chefia dos setores em que pretendíamos realizar a pesquisa. Na GEP, a autorização foi liberada de um dia para o outro (Anexo H).

Apenas ao buscar a GEP tomamos conhecimento de um erro na submissão realizada junto ao CEP UFES e, conseqüentemente, da possível inviabilização de nossa pesquisa no HUCAM. Ao analisar nosso projeto, o CEP UFES não nos solicitou correção para a inclusão do hospital enquanto instituição coparticipante da pesquisa¹⁷, e nós também não tínhamos conhecimento deste procedimento quando submetemos nosso projeto. A alternativa para o problema foi realizar uma emenda no projeto, para a qual só conseguimos orientações corretas ao final do mês de abril, junto ao CEP do HUCAM. Apesar de nossos esforços, a emissão de parecer por esse CEP não ocorreu em tempo hábil para a coleta de dados, o que nos obrigou a excluir o hospital de nossa pesquisa de campo.

Também tivemos dificuldades na obtenção de informações referentes ao acompanhamento das crianças na rede municipal. Salvo as informações registradas

¹⁷ O HUCAM constava em nosso projeto como um dos serviços definidos para pesquisa de campo. O erro se deu no preenchimento do formulário próprio da Plataforma Brasil, onde era necessário incluir a instituição como coparticipante. Esta ação replicaria nosso projeto ao CEP HUCAM, que também deveria emitir seu parecer. Esta exigência existe porque o HUCAM possui um CEP próprio, que pode autorizar ou não a pesquisa, independente do parecer favorável emitido pelo CEP UFES ou por qualquer outro CEP.

nos prontuários (e que os participantes usaram como base para responder nossas perguntas), nos deparamos com profissionais que não conheciam o caso desde o início por serem novos nos serviços; profissionais que situavam o ZIKV como um acontecimento muito distante no tempo, motivo pelo qual não se lembravam dos atendimentos em detalhes, e profissionais que desconheciam registros de crianças com a Síndrome Congênita do Zika (SCZ) em seus territórios. Também encontramos um cenário no qual o ZIKV não é a preocupação do momento, perdendo seu status para a dengue, ou usando as palavras de um dos/as entrevistados/as: “o ZIKV atualmente não é uma doença que está bombando! (USF/R 1)”

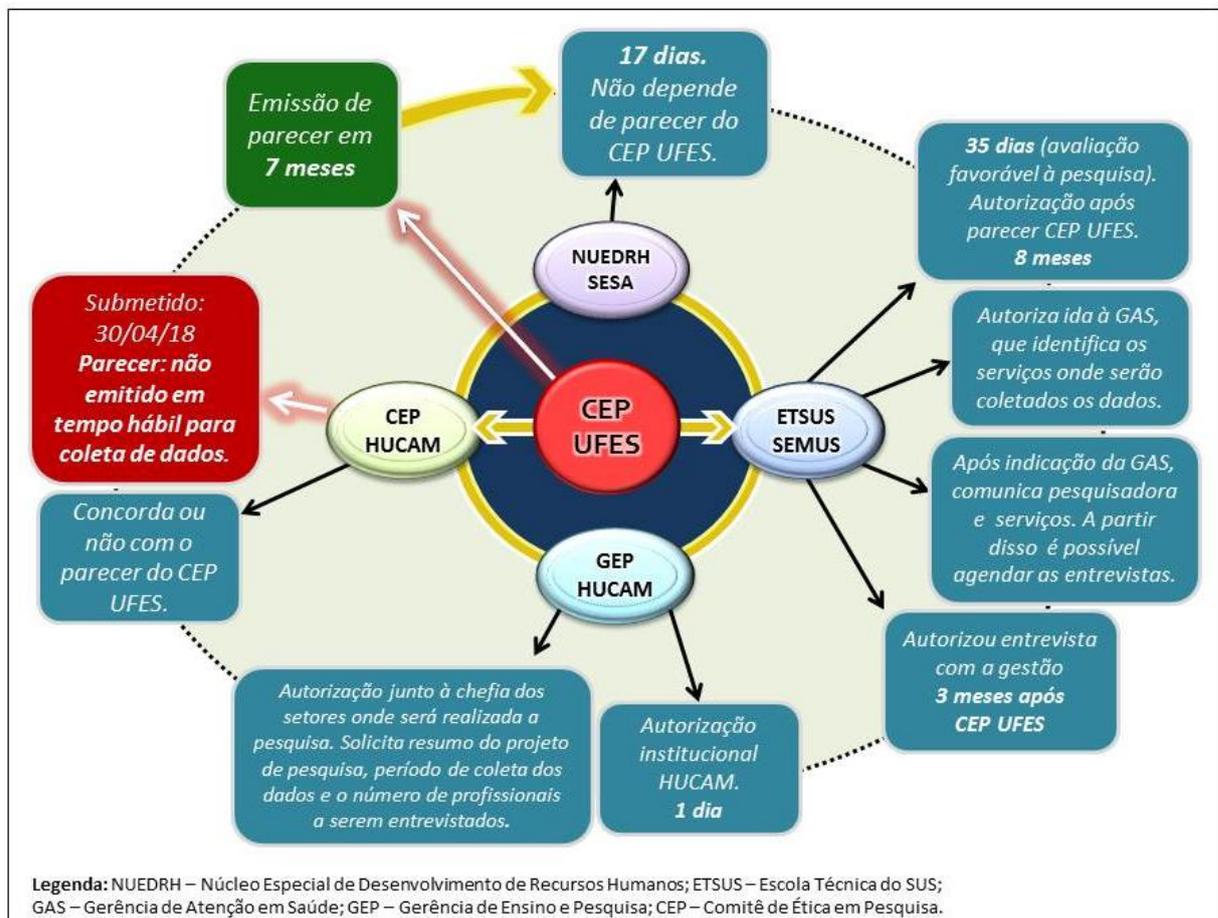
Outra dificuldade se deu no acesso aos profissionais do Centro Municipal de Especialidades (CME) de Vitória. A ETSUS liberou a ida a esse serviço, mesmo a GAS não o indicando, já que não estava incluído no fluxo oficial da SESA e da SEMUS. Mesmo assim, entramos em contato com o serviço. Por telefone, a diretora do CME nos informou que o serviço não atendia crianças com SCZ, apenas mulheres em gestação de alto risco. Essa informação nos fez desconsiderar a ida ao serviço por não convergir como nossos objetivos de pesquisa.

Todavia, em uma das Unidades de Saúde da Família (USF) que visitamos, os relatos colhidos apontaram o encaminhamento de uma criança para o CME. Voltamos a buscar o serviço, mas encontramos dificuldades para realizar a entrevista com os profissionais citados: neuropediatra (que estava com a agenda muito cheia) e oftalmologista (que estava de férias). Após alguns dias conseguimos agendar entrevista com o neuropediatra, mas o médico não compareceu ao CME devido a questões pessoais, de modo que a diretora do serviço ficou de nos retornar com uma nova data. Faltando um mês para finalizarmos nosso trabalho, a diretora do CME nos retornou para reagendar a entrevista com o neuropediatra, mas devido ao nosso tempo não foi possível. Mesmo assim, realizamos uma conversa¹⁸ com a diretora do CME, que acessando o prontuário da criança, corroborou o que havíamos identificado em entrevista na USF. O prontuário acessado na USF e no CME é o mesmo, pois os serviços integram a rede informatizada de Vitória.

¹⁸ Não foi realizada entrevista, já que a diretora do CME não atendeu a criança. No entanto, pelo fato de estarmos tendo acesso a dados privados da criança (mesmo que por relato de outrem), entregamos TCLE à diretora do CME. As informações obtidas foram as mesmas da USF de referência da criança. Na pesquisa optamos por utilizar os dados colhidos na entrevista com o profissional da USF.

Apesar das minúcias de nosso planejamento inicial, as condições objetivas que nos perpassaram nos obrigaram a mudar parte de nossos planos e alterar nosso cronograma, o que não vimos como problema, dada a flexibilidade que também faz parte do processo de pesquisa. Optamos por contar nossas dificuldades para que o leitor possa caminhar conosco pela completude de nosso trajeto, reconhecendo na tessitura da pesquisa, o aprendizado construído com erros, acertos e desafios os mais diversos, e que compõem o mosaico de tropeços e sucessos que constituem o aprender. Abaixo ilustramos nosso percurso ético (figura 5):

Figura 5: Etapas para cumprimento das exigências éticas.



Fonte: Sistematizado pela autora, 2019.

Temos clareza de que estas dificuldades fazem parte da realidade concreta e contá-las aqui não objetiva fazer críticas aos profissionais que nos ajudaram a construir esta pesquisa, apenas descrever nossos caminhos. Todavia, apesar da realidade

nos colocar alguns freios ou desvios, as dificuldades não impediram a contação da história do ZIKV em Vitória.

Para a realização das entrevistas elaboramos:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, onde explicitamos os objetivos, benefícios e riscos deste estudo, bem como dados para identificação e contato com a pesquisadora responsável e com o CEP da UFES. Os/as participantes foram devidamente esclarecidos sobre estes e demais termos necessários no momento em que foram convidados a colaborar de modo voluntário com esta pesquisa (Apêndice A);
- Roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndices B e C).

Com exceção da representante da gestão municipal de saúde e da entrevistada HEINSG 1, foi garantido o anonimato de todos os entrevistados. A quebra de sigilo quanto à representante da gestão decorre da necessidade de explicitar o lugar a partir do qual a entrevistada fala, sendo a identificação deste lugar, elemento importante para a pesquisa. Quanto ao sigilo da entrevistada HEINSG 1, há a possibilidade de quebra do anonimato devido a essa profissional ser a única em sua especialidade que atende aos casos de SCZ no serviço em que atua. Este fato foi informado à participante, que via e-mail nos autorizou a seguir com a pesquisa e incluir sua participação (Apêndice D). Quanto às informações prestadas, as mesmas foram divulgadas em acordo com o permitido pelos participantes e conforme o TCLE.

A SEMUS e a SESA foram instituições coparticipantes deste projeto por nos ofertarem os campos de pesquisa. Os resultados de nossa dissertação serão divulgados via apresentação/defesa pública na UFES, CD a ser enviado à ETSUS e SESA, bem como através de artigos em periódicos científicos e/ou apresentação em Congressos e eventos afins, para que seus resultados sejam de utilidade pública conforme se pretende.

No capítulo que segue, contamos a história do ZIKV, partindo de suas origens no continente africano, até sua chegada ao Brasil e ao município de Vitória (lôcus de nossa pesquisa). Os dados apresentados nos permitem uma aproximação com a realidade desenhada pelo vírus e pela síndrome a ele associada, bem como

compreender o que estes números representam enquanto uma questão urgente a ser enfrentada pelo SUS e pelos brasileiros.

3. DEU ZIKA!

"A segurança só para alguns é, de fato, a insegurança para todos."

(Nelson Mandela)

Estruturamos este capítulo em 2 seções. Inicialmente descrevemos a evolução da epidemia de ZIKV no mundo, partindo de sua origem no continente africano até sua chegada à América do Sul, com destaque para o Brasil, onde se configurou como uma nova epidemia e tendo como consequência o aumento do número de bebês nascidos com microcefalia. Apresentamos também um breve histórico epidemiológico do país, considerando a infeliz familiaridade da população brasileira com o mosquito *Aedes aegypti*, vetor de transmissão do ZIKV. Nosso objetivo é fazer um breve panorama do ZIKV, evidenciando sua chegada ao Brasil e a sua relação com o aumento no número de casos de crianças nascidas com microcefalia. No Brasil, destacamos a relação da epidemia de ZIKV com as limitações da política de saúde em combater ao vetor de transmissão da doença.

Em seguida, caracterizamos o quadro epidemiológico desenhado pelo aumento dos casos de microcefalia no Brasil, uma questão de saúde que ganha os holofotes a partir da chegada do ZIKA, mas que já ocorria em períodos anteriores. Por fim, abordamos a chegada do ZIKV em Vitória-ES, caracterizando o município e apresentando os dados que expressam a proporção do ZIKV e da microcefalia neste território, bem como a rede de saúde disponível para o enfrentamento da questão. Objetivamos apresentar as consequências do ZIKV para as crianças, que ultrapassam a alteração no tamanho da cabeça, motivo pelo qual posteriormente passa-se a falar em uma Síndrome Congênita do ZIKV (SCZ). Também buscamos fazer um panorama da SCZ em Vitória, além de descrever a rede assistencial disponível no município para enfrentar a problemática do ZIKV e da síndrome a ele associada.

Na segunda seção, discutimos aquilo que denominamos as bases de um *iceberg* do qual o ZIKV é apenas a ponta. Iniciamos abordando as desigualdades que perpassam a emergência do ZIKV enquanto uma problemática intimamente ligada à negação dos direitos humanos, situando o tema na agenda da saúde global e também apontando a questão de gênero que atravessa a emergência do vírus. Em seguida, nos aprofundamos na discussão acerca da pobreza e sua relação com o

capitalismo, bem como as consequências no âmbito das políticas sociais. Buscamos desmistificar a ideia da pobreza como natural e demonstrar que a sua causa e perpetuação está diretamente ligada ao modo de produção capitalista (MPC). Por último, situamos o Estado como servidor de dois senhores (capital e direitos sociais), considerando as configurações que as políticas sociais adquirem no contexto de disputa pelo fundo público. Também apontamos as características do governo atual, reforçador da perspectiva liberal e seus impactos para o SUS.

Com isto, objetivamos situar os determinantes sociais, econômicos, ambientais e de gênero que interagem com a epidemia de ZIKV no mundo e, de modo mais específico no Brasil e em Vitória, desde uma mirada histórica. Queremos aqui evidenciar que o ZIKV está vinculado à questões estruturais da sociedade brasileira e sua ocorrência afronta os direitos humanos, entre eles o direito à saúde e condições dignas de vida. Neste cenário, o Estado tem se mostrado negligente junto aos direitos sociais, ao passo em que se curva ao capital.

3.1 – O ZIKV NO MUNDO: MEIO SÉCULO DE NEGLIGÊNCIA E O TRIUNFO NAS AMÉRICAS.

“Sertão é isto: o senhor empurra para trás, mas de repente ele volta a rodear o senhor dos lados. Sertão é quando menos se espera”.

(Guimarães Rosa)

O ZIKV trilhou um longo caminho até ser conhecido em terras brasileiras. Viajando continentes, o vírus foi identificado pela primeira vez em 1947 na África, mais especificamente, na floresta Zika¹⁹ (que dá nome ao vírus), em Uganda, e permaneceu anônimo por mais de meio século nos continentes africano e asiático (TEIXEIRA, 2016).

Inicialmente o vírus foi identificado no sangue de um macaco, seguido do isolamento em mosquitos silvestres e, posteriormente, desde os anos 1960, foram relatados casos esporádicos em humanos (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016). Esses autores afirmam que o padrão aleatório e de pouca gravidade não chamou a atenção para o

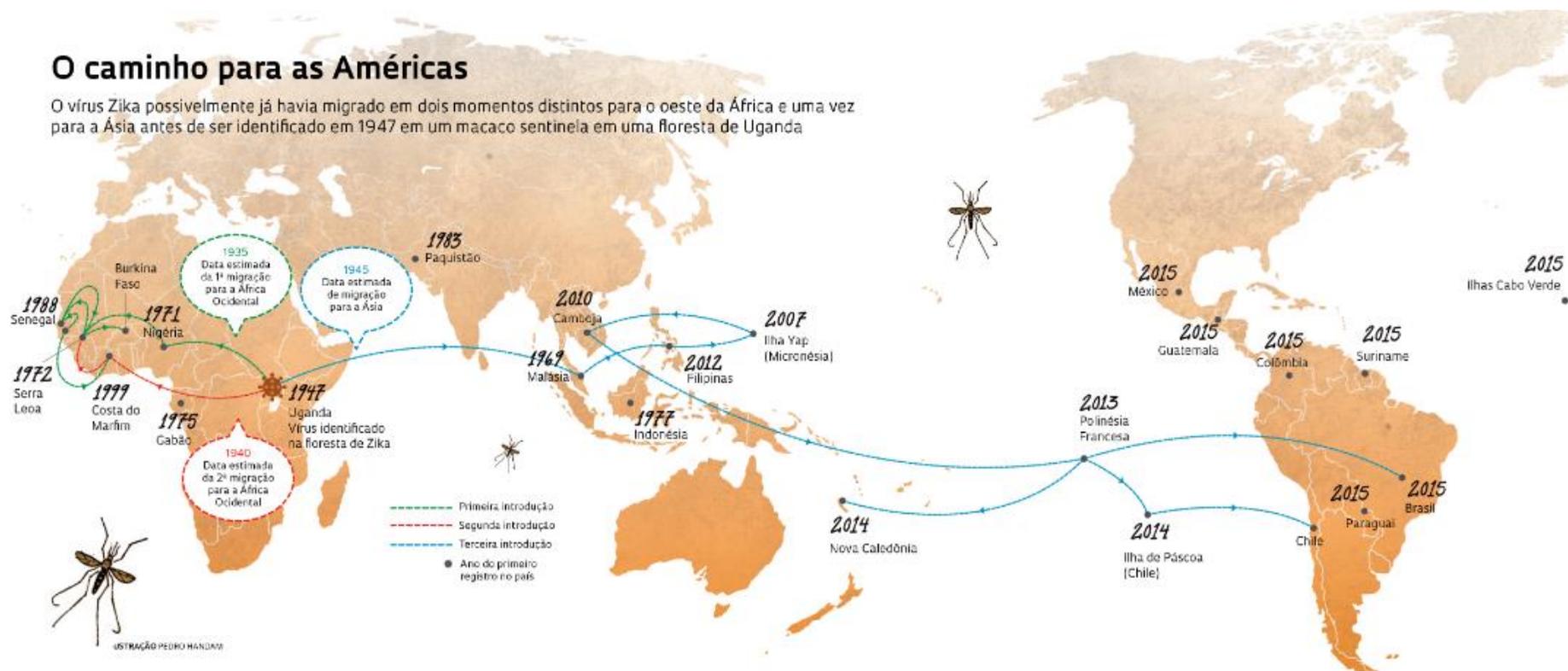
¹⁹ Na língua luganda, do idioma bantu, *zika* significa “coberto de ervas” ou “muito crescido” (DINIZ, 2016, p. 37).

vírus até que outras regiões relataram novos casos. Constatam registros da circulação do vírus na Indonésia, na década de 1970 e, a partir do ano de 2007, houve epidemias na Micronésia e em outras regiões do oceano Pacífico (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016).

Em fevereiro de 2014 o ZIKV chegou às Américas, onde foram identificados casos isolados na Ilha de Páscoa, em provável associação com os casos ocorridos na Micronésia (NUNES; PIMENTA, 2016). Foi necessário pouco tempo para que o vírus se espalhasse por vários países dos continentes americanos e também pela Europa²⁰ (VERAS et al., 2016) (Mapas 1 e 2). Segundo Teixeira (2016, p. 35), trata-se de uma “pandemia em progresso”.

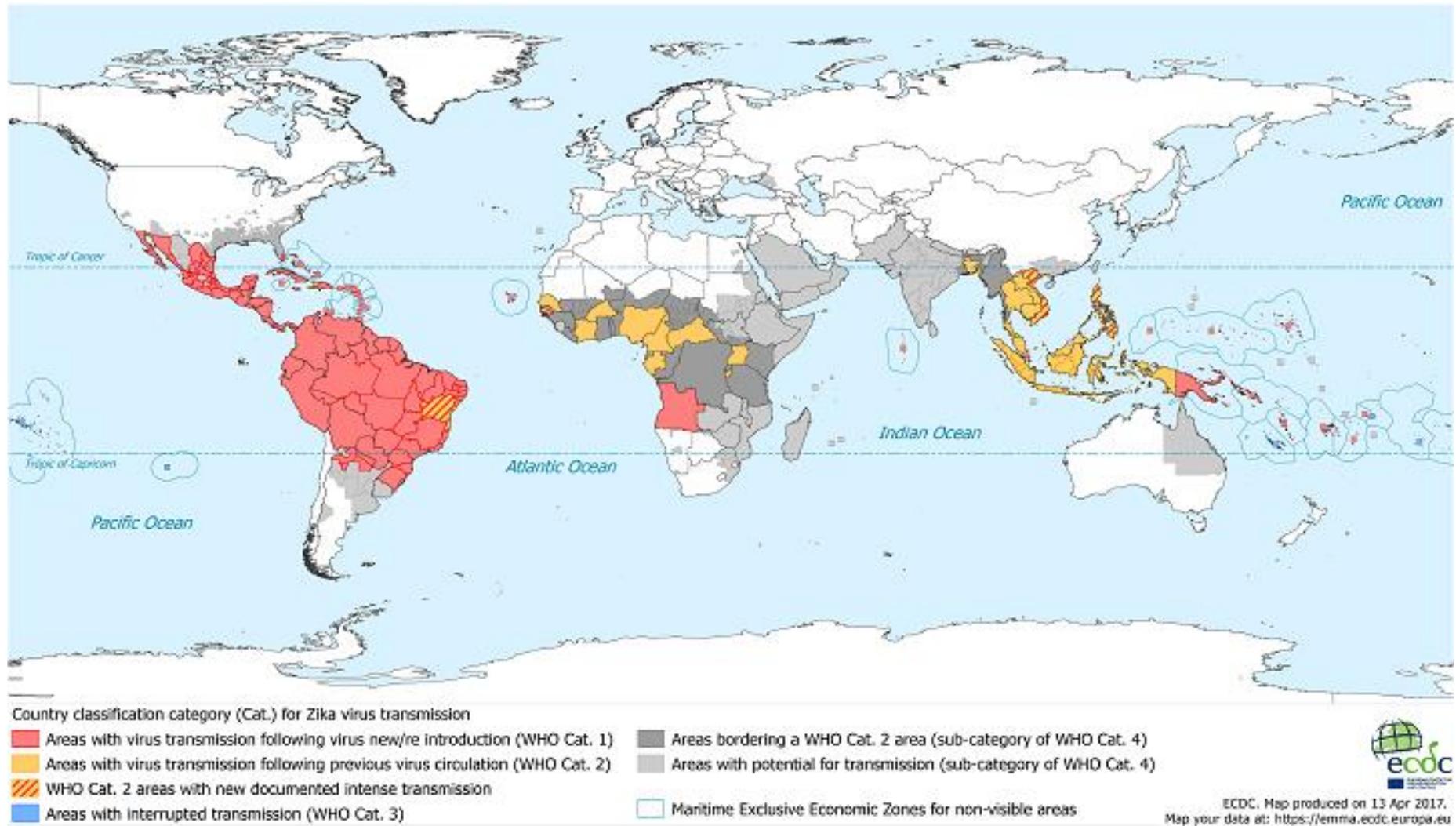
²⁰ Para saber mais sobre a evolução do ZIKV ver: “*The History of Zika Virus*”, na página da Organização Mundial de Saúde (OMS). Disponível em: <<http://www.who.int/emergencies/zika-virus/history/en/>>. Acesso em: 08 dez. de 2017.

Mapa 1 – ZIKV no mundo.



Fonte: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2016/01/12/zika-o-virus-que-pegou-o-pais-de-surpresa/>

Mapa 2 – Níveis de espriamento do ZIKV nos continentes e países.



Fonte: <http://sage.saude.gov.br/#>

O ZIKV é um arbovírus, um tipo de família de vírus essencialmente transmitidos por picadas de insetos, principalmente mosquitos, sendo o principal vetor de transmissão o mosquito **Aedes aegypti**. Registra-se que o ZIKV também pode ser transmitido via relação sexual, entre outras. Além do sangue, o vírus também foi detectado em sêmen, urina, líquido amniótico, saliva e fluidos corporais encontrados no cérebro e na medula espinhal (OPAS/OMS, 2017)²¹.

A infecção pelo vírus ZIKV²² é considerada mais perigosa²³ do que as causadas pela dengue, febre amarela e chikungunya, sendo a microcefalia uma de suas principais complicações (BRASIL, n.d.).

Conforme Oliveira e Vasconcelos (2016), estudos retrospectivos realizados após o surto de ZIKV na Polinésia Francesa sugeriram a ocorrência de aproximadamente 30.000 infecções e ainda, o registro dos primeiros casos da Síndrome de *Guillain-Barré*²⁴ (SGB) associada à infecção pelo ZIKV, além da notificação dos casos iniciais da infecção no período gestacional. Esses achados alertaram para “[...] o potencial das complicações de infecções congênitas por arbovírus, com base em relatos anteriores de encefalopatia, febre hemorrágica, óbito fetal, dentre outros, associados aos vírus chikungunya e dengue” (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016, p. 103). Os autores também destacam que dos nascidos vivos durante o surto na Polinésia (de março de 2014 a maio de 2015), foram registrados 17 casos de malformações do

²¹ Apesar de o vírus ter sido detectado na urina, leite materno e saliva, não há evidência atual da transmissão por estas vias (PIMENTA et al., 2016).

²² Não há tratamento específico para o ZIKV. Na presença de sintomas, é recomendado às pessoas infectadas que façam uso de medicação para dor e febre (paracetamol ou dipirona), e no caso de manifestações dermatológicas, é indicado o uso de antialérgicos. A conduta adotada nos casos de infecção pelo ZIKV segue as mesmas orientações para os casos de dengue (FIOCRUZ, 2016).

²³ Os sintomas mais comuns da doença incluem febre baixa ou manchas avermelhadas (exantema), que aparecem alguns dias após a picada do mosquito infectado. Algumas pessoas podem sofrer também de conjuntivite, dores musculares e articulares e cansaço. Os sintomas costumam durar de dois a sete dias. Muitas pessoas infectadas não apresentam sintomas e não há diferença entre os sintomas registrados por gestantes infectadas e demais pessoas (OPAS/MS, 2017).

²⁴ Na síndrome de *Guillain-Barré*, o sistema imunológico do corpo ataca parte do sistema nervoso periférico. A síndrome pode afetar os nervos que controlam o movimento dos músculos, assim como os que transmitem sensações de dor, temperatura e tato. Pode resultar em fraqueza muscular e perda de sensibilidade nas pernas e /ou braços. Trata-se de uma condição rara, mas podem ser afetadas pessoas de todas as idades, sendo, no entanto, mais comum em adultos do sexo masculino. Mesmo no melhor dos contextos, 3%-5% dos doentes morrem das complicações, que podem incluir paralisia dos músculos que controlam a respiração, infecções do sangue, coágulos pulmonares ou parada cardíaca (OMS, 2016, n.p.).

sistema nervoso central (SNC)²⁵ incluindo a microcefalia. Todavia, a relação entre o ZIKV e a ocorrência dessa malformação congênita só veio a ser confirmada a partir da epidemia ocorrida no Brasil²⁶.

Esse cenário fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretasse, em fevereiro de 2016, Emergência de Importância Internacional (ESPII) (BRASIL, 2016d). Em novembro de 2015, o governo brasileiro já havia decretado Emergência de Importância Nacional (ESPIN) (BRASIL, 2015b). A OMS encerrou a ESPII em novembro de 2016 (OPAS, 2016), e o MS suspendeu a ESPIN em maio de 2017 (BRASIL, 2017b). Todavia, o ZIKV permanece como uma ameaça à população brasileira. A chegada do vírus em terras tupiniquins é o que tratamos a seguir.

3.1.1 – O ZIKV aportou no Brasil: e agora José?

Atravessando o mundo, o ZIKV também encontrou condições favoráveis à sua reprodução na América do Sul. No Brasil, o vírus apareceu, inicialmente, como um enigma de difícil significação, chegando a ser considerado menos perigoso do que a dengue (AGUIAR; ARAÚJO, 2016)²⁷.

No final de 2014, casos de doenças exantemáticas foram relatados em várias regiões do Brasil (CARDOSO et al., 2015) e em maio de 2015, a circulação do vírus definitivamente reconhecido como ZIKV foi admitida pelo Ministério da Saúde (MS), momento em que a doença passou a ser tratada com maior importância (AGUIAR; ARAÚJO, 2016). Autoridades da área da saúde chegaram a caracterizar o surto de ZIKV como uma epidemia de grandes proporções e capaz de comprometer toda uma geração de brasileiros (MARINHO et al., 2016).

²⁵ Semelhante ao que ocorreu no Brasil, as autoridades de saúde da Polinésia Francesa suspeitaram que o ZIKV pudesse estar associado à anomalias congênitas caso as gestantes fossem infectadas durante o primeiro ou segundo trimestre da gestação (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016).

²⁶ Ministério da Saúde confirma relação entre vírus Zika e microcefalia. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/combate-ao-aedes/50399-ministerio-da-saude-confirma-relacao-entre-virus-zika-e-microcefalia>> Acesso em: 08 mai. 2019.

²⁷ “[...] a primeira tese para o novo tipo de adoecimento pelo zika foi descrita como dengue fraca” (DINIZ, 2016, p. 13).

Um estudo²⁸ desenvolvido na Fiocruz de Pernambuco descobriu que a linhagem do ZIKV em atividade no Brasil (identificada em todos os casos registrados) provém de uma cepa do Haiti (FIOCRUZ, 2018). As informações levantadas pelo estudo indicavam que imigrantes ilegais e militares brasileiros em missão naquele país teriam trazido o vírus. A pesquisa da Fiocruz concluiu ter havido múltiplos caminhos (independentes entre si) para a chegada do ZIKV no Brasil. Essa descoberta lançava por terra a crença anterior de que um único paciente poderia ter trazido a doença para o país. Anteriormente já haviam sido confirmados casos de chikungunya em território brasileiro vindos do Haiti e da República Dominicana, o que situa a América Central e Caribe como rotas importantes para a entrada de arbovírus no Brasil (FIOCRUZ, 2018).

O período de sazonalidade do ZIKV é o mesmo da dengue, com predomínio no primeiro semestre do ano e as medidas de controle para o ZIKV são as mesmas utilizadas para a dengue e chikungunya, pois são transmitidas pelo mesmo vetor. Juntos, os três vírus compõem o grupo de arboviroses de maior relevância para a saúde pública brasileira. A circulação simultânea dos três vírus no Brasil dificultou a identificação do ZIKV na população²⁹, oferecendo riscos importantes a idosos, crianças e gestantes (VERAS et al., 2016).

Na América latina, o Brasil foi o país mais afetado pelo ZIKV (CHAN et al., 2016). Em menos de um ano após chegar ao país, o vírus se fez presente em todas as regiões do território brasileiro (Mapa 2), com maior incidência de casos no nordeste e no sudeste.

²⁸ *Revisiting Key Entry Routes of Human Epidemic Arboviruses into the Mainland Americas through Large-Scale Phylogenomics* (Revisitando as principais rotas de entrada de arbovírus epidêmicos em humanos no continente americano por meio de Filogenômica de grande escala).

²⁹ No livro **ZIKA: do sertão nordestino à ameaça global**, Débora Diniz apresenta uma narrativa bastante interessante acerca do processo de descoberta do ZIKV no nordeste. O relato aponta o protagonismo de médicos chamados profissionais de “beira de leito”, sendo este lugar do cuidado em saúde e o território onde exercem suas práticas fatores redutores da credibilidade: “Os nordestinos eram contestados por várias camadas de indiferença que organizam a sociedade brasileira - **uma delas é regional**; outra é o fato de que muitos deles eram clínicos, professores e **cuidadores de gente doente, mas não cientistas nos termos qualificados pela ciência dos currículos das publicações internacionais** e com fator de impacto para Prêmio Nobel de Medicina” (DINIZ, 2016, p. 16, grifos nossos).

Evoluindo, o ZIKV colocou em evidência as dificuldades para controle do vetor de transmissão³⁰, a fragilidade nas ações de planejamento familiar e as falhas na atenção materno-infantil (GARCIA, 2018). No Espírito Santo, o ZIKV também denunciou falhas na política de saúde:

“[...] o Zika, ele veio pra escancarar todos os defeitos que a gente tem no sistema de saúde, no SUS hoje. [...] veio pra mostrar que a saúde básica, que a educação em saúde nossa não funciona” (HEINSG 1).

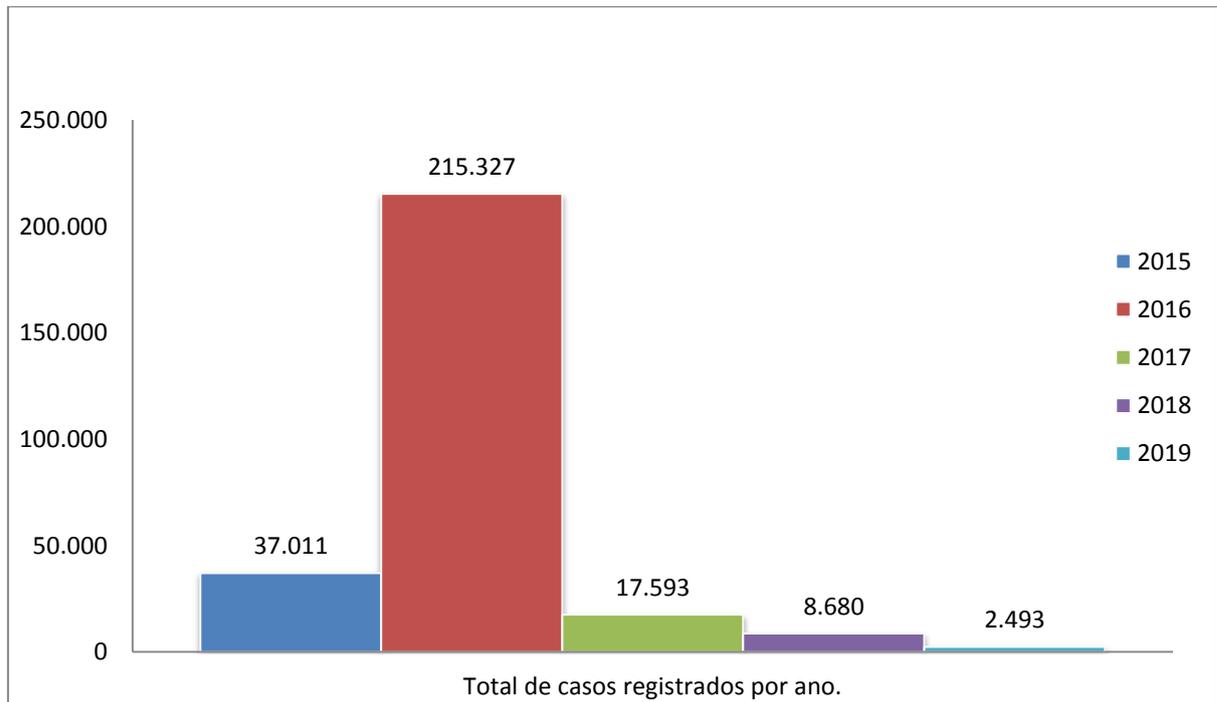
Ao discutirem as práticas educativas na atenção primária e a formação em enfermagem, Soares et al. (2017) fazem uma apanhado sobre as perspectivas que orientam a educação em saúde e situam que na atenção básica, o tema ainda segue um molde cartesiano e arbitrário, que negligencia as diferenças, ou seja, segue uma lógica de prescrição de comportamentos, onde os usuários dos serviços de saúde são classificados como carentes de informação e que precisam adquirir hábitos saudáveis. **Esta lógica é considerada pouco efetiva** e não colabora para que as pessoas desenvolvam uma visão crítica e consciente acerca de sua saúde, tampouco promove mudanças no cotidiano e nos modos de produzir saúde nos territórios (SOARES, et al., 2017). A formação em saúde e, conseqüentemente, as práticas de educação em saúde ainda seguem uma lógica hegemônica capitalista centrada na preparação técnica de recursos humanos em saúde. Um paradigma ancorado na racionalidade e inflexível às reais necessidades humanas (STHAL; LEAL, 2017). Tais práticas não têm se mostram eficazes contra a dengue, e ousamos dizer que, possivelmente, não são suficientes para enfrentar o cenário desenhado pelo ZIKV.

Em abril de 2015³¹ foi confirmada a transmissão autóctone do ZIKV no Brasil (BRASIL, 2016e) e neste mesmo ano foram registrados 37.011 casos prováveis de infecção pelo vírus. Em 2016, foram notificados 215.327 casos prováveis de infecção pelo vírus, destes 130.701 foram confirmados. Em 2017 há registro de 17.593 casos (BRASIL, 2018), em 2018, 8.680 casos (BRASIL, 2019). Em 2019, até a Semana Epidemiológica (SE) 11, foram registrados 2.493 casos prováveis (BRASIL, 2019a). O ano de 2016 foi o ápice da epidemia no Brasil (Gráfico 1).

³⁰ No caso da tríplice epidemia brasileira – dengue, chikungunya e zika –, os vírus se aproveitam do mesmo mosquito vetor, *Aedes aegypti*, de cor escura com listras brancas nas patas, que mais parece uma zebra voadora em miniatura (DINIZ, 2016, p. 44).

³¹ Em série histórica sobre casos de dengue no Brasil entre 1990 e 2016, o ano de 2015 apresentou o maior número de casos (BRASIL, 2017c).

Gráfico 1: Número de casos prováveis de ZIKV por ano, de 2015 a 2019 (até a SE 11 de 2019) – Brasil.



Fonte: MS/SAS – Boletim Epidemiológico nº 47, de nov. 2018: Situação epidemiológica da infecção pelo vírus Zika no Brasil, de 2015 a 2017 (BRASIL, 2018). Boletim Epidemiológico nº 10/2019 (até a SE 11/2019) (BRASIL, 2019a). Sistematizado pela autora, 2019.

A chegada do ZIKV obrigou o governo federal a adotar uma série de medidas para enfrentar o problema. No período de outubro de 2015 a maio de 2016 houve movimentações com a adoção das seguintes iniciativas: publicação da Portaria de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)³²; instalação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública sobre Microcefalias (COES/ Microcefalia)³³; investigações epidemiológicas; instalação da Sala Nacional de Coordenação e Controle (SNCC)³⁴; Estratégia de Ação Rápida (EAR)³⁵;

³² A Portaria nº 1.813 foi publicada em 11 de maio de 2015 e pode ser acessada em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html

³³ Trata-se de um mecanismo de gestão, para atuar de forma coordenada no desenvolvimento das ações frente as necessidades surgidas nas três esferas de gestão (BRASIL, 2016f).

³⁴ Objetiva atuar para o enfrentamento da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus, em conformidade com o Decreto de 8.612, de 21 de dezembro de 2015 e Portaria MS nº 62, de 12 de janeiro de 2016 (BRASIL, 2016f).

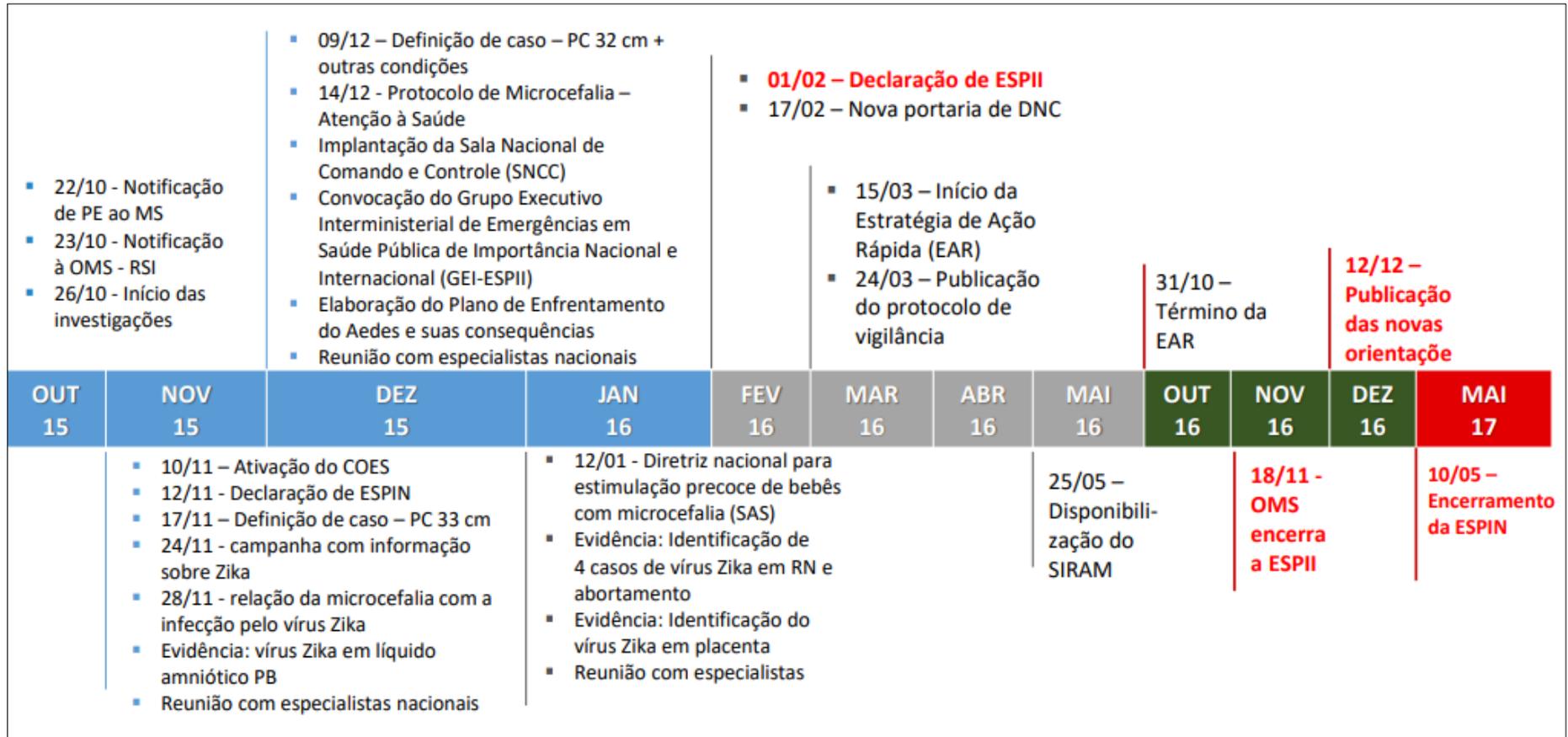
³⁵ A EAR foi instituída pela Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016, com vigência até 31 de maio de 2016 e devendo ser observada pelas Secretarias de Saúde e de Assistência Social dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Teve como objetivo geral esclarecer, no mais curto prazo e na forma mais confortável para as crianças e suas famílias, o diagnóstico de todos os casos suspeitos, otimizando o uso da capacidade instalada disponível e orientando a continuidade da

disponibilização do Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia (SIRAM)³⁶; ações de combate ao vetor e de mobilização social; suporte para diagnóstico laboratoriais (incluindo testes rápidos); capacitação de profissionais e pesquisas e apoio a estados e municípios (MS, 2018a). Abaixo (Figura 6) a linha do tempo que demonstra as principais medidas do governo brasileiro.

Atenção à Saúde de todas as crianças com diagnóstico confirmado ou excluído para microcefalia (BRASIL, 2016g).

³⁶ O SIRAM registra os atendimentos nos serviços de saúde, como estimulação precoce, consultas especializadas, exames de imagem realizados, entre outras informações que possibilitam o monitoramento da atenção prestada às crianças, bem como a formulação de ações para o enfrentamento do problema (CONASS, 2016).

Figura 6: Linha do tempo das medidas adotadas pelo governo brasileiro para enfrentamento do ZIKV - 2015 a 2017.

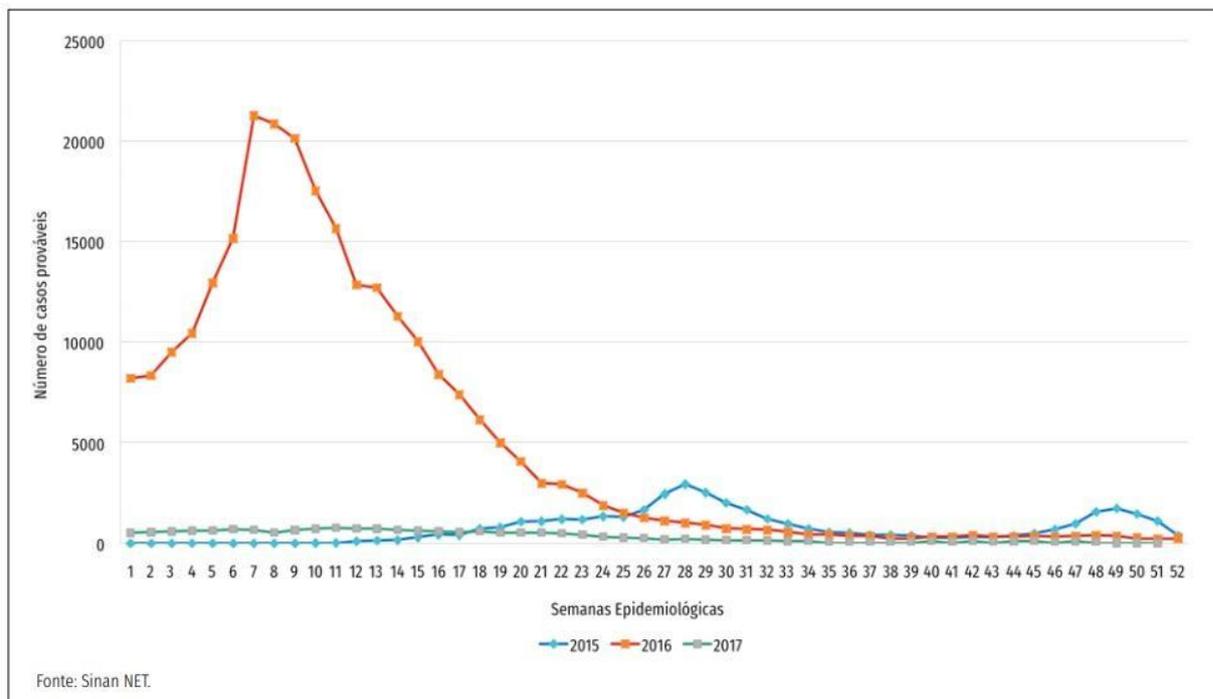


Fonte: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/cgsb/sindrome%20congenita%20zika_virus.pdf

A declaração de ESPIN, em 2015, e sua suspensão em 2017, marca o período em que o ZIKV esteve na linha de frente das preocupações governamentais. No entanto, a suspensão da ESPIN não alterou o calendário de ação do vetor, que prossegue sendo um problema de difícil solução para a saúde pública brasileira.

Partindo do número de casos registrados de 2015 a 2017 (Gráfico 2) e 2018-2019 (Gráficos 3), podemos notar a predominância do aumento dos casos em períodos específicos do ano, o que nos leva a dizer que esta variação tem ligação com o incremento das ações de combate ao vetor conforme sazonalidade do vírus.

Gráfico 2: Número de casos prováveis de vírus Zika por semana epidemiológica, de 2015 a 2017 – Brasil.

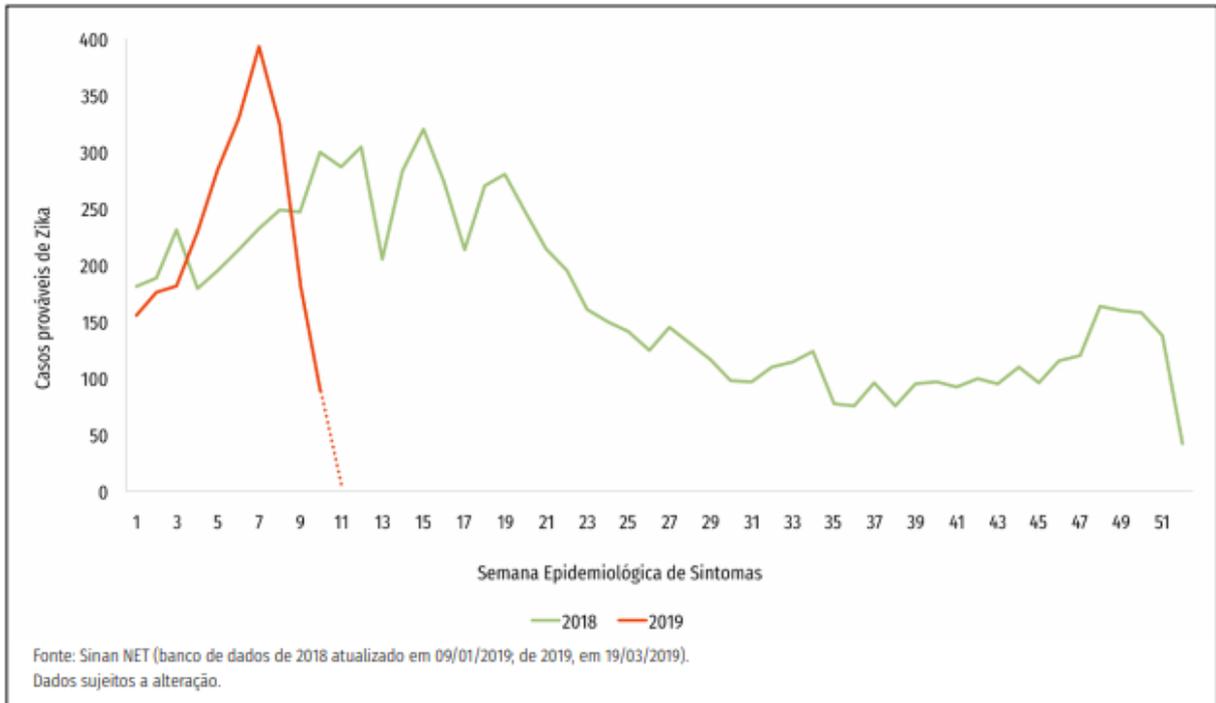


Fonte: MS/SAS – Boletim Epidemiológico nº 47, de nov. 2018: Situação epidemiológica da infecção pelo vírus Zika no Brasil, de 2015 a 2017 (BRASIL, 2018).

Os dados demonstram que o ano de 2015 registrou um pico de casos entre as SEs 26 e 33, o que corresponde aos meses de junho a agosto, aproximadamente, ou seja, após a confirmação de transmissão autóctone do vírus no país (abril de 2015). Nesta fase houve uma intensificação das ações de combate ao vetor, o que gerou redução dos casos nos períodos seguintes (Gráfico 2). Ainda em 2015, a partir do mês de novembro, o número de casos volta a crescer, só demonstrando queda

significativa a partir de maio de 2016³⁷, ano que registrou maior número de casos entre as SEs 2 e 10 (janeiro a março), com redução das notificações a partir da SE 22 (maio/junho) (Gráfico 2). A elevação do número de casos em 2016 e a declaração de ESPIN fez com que as ações de combate fossem reforçadas³⁸, o que pode ter contribuído para a redução dos registros em 2017.

Gráfico 3: Número de casos prováveis de vírus Zika por semana epidemiológica, de 2018 e 2019 – Brasil



Fonte: MS/SAS – Boletim Epidemiológico nº 13, de abr. 2019: Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes* (dengue, chikungunya e Zika) (BRASIL, 2019a).

³⁷ De acordo como o MS, o aumento dos casos e epidemias das doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* ocorrem no período das chuvas, de outubro a março, em razão das condições ambientais estarem mais propícias ao desenvolvimento dos ovos. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/44676-ms-lanca-campanha-de-combate-ao-aedes-egypti>>. Acesso em: 08 mai. 2019.

³⁸ Desde a identificação do vírus Zika no Brasil e sua associação com os casos de malformações neurológicas no segundo semestre de 2015, o Ministério da Saúde tem tratado o tema como prioridade. Os recursos federais destinados à Vigilância em Saúde – Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) para a transferência aos estados, municípios e Distrito Federal que incluem as ações de combate ao *Aedes aegypti* – cresceram 39% nos últimos anos (2010-2015), passando de R\$ 924,1 milhões para R\$ 1,29 bilhão em 2015. E, no ano de 2016, teve um incremento de R\$ 580 milhões, chegando o valor a R\$ 1,87 bilhão. Além disso, o Ministério da Saúde contou com apoio extra do Congresso Nacional, por meio de emenda parlamentar, no valor de R\$ 500 milhões. Disponível em: <<http://www.casacivil.gov.br/central-de-conteudos/noticias/2016/novembro/lancada-a-campanha-de-combate-ao-mosquito-aedes-egypti>>. Acesso em: 08 mai. 2019.

Em 2018 e 2019 (de janeiro a março) (BRASIL, 2019a) (Gráfico 3), os números também seguem uma tendência de crescimento nas primeiras Semanas Epidemiológicas (SEs) do ano, configurando um padrão para a elevação dos registros que acompanha o calendário sazonal das ações de combate ao vetor. De acordo com o MS, as ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti* são recomendadas durante todo o ano, contudo, há períodos em que esse enfrentamento é reforçado³⁹, ou seja, nos períodos mais quentes do ano. As campanhas nacionais de combate ao *Aedes* são lançadas anualmente por volta do mês de novembro, prevendo a chegada do verão.

*“[...] o Zika parece assim um castigo... Parece que falou assim: vou dar um castigo nesse povo aqui! **Aí colocou um mosquito que já é nosso velho conhecido ó... Pra mostrar que a gente não controla mosquito porcaria nenhuma, ele tá aí, e vai tá aí, sinceramente? Eu acho que nunca vai deixar de tá**” (HEINSG 1).*

Apesar de o ZIKV significar uma novidade para a população brasileira, a convivência com o vetor de transmissão da doença tem registros de longa data no país (VERAS et al., 2016). Desde os anos de 1980, o mosquito transmissor da dengue, e agora do ZIKV, já se mostrava como um inimigo de difícil derrota nas diversas realidades que compõem o cenário epidemiológico brasileiro⁴⁰ (SABROZA et al., 1999). Os autores destacam que fenômenos como a crescente urbanização desacompanhada da estruturação das cidades, os níveis de imunidade da população entre outras questões econômicas, sociais e ambientais são fatores importantes para compreender a ocorrência e a disseminação das doenças transmitidas por vetores.

O mosquito, ator importante neste contexto, denuncia que o passado epidemiológico brasileiro nunca foi tão atual e a transição epidemiológica esperada nas décadas de 1980/1990 – doenças crônico-degenerativas (enfermidades cardiovasculares e os

³⁹ Na contramão das práticas institucionalizadas de combate ao vetor, uma pesquisa da Fiocruz de Minas Gerais demonstrou que, ao contrário do que se pratica (intensificação do combate nos períodos mais quentes do ano), reforçar o combate ao *Aedes aegypti* nos períodos mais frios do ano pode gerar resultados muito mais eficazes, já que o ciclo de reprodução do mosquito fica mais lento, ou seja, no frio é quando o mosquito está mais fraco (FIOCRUZ/IRR, 2017).

⁴⁰ Nas décadas de 1950 e 1960, fomos capazes de eliminar o mosquito *Aedes aegypti*. O principal método de controle era o mesmo de hoje: eliminar vetores e garantir que as fronteiras também estivessem livres dos voadores. O mosquito voltou ao Brasil, e, em 1973, eliminamos de novo o maldito: dupla vitória. Em 1976, o mosquito retornou e nunca mais nos abandonou. Dizem os especialistas que foram falhas na vigilância epidemiológica e a crescente urbanização do país; talvez até hipóteses de aquecimento global caibam aqui. Não importam as explicações, precisamos apenas do quadro: duas erradicações e um retorno triunfal há quatro décadas (DINIZ, 2016, p. 39).

cânceres) substituindo as antigas epidemias de doenças infectoparasitárias – ainda não se concretizou. Ao contrário, o que ocorre é a coexistência de velhas e novas doenças⁴¹ configurando um cenário onde “[...] flagelos que se acreditavam sob controle permanecem ou ressurgem sob nova feição” (DUCHIADE, 1999).

Analisando o aumento da incidência de doenças transmissíveis no Brasil, entre elas a dengue, Sabroza et al. (1999) destacam que uma das características mais marcantes da modificação do padrão de mortalidade na década de 1980 foi a diminuição de óbitos por doenças como as diarreias infecciosas e as doenças combatidas por imunização como, por exemplo, o sarampo⁴². Por outro lado, foi constatado aumento na incidência de doenças transmissíveis. Os autores atribuem a essa realidade, o fato de que houve, nos países periféricos, aumento do acesso à atenção médica e o desenvolvimento de medidas específicas de proteção, sem, no entanto, haver intervenção nas “[...] condições de receptividade, ou seja, aquele conjunto de características ambientais, sociais e comportamentais que permitem a reprodução dos parasitos e sua manutenção nas comunidades” (SABROZA et al., 1999, p. 216).

Os parasitos adaptam-se aos ambientes, aumentando muito a capacidade de transmissão e o surgimento de vários padrões epidemiológicos. Nos anos 1980 os autores já diziam da importância de aumentar o acesso aos serviços de saúde como forma de melhorar o conhecimento e o registro das doenças, mas também alertavam para o aumento real da incidência de algumas doenças de caráter epidêmico (SABROZA et al., 1999).

⁴¹ A febre amarela tem sido uma das velhas doenças a ressurgir no cenário epidemiológico brasileiro, sendo transmitida também pelo *Aedes aegypti*. Estudiosos e autoridades em saúde temem a chamada “reurbanização” da doença, e destacam a capacidade de transmissão da febre amarela pelo mosquito *Aedes*. A discussão em torno da febre amarela também tem chamado a atenção por sua relação com a degradação ambiental causada pelo homem. A reação da população em busca de proteção também é fato preocupante, considerando a necessidade de pensar formas eficazes de imunização contra velhas e novas doenças (STEVANIM, 2017).

⁴² Na atualidade vivenciamos novos surtos de sarampo. Até 28 de janeiro de 2019, três estados brasileiros ainda apresentam transmissão do vírus: o Amazonas, com 9.803 casos confirmados, Roraima com 355 casos e o Pará, com 62 casos. Este quadro pode levar o Brasil a perder o certificado de erradicação do sarampo. Em 2016, a região das Américas foi declarada por um Comitê Internacional de Especialistas como livre da doença. A eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, em 2015, foi o ponto culminante de um esforço de 22 anos que incluiu a vacinação em massa contra o sarampo, a caxumba e a rubéola em todo o continente. (OPAS, 2019).

São exatamente as que têm sua transmissão favorecida pelas condições ambientais criadas pelos homens, grande mobilidade socioespacial, elevadas taxas de contato social e diminuição da capacidade de resposta dos serviços de saúde em relação à aplicação de medidas de controle sobre os processos coletivos. [...] **Novos e complexos padrões de distribuição espaço-temporal dessas endemias vão então aparecer, dificultando sua compreensão e controle a partir dos modelos tradicionais** (SABROZA et al., 1999, p. 217, grifos nossos).

A constatação dos autores supracitados poderia soar profética não fosse a análise que empreenderam, destacando a realidade dos países periféricos⁴³ diante do desenvolvimento da sociedade capitalista (assunto que trataremos mais adiante). No âmbito epidemiológico, desenvolveu-se, segundo eles, uma capacidade do homem de conviver com riscos, **acolhendo-os em seu cotidiano como fatalidades**, o que demarcou uma nova forma de relação entre os homens e seus parasitos nesse período. Na atualidade, a relação do homem com as doenças que o cercam não se modificou e até mesmo as grandes epidemias são consideradas fatalidades e acabam esquecidas sob a regência do tempo.

Com o ZIKV não foi diferente. Dezoito meses após a declaração de ESPIN, o Ministério da Saúde (MS) reportou à Organização Mundial de Saúde (OMS) a queda no número de casos de ZIKV e de microcefalia no país (BRASIL/FIOCRUZ, 2017d).

Apesar da redução no número de casos, em matéria intitulada **Zika vírus: como reagimos depois da emergência?**⁴⁴, veiculada em setembro de 2017, a Folha de São Paulo denuncia que após uma das maiores epidemias da história do Brasil, o governo segue sem investir em saneamento básico e na oferta de água tratada, duas das principais questões que favorecem a proliferação do mosquito transmissor da doença. Além disso, as famílias com bebês acometidos pela microcefalia seguem com dificuldades para acessar os serviços de saúde.

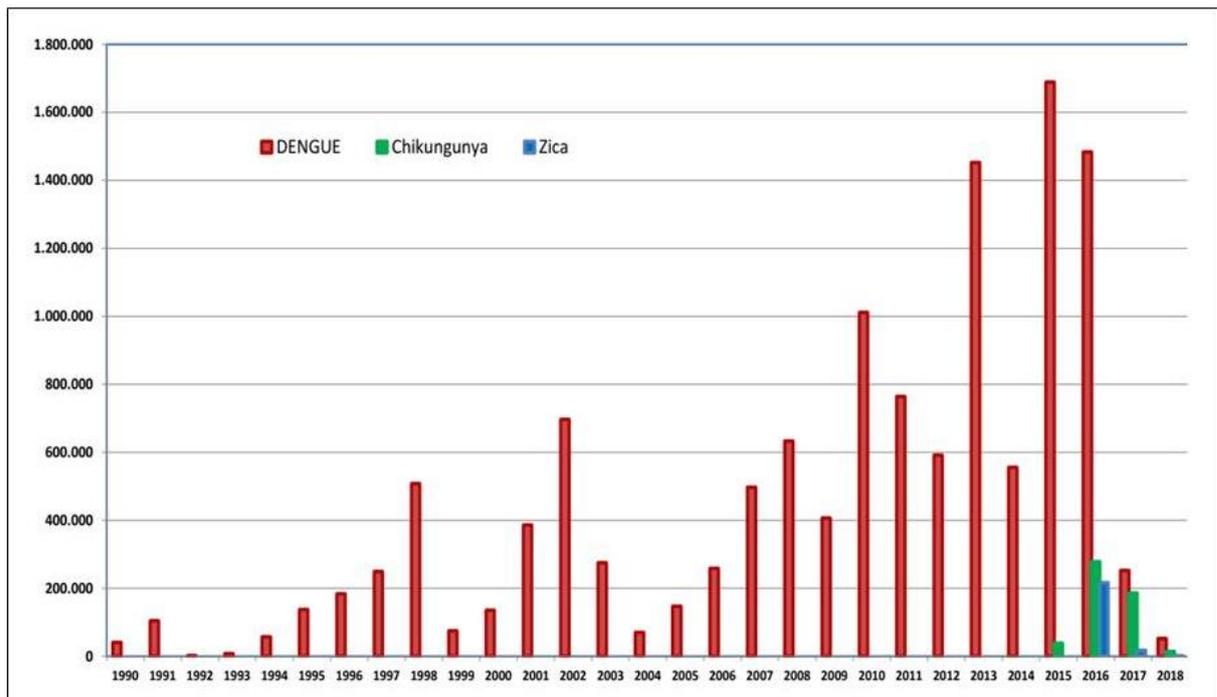
Pode-se dizer que há, em relação ao ZIKV, um resultado ambíguo, no qual os números aparentam um cenário positivo devido aos esforços de contenção

⁴³ Os padrões de morbimortalidade nesses países diferem da dicotomia clássica da transição epidemiológica (doenças da miséria no espaço rural e problemas decorrentes da industrialização, vida urbana sedentária e excesso de consumo). Trata-se do surgimento de um terceiro padrão, próprio do circuito inferior moderno e que aglutina a periferia urbana aos trabalhadores rurais. Esse novo grupo não tem suas condições de saúde consideradas pelo circuito central da produção capitalista, a não ser enquanto garantia de consumo para o mercado de bens e serviços. Ao colocar em contato lugares e trabalhadores diversos, que se deslocam para procurar trabalho, o circuito espacial inferior contribui para o espriamento de algumas endemias (SABROZA et al., 2009).

⁴⁴ Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/empreendedorsocial/colunas/2017/09/1919863-zika-virus-como-reagimos-depois-da-emergencia.shtml>>. Acesso em: 11 mai. 2019.

fomentados pelo governo, mas ao mesmo tempo o ZIKV segue sendo uma problemática nacional que não demonstra pretensões de ir embora (PITTAS, 2018). Os números desenham um cenário epidemiológico, mas as demais discussões que perpassam o ZIKV (e que trataremos adiante) permanecem silenciadas. No que tange aos números, a queda no registro de casos de ZIK pode ser observada no gráfico abaixo (Gráfico 4).

Gráfico 4- Casos de dengue, chikungunya e ZIKV no Brasil de 1990 até a SE 10 de 2018.



Fonte: <http://portal.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>, 2018.

Os números caem, mas os efeitos da epidemia seguem sendo vividos pelas famílias que conheceram os tempos do ZIKV. **A isso não chamamos fatalidade.** Ao aportar no Brasil e encontrar um território favorável ao seu espraiamento, o ZIKV abriu caminho para outra epidemia: a de microcefalia. Segundo Brito (2016, n.p., grifos do autor), o que causou surpresa quanto ao ZIKV, não foi o fato de ser comparado a uma dengue fraca ou alergia, “[...] **mas sim o nascimento de crianças de cabeças miúdas** – o primeiro sinal observado das desordens neurológicas e malformações fetais associadas ao vírus zika”.

Mas afinal, o que sabemos sobre a microcefalia? O que significou e ainda significa essa epidemia para as famílias e crianças afetadas? As palavras de Diniz (2016, p. 14) nos ajudam a começar a descobrir:

“A felicidade do pré-natal desapareceu do Sertão nordestino, por isso não foi exagero retórico de dra. Adriana Melo⁴⁵ descrever a passagem da sala de espera até o ultrassom como corredor da morte e seu consultório como sala de sentença.”

3.1.2 – Microcefalia, que coisa nova e velha é essa?

Após chegar ao Brasil o ZIKV adquiriu status de ameaça global e passou a chamar a atenção do mundo ao manifestar-se em forma de surto associado ao aumento de casos de malformação congênita, mais especificamente, a microcefalia (ZORZETTO, 2016; DINIZ, 2017; NUNES; PIMENTA, 2016).

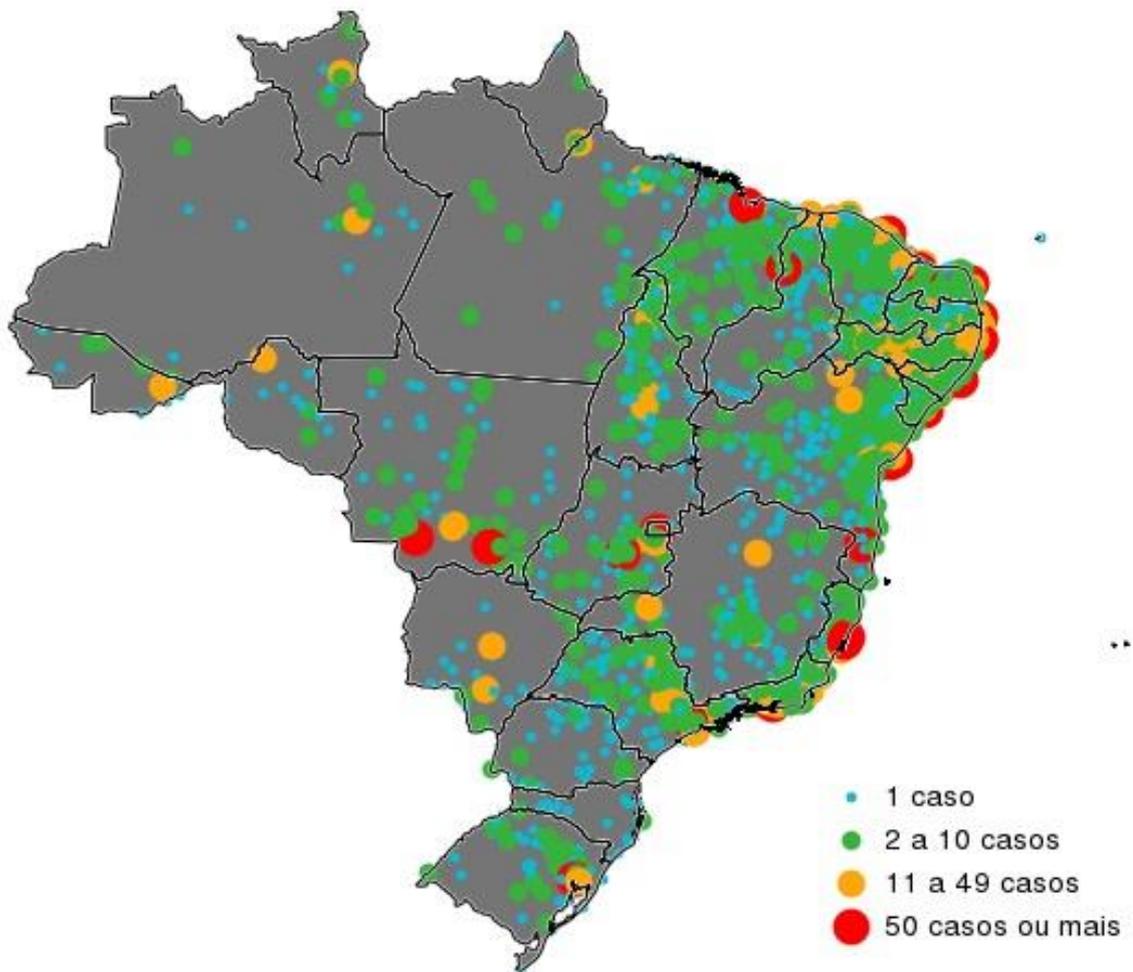
Em outubro de 2015, em maternidades das regiões metropolitanas de Pernambuco e Rio Grande do Norte, especialistas observaram aumento do número de casos de bebês nascidos com microcefalia. Nesse momento essa malformação passou a ser um ponto importante da abordagem médica e foram iniciadas as investigações sobre a possível relação entre a infecção pelo ZIKV durante a gestação e o nascimento de crianças microcefálicas⁴⁶ (AGUIAR; ARAÚJO, 2016).

Desde então, houve grande preocupação por parte daqueles profissionais com as possíveis consequências do ZIKV para a saúde dos bebês (VERAS et al., 2016). Abaixo (Mapa 3), é possível ter um panorama do número de casos **notificados e confirmados** de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC) no Brasil, com número elevado de casos na região nordeste, centro-oeste e sudeste, respectivamente.

⁴⁵ Dra. Adriana Melo é médica obstetra e especialista em medicina fetal e foi a primeira a questionar por que as investigações sobre a relação entre o ZIKV e a microcefalia saltavam do vírus para os recém-nascidos e desconsideravam as mulheres. Ela suspeitava que a infecção pelo ZIKV nas gestantes fosse a causa da epidemia de microcefalia. Foi ela quem pela primeira vez coletou amostras de líquido amniótico de duas mulheres gestantes, em Campina Grande-PB, para investigar a existência do ZIKV neste material. O resultado positivo confirmou suas suspeitas e dr.^a Adriana prosseguiu em suas investigações. No entanto, a médica nunca foi reconhecida por sua descoberta, que foi atribuída ao Instituto Evandro Chagas de Belém-PA, em novembro de 2015. (DINIZ, 2016).

⁴⁶ Relação entre microcefalia e Zika só foi descoberta graças ao Brasil, diz órgão de saúde europeu. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2016/01/relacao-entre-microcefalia-e-zika-so-foi-descoberta-gracas-ao-brasil-diz-orgao-de-saude-europeu.html>>. Acesso em: 08 mai. 2019.

Mapa 3: casos notificados e confirmados de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC) no Brasil – 2016.



Fonte: <http://sage.saude.gov.br/#>, 2019.

A microcefalia é uma malformação congênita evidenciada pelo tamanho reduzido do perímetro cefálico (PC) do bebê, em comparação com a idade e o sexo e ocorre acompanhada de alterações no sistema nervoso central (SNC) (GARCIA, 2018). Os déficits apresentados pelas crianças com essa malformação podem variar, indo de retardos mentais leves a quadros mais graves de tetraplegia e/ou estado vegetativo. Essas condições são comumente acompanhadas de convulsões, o que requer o uso contínuo de medicamentos para controle (MESQUITA, 2017). Ao questionarmos uma de nossas entrevistadas sobre os déficits apresentados pelas crianças acompanhadas, essa afirmou:

“Então, são crianças extremamente graves. Muito graves. Os meus meninos estão hoje com 3 anos, o desenvolvimento deles é compatível com uma criança de 3 meses. Eles nunca saíram disso. Todos. Assim, 98%, porque tem duas crianças que saem um pouco fora disso. O resto, os acometidos mesmo? Criança deita e fica assim [faz gesto da criança com membros contorcidos], de vez em quando ela ri, aí ela convulsiona e volta. São extremamente comprometidos” (HEINSG 1).

A microcefalia também pode resultar de outros fatores além da exposição a doenças infecciosas como, por exemplo: uso de drogas durante a gestação e questões ambientais e genéticas (TEIXEIRA, 2016). Não existe tratamento para essa condição de saúde, mas algumas ações visam dar suporte e auxiliar no desenvolvimento da criança acometida para minimizar os impactos da malformação. Cada criança apresentará necessidades diferenciadas, podendo ser de tipo respiratório, neurológico e motor, de visão, audição, entre outras. O acompanhamento deverá ser realizado por profissionais de diferentes especialidades, a depender das necessidades de cada criança. O SUS oferece assistência em saúde através dos serviços de atenção básica; especialidades; exames e diagnóstico; serviços hospitalares; confecção de órteses e próteses, entre outros (BRASIL, 2016b).

A microcefalia não é uma nova questão para a saúde pública brasileira⁴⁷, **a novidade está na relação entre a microcefalia e o ZIKV**. Essa relação “[...] está sendo descrita pela primeira vez na história e com base no surto que está ocorrendo no Brasil” (BRASIL, 2016h, p. 12), o que caracteriza a microcefalia como uma coisa velha e ao mesmo tempo nova. Em Vitória-ES a existência de casos de microcefalia anteriores à emergência do ZIKV também pode ser constatada:

*“Ah, microcefalia... A pessoa olha a microcefalia e não tem essa visão como nós da saúde temos, entendeu? É uma coisa grave! Eu falo porque eu trato duas crianças né (duas crianças praticamente né, que tem microcefalia, mas adultos já). É terrível! São crianças, sabe? São bebês o resto da vida tá! E... Cabecinha minúscula... Dá até assim um “arrupio” [sic] né, um negócio ruim de saber... **Poxa, onde é que falharam nisso há tantos anos atrás?**”* (USF/SA 1).

Em uma análise histórica da microcefalia feita por Marinho et al. (2016) temos que, entre os anos 2000 e 2014, há registros de estabilidade no número de nascidos

⁴⁷ “Microcefalia já era prevalente no Brasil antes da epidemia de vírus Zika”. Disponível em: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6501945>. Acesso em: 18 mar. 2018.

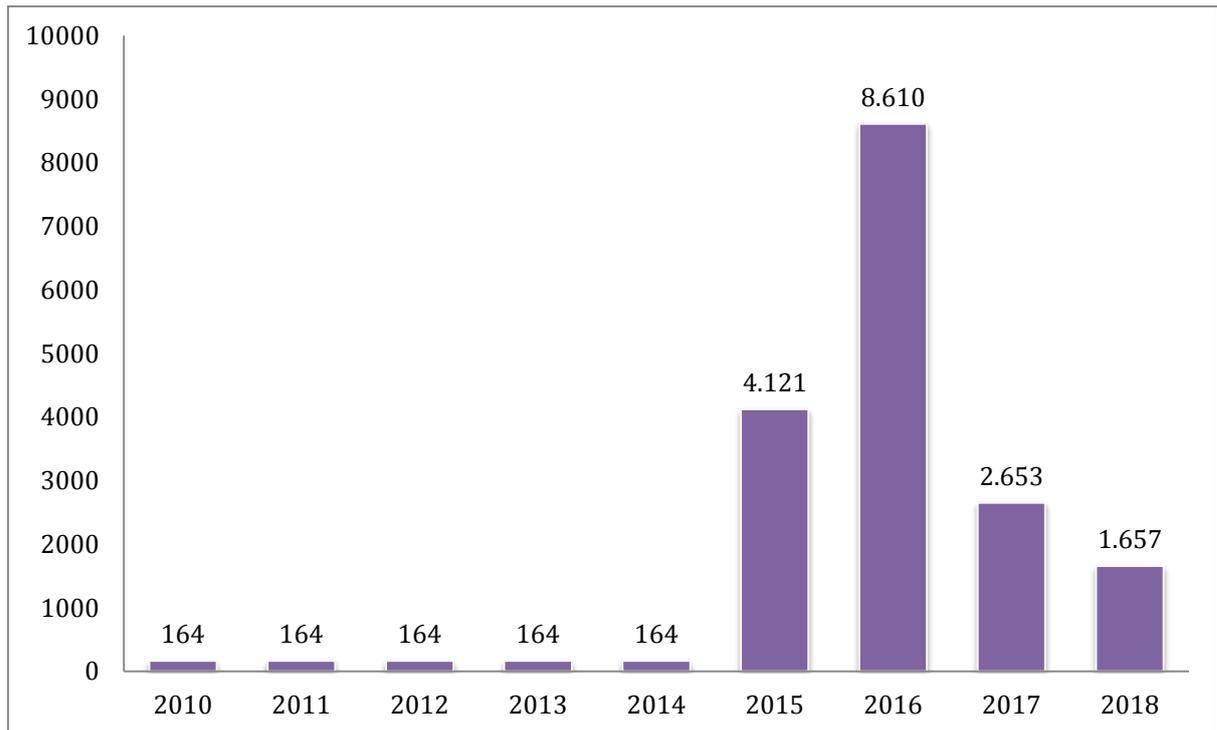
vivos⁴⁸ com microcefalia no Brasil. Nesses anos foram registrados 2.464 nascidos vivos com microcefalia no país, uma média anual de 164 casos. **Em 2015, os números aumentaram nove vezes em relação à essa média⁴⁹**, o que resultou em 1.608 casos registrados. Dos casos notificados, 71% ocorreram na região nordeste do país, mais especificamente em Pernambuco, Sergipe e Paraíba (MARINHO et al., 2016).

Os autores indicam que o aumento inesperado de casos de microcefalia estaria associado à provável exposição das gestantes ao ZIKV, mas alertam que a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pode ter favorecido a priorização de entrada de dados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de informações referentes aos bebês com suspeita de microcefalia, em detrimento dos bebês classificados com Perímetro Cefálico (PC) normal. Isso pode ter contribuído para a elevação dos casos de microcefalia registrados (MARINHO et al., 2016).

A análise também demonstrou que os municípios com mais de 500 mil habitantes registraram um maior coeficiente de prevalência de microcefalia, o que pode estar relacionado a fatores como a densidade demográfica, que favorece a transmissão de doenças por vetores ou a melhor estruturação da rede de serviços de saúde, facilitando a detecção de mais casos do que nos municípios de pequeno porte (MARINHO et al., 2016). No gráfico 5, o ápice da epidemia de microcefalia também foi registrado no ano de 2016, conforme demonstramos anteriormente com relação ao ZIKV (Gráfico 1, disponível na página 69).

⁴⁸ Os dados que possibilitam identificar as condições de nascimento dos bebês no Brasil são obtidos através da Declaração de Nascido Vivo (DNV) e registro no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) do MS. O sistema existe desde a década de 1990 e vem sendo constantemente aperfeiçoado para aumento da cobertura de registros. Devido à emergência do ZIKV e a SCZ o MS disponibilizou um novo modelo de DNV, que inclui duas novas perguntas: Perímetro cefálico e Comprimento do RN em centímetros (BRASIL, 2018b, p. 60).

⁴⁹ De 8 de novembro de 2015 a 20 de fevereiro de 2016, nasceram no país ao menos 5.640 bebês com essa característica. Esse número corresponde a uma média de 46 novos casos suspeitos de microcefalia por dia, uma proporção assustadoramente mais elevada do que a conhecida anteriormente. De 2000 a 2014, a média registrada pelo Sinasc era de aproximadamente um a cada dois dias (ZORZETTO, 2016).

Gráfico 5 - Evolução da microcefalia por ZIKV no Brasil, 2010 - 2018.

Fonte: MS/SAS – Boletim Epidemiológico nº 08, de mar. 2019: Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 52 de 2018 (BRASIL, 2019b). Sistematizado pela autora, 2019.

Contudo, é necessário cautela ao falar em aumento ou queda dos casos de microcefalia, pois devem ser considerados alguns fatores, tais como critérios para definição da microcefalia (não usados de modo padronizado) e a existência de clara subnotificação dos casos no Brasil. Esses aspectos dificultam afirmar se ocorreu um aumento real de casos dessa malformação e se esse aumento está exclusivamente relacionado ao ZIKV (NUNES et al. 2016). Entretanto, os autores advertem que também é preciso considerar a relação temporal existente entre o aumento da notificação de casos de microcefalia com o período da epidemia de ZIKV no Brasil.

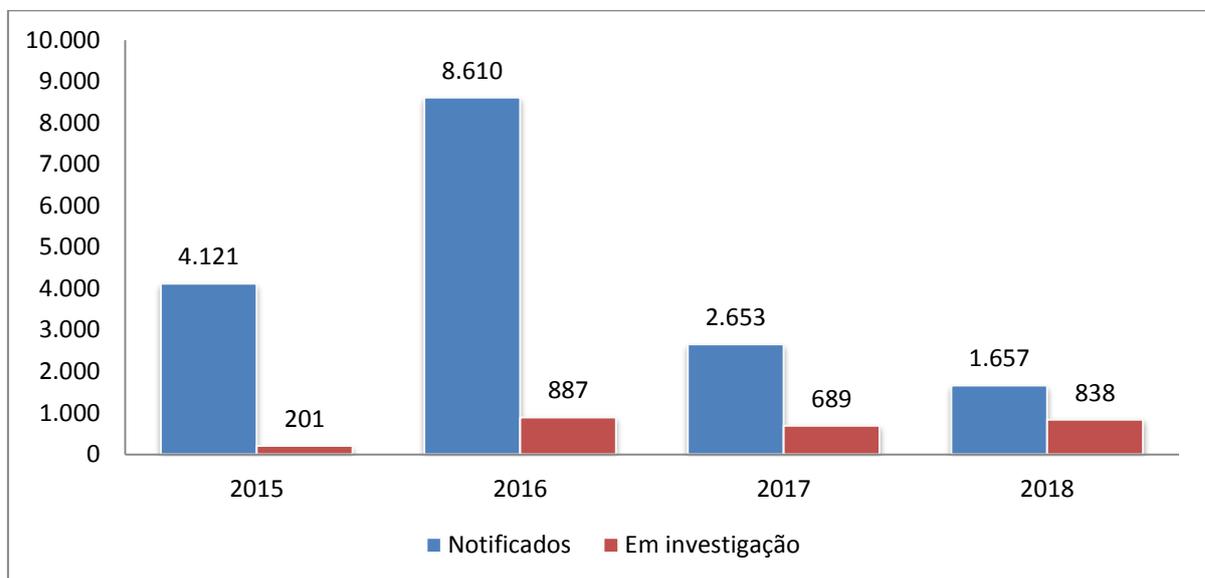
Os estudos realizados no Brasil permitiram descobrir que a microcefalia é um dos sinais que pode aparecer (ou não) em bebês cujas mães foram infectadas pelo ZIKV. A partir desta descoberta é possível falar em uma síndrome congênita associada ao ZIKV (SCZ)⁵⁰ e não somente em microcefalia, pois a SCZ “[...] pode

⁵⁰ O conceito de Síndrome Congênita pelo Zika Vírus é recém-conhecido. O que determinará a presença do conjunto de sinais e sintomas pela infecção congênita do zika vírus é a calcificação intracraniana e volume cerebral diminuído, podendo apresentar microcefalia já ao nascer ou apenas posteriormente (TEIXEIRA, 2018, p. 1).

incluir alterações oculares, desproporção craniofacial e algumas deformidades articulares e de membros, mesmo que na ausência da microcefalia” (FRANÇA et al., 2018, p. 2).

Entre as SEs 45 do ano de 2015 e a SE 52 de 2018 (BRASIL, 2019c), o MS registrou 17.041 casos suspeitos de alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionados ao ZIKV. Desses casos, 2.133 (12,5%) foram excluídos e 2.612 (15,3%) ainda estavam sendo investigados. Até a SE 52 de 2018, casos registrados em 2015, 2016 e 2017 ainda permaneciam em investigação (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Casos notificados e em investigação até de SE 52 de 2018, por ano.



Fonte: <http://portal.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>, 2019.

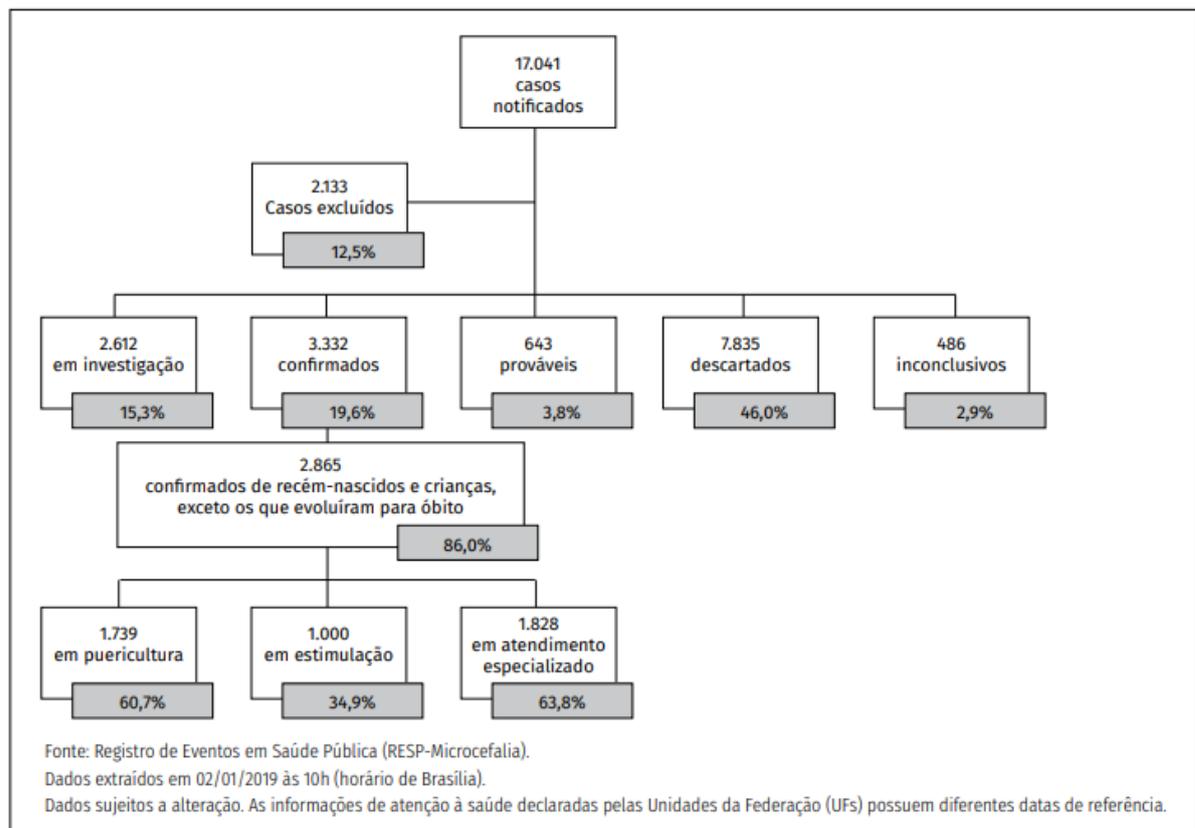
Comparado a 2017, no ano de 2018, há uma queda importante no número de casos (37,5%), no entanto, o percentual de casos ainda em investigação não demonstra declínio. Conforme dito à página 29 (DINIZ, 2017), a lentidão das investigações compromete o início do tratamento das crianças, que deve ocorrer o mais precocemente possível (BRASIL, 2016b).

Dos 12.296 casos com investigação concluída, 7.835 (46,0%) foram descartados; 3.332 (19,6%) foram confirmados; 643 (3,8%) foram classificados como prováveis para relação com infecção congênita durante a gestação e 486 (2,9%) foram classificados como inconclusivos. Entre os casos confirmados (recém-nascidos e

crianças), exceto os óbitos (467 casos), 1.739 (60,7%) estavam recebendo cuidados em puericultura, 1.000 (34,9%) estavam em estimulação precoce e 1.828 (63,8%) no serviço de atenção especializada (BRASIL, 2019c).

Os dados também apontam que do total de casos confirmados, em aproximadamente 71,9% dos casos foi reportado algum tipo de cuidado, o que significa que **em torno de 28,1% dos casos ainda não é ofertada a assistência em saúde necessária**. Receber os três tipos de serviços (puericultura, estimulação precoce e atenção especializada) foi reportado para 831 casos. Por sua vez, a associação entre serviços de puericultura e atenção especializada foi reportada em 688 casos (BRASIL, 2019c). O número de crianças em serviços de acompanhamento (estimulação precoce, puericultura e atendimento especializado) pode ser verificado abaixo (Figura 7).

Figura 7: Distribuição do total de notificações de casos suspeitos com alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, segundo classificação final e atenção à saúde, da SE 45/2015 até a SE 52/2018 no Brasil 2015-2018.



Fonte: MS/SAS – Boletim Epidemiológico nº 08, de mar. 2019: Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas (BRASIL, 2019c).

Os recém-nascidos (RN) e crianças constituem o grupo mais afetado pela SCZ (93,1% do total) (BRASIL, 2019c). Este cenário nos autoriza dizer que esta problemática se configura como um dos grandes desafios a ser enfrentado pelo MS no âmbito da saúde materno-infantil. Esta responsabilidade recai principalmente sobre os municípios, pois são os entes federativos na linha de frente para a oferta da assistência em saúde, ao passo em que detém menos recursos. Considerando esta assertiva, no próximo item chegamos ao município de Vitória-ES, caracterizando o quadro de ZIKV e de SCZ e a rede de saúde disponível para a assistência em saúde às crianças atingidas pela SCZ.

3.1.3 - O ZIKV na Ilha do mel⁵¹.

Vitória integra a Região Metropolitana da Saúde do Espírito Santo (ES) junto com outros dezenove (19) municípios, cuja população regional (estimativa 2017) chega a 55,56% dos residentes no ES. Dos 78 municípios do Estado, a capital está entre os quatro que possuem populações acima de 350 mil habitantes⁵² (4º lugar), os quais concentram 48% da população estadual com densidade demográfica de 3.338,30 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2019d). Também é importante dizer que Vitória apresenta a menor taxa de mortalidade infantil do país⁵³ (9,78 mortes por mil nascidos vivos) (IBGE, 2019d), sendo este um dos indicadores da qualidade de alguns serviços oferecidos para a população na área da saúde.

O município tem uma geografia particular: é composto pela Ilha de Vitória (e nela, em virtude de aterramento, temos as antigas Ilhas do Boi, do Frade e Ilha de Monte Belo, por exemplo) e uma parte continental. A organização do município em bairros

⁵¹ A Ilha de Vitória era chamada pelos indígenas de Ilha de Guanaira (Ilha do Mel).

⁵² São 358.267 habitantes em 2019, segundo o IBGE.

⁵³ A mortalidade infantil no Brasil voltou a crescer. O índice foi de 13,3 mortes por mil habitantes em 2015 para 14 mortes por mil habitantes em 2016, segundo o próprio Ministério da Saúde. Não ocorria um aumento na taxa nacional desde 1990. A taxa indica o número de bebês que morreram antes de completar um ano de vida a cada mil crianças nascidas vivas num dado período de tempo. Disponível em: < <https://jornal.usp.br/atualidades/mortalidade-infantil-retorna-com-aumento-das-desigualdades-sociais/>>. Acesso em: 11 mai. 2019.

foi instituída por meio da Lei Municipal nº 6.077/2003 e alterações definidas pela Lei Municipal nº 8.611/2013⁵⁴.

Quanto à territorialização administrativa, Vitória se divide em 09 Regiões: Centro, Santo Antônio, Jucutuquara, Maruípe, Praia do Canto, Goiabeiras, São Pedro, Jardim Camburi e Jardim de Penha, abrigando um total de 79 Bairros⁵⁵ (SEMUS, 2017).

Vitória conta com 86 estabelecimentos de saúde/SUS (IBGE, 2019d) e a assistência hospitalar no município é ofertada pelo Estado. Em caráter complementar o município possui convênios para a oferta do Serviço de Residência Terapêutica, Farmácia Popular, controle de HIV e Infecção Sexualmente Transmissível (IST), atendimento e/ou acompanhamento especializado à pessoa com deficiência intelectual e/ou múltipla e/ou autismo e acompanhamento do desenvolvimento de bebês de risco em nível ambulatorial. O município também realiza contratos de prestação de serviços junto a serviços privados para a oferta de procedimentos especializados em: oftalmologia, serviços laboratoriais, exames de imagem, entre outros (SEMUS, 2017).

A organização da atenção à saúde no município divide-se em seis regiões: R1) Santo Antônio; R2) Maruípe; R3) São Pedro; R4) Forte São João; R5) Continental e

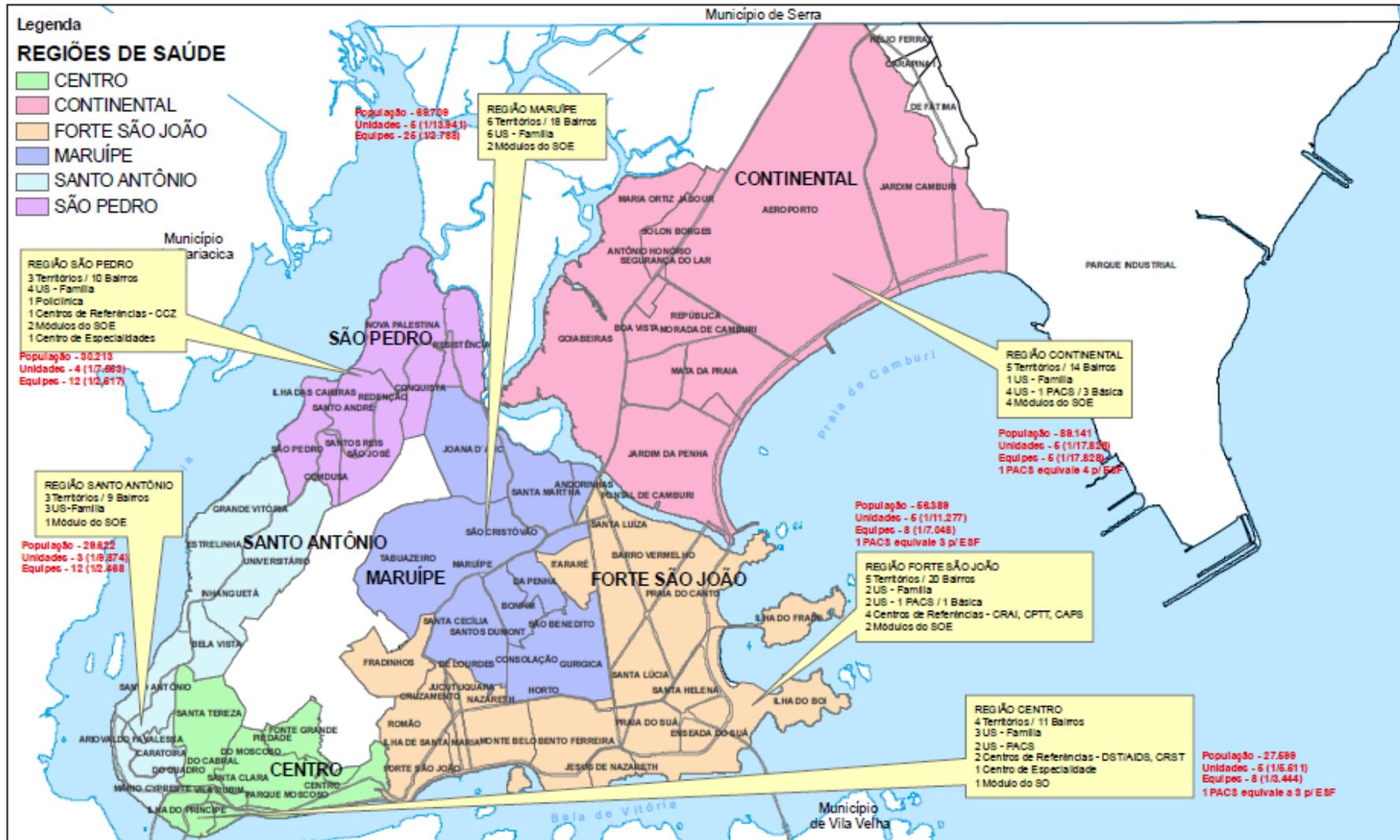
⁵⁴ Novos contornos geopolíticos redefiniram as divisões regionais e excluíram de seus contornos alguns bairros pertencentes ao município de Serra.

⁵⁵ Bairros por Região de Saúde: **R1)** 09 bairros (Santo Antônio, Bela Vista, Caratoíra, Estrelinha, Ariovaldo Favalessa, Grande Vitória, Inhanguetá, Mário Cypreste, Universitário), que se distribuem em 03 Territórios de Saúde (Grande Vitória, Santo Antônio e Arivaldo Favalessa). **2)** Compreende 16 bairros (Maruípe, Da Penha, Bonfim, Gurigica, Consolação, Horto, Itararé, Joana D'Arc, São Benedito, Santa Cecília, Santa Martha, Santos Dumont, São Cristovão, Tabuazeiro, Andorinhas, De Lourdes), que se distribuem em 08 Territórios de Saúde (Maruípe, Consolação, Da Penha, Bonfim, Andorinhas, Santa Marta, Tabuazeiro/São Cristovão e Itararé). **R3)** É composta por 10 bairros (Comdusa, Conquista, Ilha das Caieiras, Nova Palestina, Redenção, Resistência, São José, Santo André, São Pedro e Santos Reis), que se distribuem em 04 Territórios de Saúde (Resistência, Ilha das Caieiras, Santo André e Conquista/Nova Palestina). **R4)** É composta por 19 bairros (Bento Ferreira, Cruzamento, Forte São João, Fradinhos, Ilha de Santa Maria, Ilha de Monte Belo, Jesus de Nazareth, Jucutuquara, Nazareth, Romão, Barro Vermelho, Enseada do Suá, Ilha do Boi, Ilha do Frade, Praia do Canto, Praia do Suá, Santa Helena, Santa Lúcia e Santa Luiza), que se distribuem em 05 Territórios de Saúde (Forte São João, Ilha de Santa Maria, Jesus de Nazareth, Praia do Suá e Santa Luiza). **R5)** É composta por 14 bairros (Antônio Honório, Boa Vista, Goiabeiras, Jabour, Jardim da Penha, Maria Ortiz, Mata da Praia, Morada de Camburi, Pontal de Camburi, República, Segurança do Lar, Solon Borges, Aeroporto e Jardim Camburi), que se distribuem em 05 Territórios de Saúde (Bairro República, Jabour, Maria Ortiz Jardim da Penha e Jardim Camburi). **R6)** É composta por 11 bairros (Centro, Fonte Grande, Piedade, Do Moscoso, Parque Moscoso, Santa Clara, Ilha do Príncipe, Santa Tereza, Do Quadro, Do Cabral e Vila Rubim), que se distribuem em 04 Territórios de Saúde (Fonte Grande, Ilha do Príncipe, Avelina/Santa Tereza e Vitória) (SEMUS, 2017).

R6) Centro, estas regiões somam 29 Territórios de Saúde. Vitória conta com 8 equipes de Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF)⁵⁶ nos territórios: Centro, Andorinhas, Jardim da Penha, Consolação, Santo André, São Cristóvão, Resistência e Santo Antônio. Abaixo as regiões de saúde (Mapa 4) e os equipamentos de saúde disponíveis no município por bairro de localização (Mapa 5).

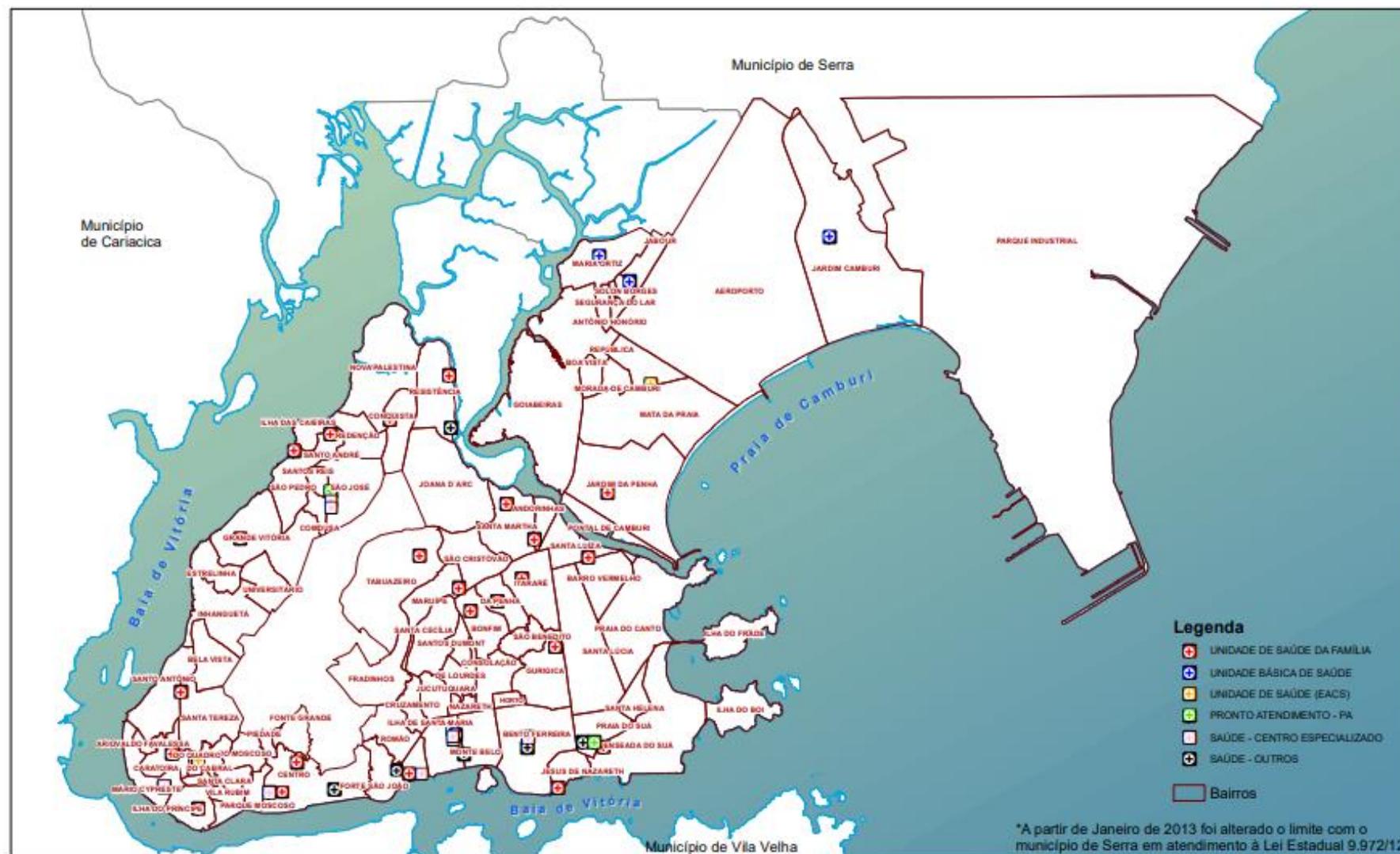
⁵⁶ As equipes NASF visam ampliar e reorganizar a forma de atuação dos profissionais de apoio já inseridos nas unidades, dando suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica (SEMUS, 2017, p. 12).

Mapa 4: Regiões de saúde de Vitória.



Fonte: <http://sistemas7.vitoria.es.gov.br/GeoWebApi/Downloads/pdf/saude/Regioes_Territoriais_de_Saude.pdf>, [s.d.].

Mapa 5: Localização dos equipamentos de saúde de Vitória (sob responsabilidade municipal), por bairro.

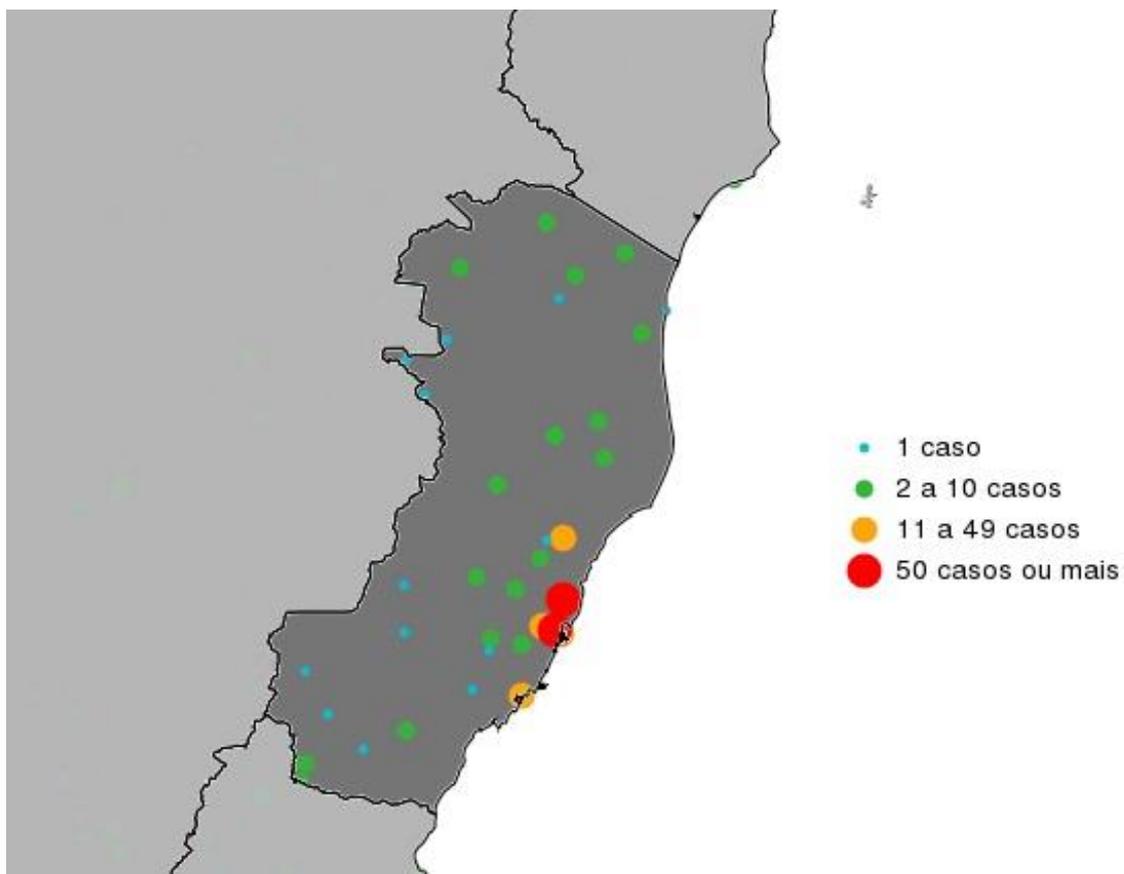


Fonte: <http://sistemas7.vitoria.es.gov.br/GeoWebApi/Downloads/pdf/saude/Equipamentos_de_Saude.pdf>, 2019.

Os serviços vinculados à esfera municipal (Unidades de Saúde da Família - USF, Unidades Básicas de Saúde - UBS, APAE, Centro Médico de Especialidades – CME, entre outros) (Mapa 5), juntamente com serviços sob gestão estadual (CREFES, HEINSG, entre outros) e federal (HUCAM) conformam a rede disponível em Vitória para atender aos casos de ZIKV e SCZ registrados.

Em 2016, ano com mais registros de microcefalia no Brasil (Gráfico 5), dos casos notificados e confirmados no ES, a maior parte foi registrada nos municípios que integram a região metropolitana, que abrange a capital Vitória, lócus de nosso estudo.

Mapa 6: Municípios com casos notificados e confirmados de microcefalia e/ou alterações do SNC no ES – 2016.



Fonte: <http://sage.saude.gov.br/#>, 2019.

Dados da Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE) apontam que entre 2015 e 2018, em Vitória, foram notificados 2.046 casos de ZIKV⁵⁷, **sendo 2.028 confirmados (99%)**. Destes, 146 (7,1%) referem-se a gestantes, dos quais **142 foram confirmados (97% dos casos entre as mulheres grávidas)**.

No que se refere à SCZ, a GVE e a Gerência de Atenção à Saúde (GAS) da SEMUS informaram que de 66 casos notificados entre 2016 e 2019, **9 casos de SCZ foram confirmados** (sete em 2016 e dois em 2017). Os casos notificados em 2018 e 2019 ainda seguem em investigação e antes de 2016 não há registros de casos de microcefalia disponíveis devido a não obrigatoriedade de notificação⁵⁸.

Os casos de SCZ confirmados em Vitória foram registrados nas regiões de São Pedro, nos territórios de **Resistência** (1 caso) e **Santo André** (1 caso); na região de Santo Antônio, no bairro **Santo Antônio** (1 caso); na região de Forte São João, no bairro **Itararé** (1 caso); na região de **Maruípe**, nos bairros **Santa Martha** (1 caso) e **Bairro da Penha** (1 caso) e na região Continental, no bairro **Jardim da Penha** (3 casos) (Mapa 4).

Do total de casos confirmados, uma criança é acompanhada pela rede privada, um bebê foi a óbito 10 meses após o nascimento e duas crianças e suas famílias saíram do cadastro da rede Bem Estar⁵⁹ por motivo de mudança para outro município e/ou estado⁶⁰ (SEMUS/GAS, 2019)⁶¹. Diante disso, **5 crianças constam como acompanhadas pelos serviços da rede municipal de saúde de Vitória** à época de nossa pesquisa de campo.

⁵⁷ Informação obtida junto à coordenação da Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE) e Gerência de Atenção à Saúde (GAS) de Vitória-ES por e-mail.

⁵⁸ Informação obtida junto à coordenação da Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE) e Gerência de Atenção à Saúde (GAS) de Vitória-ES por e-mail.

⁵⁹ Desde o início de 2014, a gestão da saúde pública de Vitória utiliza o programa de computador Rede Bem Estar (RBE), que interliga toda a rede municipal de saúde gerando informação em tempo real e com a utilização de assinatura digital para garantir a validade jurídica. Por meio desta rede, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) fica disponível, com segurança, para os profissionais de saúde, o que também inclui exames laboratoriais, exames de imagens e registros de visitas domiciliares. O acesso rápido do histórico do paciente agiliza e qualifica as intervenções necessárias no momento do atendimento (SEMUS, 2018a).

⁶⁰ Informação obtida em entrevista. Para a pesquisa, consideramos os 5 casos com registro de acompanhamento na rede municipal de saúde, ou seja, os casos registrados nas 5 USF em que conseguimos realizar entrevistas com os profissionais.

⁶¹ Informação obtida via e-mail.

Todos os bairros onde foram registrados casos de SCZ em Vitória contam com Unidades de Saúde na modalidade de Estratégia de Saúde Família (ESF), o que é diferente das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A ESF é o modelo prioritário de organização e ampliação da atenção básica no Brasil, a ser alcançado pela transformação gradual das UBS em Unidade de Saúde da Família (USF)/ESF (BRASIL, 2017d). Na UBS, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz parte da composição complementar das equipes, já na USF/ESF o ACS compõe a equipe mínima necessária (BRASIL, 2017d). Os documentos de MS produzidos no contexto de emergência do ZIKV situam os ACS como peças chave para a qualidade da assistência às famílias e crianças atingidas pelo vírus.

Considerando este cenário, e a capacidade da rede municipal para a oferta da assistência em saúde, a representante da gestão municipal de saúde, avaliou que **o município enfrentou uma epidemia de pequeno para médio porte**, mas com **grande impacto**, já que envolve a saúde de crianças que irão demandar cuidados especiais durante toda a vida.

“Ele não foi grande não, ele foi, vamos dizer... De pequeno pra médio. [...] em termos de impacto, um caso já é muito por se tratar de uma vida humana que dependeria de cuidados especiais pro resto da vida. Então, assim, o impacto sempre é grande. Primeiro social né, depois também familiar, as questões que poderiam acontecer em relação ao próprio desenvolvimento dessa criança, e em termos de organização dos serviços também, pra gente dar uma integralidade nesse cuidado” (GESTÃO MUNICIPAL).

A avaliação feita pela gestão acerca dos impactos do ZIKV e da SCZ no município de Vitória aponta para fatores imbricados nessas epidemias e que não se apresentam de forma tão clara ou imediata aos nossos olhos. Precisam ser problematizados. Vitória não sentiu a gravidade do ZIKV nas mesmas proporções que o ocorrido na maior parte dos municípios do nordeste, e isso se relaciona diretamente com as disparidades regionais existentes no Brasil⁶².

As epidemias de ZIKV e de SCZ, bem como seus desdobramentos (já conhecidos pela ciência); a capacidade do SUS de ofertar respostas às demandas de saúde das famílias e crianças afetadas; o número e a gravidade dos casos e a possibilidade de

⁶² Poucos municípios nas regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste do Brasil apresentam taxas de pobreza superiores a 30%, em muitos essas taxas são inferiores a 15 %. Contudo, no Norte e Nordeste as estatísticas mudam. Muitos municípios apresentam taxas de pobreza superiores a 60% e, em alguns esta taxa chega a 90% (SOARES et al., 2016).

novos quadros epidêmicos, são elementos que abrem caminho para que possamos considerar a relação da doença com fatores econômicos, políticos, de gênero e ambientais da sociedade contemporânea. Neste cenário, a condição de pobreza em que vive a maior parte da população brasileira, especificamente as que foram atingidas pelo ZIKV e a ofensiva neoliberal contra os direitos sociais são considerados neste estudo como elementos fundamentais para compreender os impactos do ZIKV na população atingida.

Concordamos com Mandela (citado no início do capítulo), a insegurança dos tempos de ZIKV se coloca para todos, contudo, também é importante perceber que para estratos específicos da população esta insegurança tem um significado muito mais cruel. No próximo tópico, é nesta seara que convidamos a você, leitor/a para entrar conosco.

3.2 – ZIKV: A PONTA DE UM *ICEBERG* DE RELAÇÕES PERVERSAS.

“Tem horas em que penso que a gente carecia, de repente, de acordar de alguma espécie de encanto”.

(Guimarães Rosa).

Aqui, propomos a análise de elementos que consideramos importantes para compreender a magnitude e impacto social das epidemias de ZIKV e SCZ. Para isso, organizamos este item em 2 seções.

Inicialmente, situamos o ZIKV como parte de um processo de violação de direitos humanos fundamentais, apontando questões de gênero e desigualdades sociais como temas transversais ao vírus e à síndrome a ele associada. Partindo disso, aprofundarmo-nos no debate acerca da pobreza na sociedade capitalista, procurando desmistificar a ideia que a classifica como um processo natural ou como resultado do fracasso e/ou inabilidade dos sujeitos para integrarem a dinâmica das sociedades capitalistas.

Por último, evidenciamos a relação intrínseca entre o desenvolvimento do capitalismo – enquanto forma de organização social parasitária – e o Estado, destacando os resultados desta aliança perversa para a conformação das políticas sociais, de modo especial, o formato que vai sendo desenhado para a política de

saúde pública brasileira, protagonista nas respostas às epidemias de ZIKV e de SCZ. O aprofundamento da perspectiva neoliberal encontra grande aderência do atual governo brasileiro. Um cenário difícil para os que lutam pela democracia e ampliação dos direitos sociais.

3.2.1 – Desigualdades e ausência de direitos: matérias primas do ZIKV.

“Quem desconfia fica sábio.”

(Graciliano Ramos)

Podemos dizer que a epidemia de ZIKV no Brasil também é expressão das relações econômicas e políticas globais que desafiam a garantia de direitos no capitalismo.

O relatório **Uma avaliação do Impacto Socioeconômico do Vírus Zika⁶³ na América Latina e Caribe: com foco no Brasil, Colômbia e Suriname**, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) apresenta uma avaliação das principais consequências sociais e econômicas do ZIKV nestes países:

A principal mensagem do relatório é simples: o Zika é responsável por perdas tangíveis no Produto Interno Bruto (PIB), estimadas entre USD 7 e 18 bilhões somente no período de 2015 a 2017, **impondo um ônus imediato sobre os sistemas de cuidados de saúde e bem-estar social e, ao longo prazo, podendo minar décadas de conquistas na área de saúde e o avanço do desenvolvimento social tão duramente obtidas** (PNUD, 2017, p. 7, grifo nosso).

Além das perdas tangíveis no PIB (face econômica da questão), acrescentaríamos uma dimensão fundamental: o ZIKA fala de dor, sofrimento e mortes preveníveis.

A questão da saúde global e da representação de doenças atreladas às desigualdades e violação de direitos humanos escancara uma dinâmica da saúde mundial que se concentra em reagir aos agravos diante do espraiamento alarmante de problemáticas de saúde, ou seja, as ações buscam responder às crises ao invés de solucioná-las em sua origem. Considerando a realidade global e brasileira, afirmam Nunes e Pimenta acerca do ZIKV (2016, p. 39, grifo nosso):

⁶³ O termo Zika está assim grafado no documento. Entretanto, a grafia usual - e adotada nesta dissertação - é ZIKV, conforme explicação dada na página 22.

A doença tem revelado as contradições da sociedade brasileira e do mundo, bem como do atual modelo de desenvolvimento capitalista neoliberal, tais como: insuficiência do SUS e demais sistemas de saúde, problemas de saneamento, de abastecimento de água, necessidade de políticas de urbanização sustentável, entre outras questões de cunho social, econômico, político e cultural.

A diversidade das questões que atravessam o ZIKV e as desigualdades regionais existentes no Brasil criam cenários diversos que precisam ser analisado à luz de determinantes também variados. No caso das arboviroses, e de modo específico do ZIKV, Lesser e Kitron (2016, p. 167) evidenciam o perfil democrático do mosquito transmissor: “[...] eles picam tanto os ricos como os pobres”. Contudo, os autores alertam para os diferentes impactos do ZIKV de acordo com as particularidades da realidade social em que vivem os indivíduos.

Ao demonstrar como a epidemia de ZIKV pode adquirir diferentes significados, Nunes e Pimenta (2016, p. 31) destacam um deles: o que retrata a doença como “[...] **doença negligenciada ou da pobreza**” (grifo nosso). Esse aspecto torna-se evidente quando recuperamos o debate sobre os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais que interagem com a cronicidade da reprodução do vetor de transmissão do ZIKV em terras brasileiras. Mas acima de tudo, esta questão importa na medida em que o significado atribuído à epidemia faz pesar sobre os indivíduos pobres da população, uma responsabilidade que é, em maior parte, do Estado.

Em vez de planejar investimentos adicionais em infraestrutura de água e saneamento para controlar a proliferação de mosquitos, **a resposta do governo federal e estadual ao surto de Zika focou bastante em incentivar os esforços a nível doméstico**, especificamente a limpeza de recipientes de armazenamento de água, a eliminação de água parada nas casas e a pulverização para a erradicação de mosquitos. **Mulheres e meninas são muitas vezes responsáveis por essas tarefas de controle vetorial em suas casas**. Em uma fase de emergência, o controle de vetores com foco doméstico é fundamental, mas é um método insustentável de controle vetorial no longo prazo. **Os esforços das mulheres e das meninas para controlar a proliferação de mosquitos em casa são onerosos e, muitas vezes, inúteis sem a necessária atenção do Estado às falhas estruturais nos serviços de água e esgotamento** (HUMAN RIGHT WATCHE - HRW, 2017).

Aqui, desenha-se um cenário perverso, mulheres e meninas (majoritariamente pobres) – que historicamente tem seus direitos fundamentais sabotados e que foram desproporcionalmente afetadas pelo ZIKV – são colocadas em uma dupla responsabilidade: agir individualmente para eliminar vetores e, em muitos casos,

também agir individualmente⁶⁴ para cuidar de seus filhos adoecidos em consequência do ZIKV. O vírus escancarou antigos problemas de direitos sociais e humanos, dentre eles: o acesso inadequado à água e saneamento básico⁶⁵, desigualdades raciais e socioeconômicas no acesso à saúde e à informação sobre direitos sexuais e reprodutivos, dentre outros.

Além da incidência e da distribuição dos arbovírus, estes fatores também possibilitam demonstrar a capacidade de reação das populações atingidas e o nível de acesso às políticas públicas que lhes é permitido (NUNES; PIMENTA, 2016). Diante disso, as respostas dos governos devem considerar a urgência de discutir como esses problemas impactam a saúde e os direitos humanos no Brasil (HRW, 2017).

No entanto, no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos (parte integrante do conjunto dos direitos humanos) a discussão não foi encampada, dando lugar a medidas superficiais⁶⁶ e conservadoras⁶⁷. A abordagem sobre os direitos reprodutivos não foi priorizada de maneira holística, de modo que a desigualdade e

⁶⁴ Microcefalia faz aumentar caso de mães abandonadas por companheiros. Doença aumenta substancialmente a chance de separação de casais. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2016/03/microcefalia-faz-aumentar-caso-de-maes-abandonadas-por-companheiros.html>. Acesso em: 13 mai. 2019.

⁶⁵ De um total de 5.570 municípios brasileiros, 41,5% possuem uma Política Municipal de Saneamento Básico (IBGE, 2018). **No Brasil, 35 milhões de brasileiros não têm acesso à água potável e 49% da população não possui coleta de esgoto.** Além disso, são despejados nos recursos hídricos o equivalente a 5 mil piscinas olímpicas de esgoto sem tratamento, pois apenas 44% do esgoto coletado é tratado (AESBE, 2019, grifos nossos).

⁶⁶ A Organização Mundial de Saúde (OMS) fez algumas recomendações aos casais, orientando, entre outras ações, que considerassem o adiamento da gravidez por um período de 8 semanas a 6 meses, este último, caso o parceiro tenha apresentado os sintomas do ZIKV (OMS, 2017). Seguindo esta diretriz, países como Brasil, Estados Unidos (EUA), Colômbia, República Dominicana, El Salvador, entre outros, passaram a recomendar que as mulheres adiassem a gravidez, ao mesmo tempo em que programaram medidas para lutar contra a epidemia tentando enfrentar os desafios de saúde reprodutiva a ela associados.

⁶⁷ A chamada **PEC da Vida** (PEC29/2015), que proíbe o aborto desde o início da gestação pode ser desarquivada e voltar a tramitar no Senado e na Câmara, caso a maioria simples do Plenário vote pelo desarquivamento, em votação simbólica. A Proposta de Emenda à Constituição que garante "**a inviolabilidade da vida desde a concepção**" foi arquivada no final da Legislatura passada. Se a PEC for aprovada no Senado e na Câmara, o artigo 5º da Constituição passará a ter a seguinte redação: "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País **a inviolabilidade do direito à vida desde a concepção**, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade". Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/02/12/pec-da-vida-pode-voltar-a-tramitar-nos-proximos-dias>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

seus efeitos sobre a saúde reprodutiva como uma das questões mais importante levantada pelo ZIKV não foi considerada (VÉLES; DINIZ, 2016).

Ao abordarem os dilemas bioéticos em torno do ZIKV, Bueno e Grunspun (2016) esclarecem que propor o adiamento da gravidez parece um caminho mais fácil, mas esta discussão se choca com a liberdade de decisão da mulher que deseja ser mãe. Além disso, os casos de microcefalia relacionados à outros fatores como alcoolismo, diabetes gestacional sem controle adequado e outras infecções perinatais continuam a ocorrer (BUENO; GRUNSPUN, 2016).

A epidemia de Zika suscita um conjunto de questões relacionadas aos desafios da sociedade patriarcal, nomeadamente no que diz respeito ao controle efetivo que muitas mulheres têm sobre a sua vida sexual, a liberdade de escolha na hora de gerenciar uma gravidez, o direito ao aborto e o direito à opinião e intervenção sobre as políticas que têm efeitos sobre o corpo feminino (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 37).

Tem-se aí problema importante, pois as vivências de gênero⁶⁸ guardam relação com a sociabilidade e as escolhas diárias que os indivíduos fazem – e que são mediadas pelos contextos histórico, econômico e social das pessoas – atribuindo características a seus modos de vida. Essa série de fatores também impacta na forma como as mulheres vivenciam seus processos de saúde-doença e também a ocorrência da morte (MARTINS; MELO, 2014).

⁶⁸ É importante destacar que as mulheres estão imersas em relações de poder desiguais e muitas vezes, não têm possibilidades materiais e/ou subjetivas para decidir com liberdade sobre seu próprio destino, o que envolve o domínio sobre seus próprios corpos, sua reprodução e sua sexualidade (VÉLES; DINIZ, 2016).

Figura 8: Algumas das inseguranças e questionamentos possivelmente vividos pelas mulheres diante do ZIKV.



Fonte: Figura da mulher disponível em: < <https://pt.dreamstime.com/ilustra%C3%A7%C3%A3o-stock-vector-o-desenho-da-arte-retrato-da-menina-triste-e-deprimida-pensando-image95090254>>. Sistematizado pela autora, 2019.

Em contextos epidêmicos com complicações que extrapolam as capacidades imunológicas do corpo feminino e o desejo das mulheres, a negação dos direitos (humanos) sexuais e reprodutivos e, a partir deles, a adoção da superficialidade e do conservadorismo sobre a pauta da legalização do aborto⁶⁹, entre outras questões

⁶⁹ A médica holandesa Rebecca Gomperts, que fundou as ONGs *Women on Waves* e *Women on Web*, apresentou ao Supremo Tribunal Federal (STF) a sua experiência à frente das organizações e pediu que a Corte descriminalize o aborto no Brasil. A especialista relatou que o site *Women on Web* já recebeu mais de 1,2 milhão de visitas oriundas do Brasil, tendo recebido nos últimos sete anos mais de 55 mil pedidos de ajuda de mulheres brasileiras. **Um estudo feito pelo site mostra um crescimento dramático de acessos em 2016, a partir de países latino-americanos em razão de problemas relacionados ao vírus Zika.** A médica apresentou relatos de brasileiras que dizem não ter acesso à realização do aborto mesmo nas hipóteses previstas em lei, como gravidez fruto de estupro e risco de saúde para a mãe, e ressaltou que é grande o número de mulheres que recorrem ao suicídio como forma de se livrarem de gravidez indesejada, circunstância que deve ser entendida

relativas à sexualidade, podem ser caracterizadas como negligência e aceitação de que as mulheres busquem ações que colocam em risco as suas vidas, pois apesar das rigorosas restrições legais no Brasil⁷⁰, os abortos clandestinos e inseguros são uma realidade.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), a prática é comum no Brasil, sendo que em 2015 ocorreram cerca de meio milhão de abortos (DINIZ et al., 2017). Dados dessa magnitude colocam, de modo indiscutível, o aborto como um grave problema de saúde pública no país e que segue sendo negligenciado pelo Estado⁷¹ em todos os tempos, inclusive no contexto do ZIKV. Esta realidade cria um cenário onde não há como prever se o caminho do abortamento ilegal e inseguro será uma opção para elas (DINIZ, 2016a), pois esses dados não entram nas estatísticas oficiais.

Essas considerações apontam que a relação entre o ZIKV e a saúde reprodutiva significa mais que um problema em curto prazo e não se trata apenas do efeito de um surto. Esta relação representa um fardo imposto às mulheres grávidas infectadas pelo vírus e impossibilitadas de optarem por encerrar a gravidez de modo seguro⁷².

pelas autoridades brasileiras como de risco à saúde da mulher (grifos nossos). Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=385764>>. Acesso em: 05 maio 2019.

⁷⁰ O Código Penal brasileiro proíbe (artigos 123, 124, 125 e 126), englobando nestes itens o aborto provocado pela gestante ou o aborto provocado por terceiros com ou sem consentimento da gestante, com pena variando de um a dez anos de detenção, de acordo com cada caso. O Art. 128 permite o aborto nos casos de não haver outro meio de manter a vida da gestante e nos casos de gravidez consequente de estupro (BRASIL, 1940).

⁷¹ O processo de estabelecimento dessas leis (sobre o aborto) não é um processo baseado nas evidências sobre o que realmente impacta a vida das mulheres e meninas e altera as relações e a realidade sobre aborto, mas baseado em dogmas morais que atravancam um debate sério sobre saúde (DINIZ, 2018). O Psol, em conjunto com o Anis – Instituto de Bioética, do qual Débora faz parte, ajuizaram em março de 2017 uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) no Supremo para pedir que o aborto feito nas 12 primeiras semanas de gestação não seja considerado crime. Atualmente, a prática só é permitida se a gestante tiver sido estuprada, se a vida dela estiver em risco ou se o feto for anencéfalo (RODAS, 2017).

⁷² Em Cuba o número de crianças com microcefalia por ZIKV é zero (PNUD, 2017). Cuba é um dos países da América Latina que descriminalizou o aborto. A descriminalização oficial aconteceu em 1979, quando o Código Penal ainda em vigor estabeleceu que o aborto é crime apenas quando cometido com fins lucrativos, fora das instituições de saúde, por pessoal não médico ou contra a vontade da mulher. Como um fato singular, vale a pena notar que Cuba é um dos poucos países que estabelecem em sua legislação os casos em que o aborto não deve ser realizado, enquanto na maioria dos casos, as exceções são estabelecidas de acordo com as situações nas quais o aborto é praticado legalmente. Assim, todas as mulheres com mais de 18 anos, independentemente do estado civil, podem solicitar um aborto até a décima semana de gravidez, após a avaliação de um assistente social e um especialista em ginecologia na instituição onde solicitado, além de exames de laboratório. Se a mulher tem menos de 18 anos de idade, para terminar a gravidez, ela precisa da autorização de seus pais; e se a gravidez chegar ao segundo trimestre, ela precisa além das etapas mencionadas, a

Estas mulheres são obrigadas a gestar e parir bebês que podem ter graves malformações neurológicas, o que aumenta a carga de sofrimento já imposta a elas devido sua condição de vulnerabilidade. Por isso, as alternativas à questão devem se concentrar nas raízes do problema (VÉLEZ; DINIZ, 2016).

Em outras palavras, as respostas nacionais a uma crise de saúde pública que afetam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres⁷³, que incluem pedir que adiem sua gravidez, só são viáveis quando as mulheres podem tomar essa decisão com base em informações completas e na presença de serviços abrangentes de saúde, incluindo o aborto seguro, assegurado pelo próprio Estado⁷⁴ (VÉLEZ; DINIZ, 2016, p. 60, tradução nossa).

Dentre outras problemáticas (que abordaremos adiante), o ZIKV também traz um alerta de que “[...] **chegou a hora de leis e políticas de saúde respeitarem os direitos humanos e a autonomia das mulheres sobre seus corpos e vidas**” (BAUM et. al., 2016, p. 3, grifo nosso). Sustenta essa proposição a perspectiva da responsabilização do Estado pela ineficiência das ações de controle do vetor, melhora das condições de infraestrutura e garantia do direito à dignidade e saúde das mulheres, considerando a particular vulnerabilidade social e econômica que já afeta muitas delas (NUNES; PIMENTA, 2016).

Deste modo, entendemos que a epidemia de ZIKV, e por consequência a SCZ, estão **para além de ser um problema de mosquitos** e abrangem ainda, além da questão de gênero, **aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos complexos**, mas que também acabam por recair principalmente sobre as mulheres. Em Vitória, nossas entrevistas evidenciaram estes aspectos, que precisam ser considerados pelos governos e pelos profissionais gestores e atuantes nos serviços de saúde.

*“A questão toda é essa contrapartida do usuário né, de em algum momento não conseguir dar seguimento, mas também por questões que a gente também precisa considerar né, e avaliar essas dificuldades. **Que não é um descompromisso, está para além disso**” (USF/R 2).*

análise de uma Comissão Médica, que determina a necessidade e viabilidade para realizá-lo (BENITEZ PEREZ, 2014, tradução nossa).

⁷³ Não vamos aqui fazer uma análise sobre planejamento familiar no Brasil, aspecto que está sendo problematizado na tese de Leila Menandro, a ser defendida no PPGPS em 2020.

⁷⁴ No original: In other words, national responses to a public health crisis affecting the sexual and reproductive health of women that include asking them to postpone their pregnancies, are only feasible when women can make this decision based on complete information and in the presence of comprehensive health care services, including safe abortion, ensured by the state itself (VÉLEZ; DINIZ, 2016, p. 60).

*“A mãe que ela briga pelo menino, que ela tem um nível socioeconômico um pouco melhor e assim, cultural, **que ela sabe o que ela precisa fazer, que ela sabe aonde cobra os direitos dela, você vê que essa criança, ela tem um desfecho muito melhor do que aquelas que são muito pobres [...] Eu acho que tinha que ter sem a pessoa precisar ser esperta pra poder cobrar. **Tinha que ser pra todo mundo**”** (HEINSG 1).*

Não ser para ou alcançar todos/as brasileiros/as desnuda uma face perversa da destruição do princípio da universalidade da política de saúde. A partir do que vivenciam em seus espaços de trabalho os/as entrevistados/as nos mostram que a efetivação do acesso à saúde também sofre interferência de fatores que podem derivar tanto da concretude da vida, quanto da subjetividade de cada pessoa, sendo diversos e complexos. Assim, as possibilidades sociais, econômicas e culturais das famílias, mulheres e/ou cuidadores das crianças, determinam o lugar e a capacidade de mobilização dessas pessoas frente à negação de seus direitos, caracterizando uma lógica onde **saber o que precisa fazer e saber onde cobrar direitos** significa ter maior ou menor grau de acesso à assistência em saúde.

Este é um campo fértil para a permanência da desigualdade e tem implicações importantes na vida dos que não possuem maiores condições de reação frente ao parco acesso às políticas sociais. Dito de outro modo, estamos falando que a situação de pobreza e os níveis de desigualdade vivenciados por grande parte da população brasileira, além de se constituírem enquanto matérias primas para o espraiamento do ZIKV, também determinam o grau de acesso e o tipo de cuidado em saúde que lhes será assegurado. Entender essa trama é nossa proposta para as linhas que seguem.

3.2.2 – ZIKV, pobreza e Política Social: um mal estar previsível.

“As verdades há que repeti-las muitas vezes para que não venham, pobres delas, a cair no esquecimento.”

(José Saramago).

A prevalência dos casos de infecção por ZIKV foi registrada em um perfil populacional específico: mulheres com idade até 24 ou com 40 anos ou mais, pretas ou pardas, com baixa escolaridade e residentes na região nordeste do país tendo estas, declarado ainda, estarem solteiras ou em uniões estáveis (MARINHO et al., 2016). Nossa pesquisa de campo desnudou que essa é uma realidade que não se

restringe ao nordeste. Um/a de nossos/as entrevistados/as, ao se referir a mãe de uma das crianças com diagnóstico de SCZ, explicita as dificuldades dessa mulher/mãe/cuidadora para dar seguimento aos cuidados da filha:

“Ela vai, mas desde que seja no alcance dela. É o que eu falei, a D.⁷⁵ é uma pessoa que não sabe ler, só sabe escrever o nome porque ela decorou as letras do nome dela. E ela é uma pessoa muito limitada. Limitada no sentido de quê? De alguém estar junto com ela” (USF/R 2).

Para além das questões de gênero, geração, raça e nível instrucional, os autores acrescentam que o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) não contempla a inserção da variável referente à renda. No entanto, Marinho et al. (2016, p. 7) apontam, a partir do perfil de mulheres atingidas pelo ZIKV que os “[...] resultados reúnem variáveis *proxy* que possibilitam considerar que **a maioria das mães de nascidos vivos com microcefalia está inserida em um contexto socioeconômico desfavorável**” (MARINHO et al., 2016, p. 7).

Apesar de entendermos a colocação dos autores e considerarmos importante evidenciar a condição socioeconômica das famílias atingidas pelo ZIKV, vamos além da expressão utilizada, pois entendemos que não se trata apenas de um contexto socioeconômico desfavorável, mas de uma condição que resulta de uma forma de organização social fundada na desigualdade. Aqui, entendemos que é preciso problematizar o que vem a ser esse contexto socioeconômico desfavorável ou, dito como nos apraz, **o que significa a existência da pobreza em uma sociedade capitalista**, bem como a relação desta condição com as políticas de proteção social.

A grande maioria das famílias atingidas pelo ZIKV vivencia uma realidade que demanda acesso à proteção social, sendo as políticas sociais garantidas pelo Estado, imprescindíveis para suprir suas necessidades⁷⁶. No entanto, o conjunto de direitos prescritos na Constituição Federal (CF), frutos de duras lutas populares se

⁷⁵ Inicial fictícia da mãe da criança diagnosticada com SCZ no bairro Resistência.

⁷⁶ Apoiamo-nos na concepção de necessidades defendida por Pereira (2006), a qual considera que o reconhecimento das “necessidades humanas” como necessidades sociais que comportam “[...] valores, finalidades e sujeitos definidos, tem sido um grande passo para a construção da cidadania, pois isso equivale reconhecer a existência de uma força desencadeadora de conquistas sociais e políticas”. [...] Além disso, é pelo reconhecimento da existência de necessidades humanas e da obrigação do Estado de satisfazê-las, que este se distingue do mercado, cujo principal objetivo é o lucro. [...] o conceito de necessidades humanas é relevante para justificar os direitos de cidadania em geral, e os direitos sociais em particular, bem como para subsidiar a criação de serviços sociais comprometidos com pelo menos o básico de bem-estar da população (PEREIRA, 2006, p. 68-69).

encontra refém de uma lógica econômica, o que tem criado um grande hiato entre o direito e a realidade (BEHRING, 2008).

A pobreza não resulta de processos naturais, mas de um modo particular de organização social historicamente construído, em outras palavras: **resulta das condições de vida permitidas à classe trabalhadora subalternizada na sociedade capitalista, e se funda na exploração do trabalho pelo capital.** Isso quer dizer que é originada, mantida e/ou agudizada ao passo em que se desenvolvem as formas de organização social, mais especificamente à forma de organização capitalista.

Um fato particularmente marcante a esse respeito é a passagem de uma pobreza “inserida”, tal como ocorria na sociedade medieval – já que percebida como natural e decorrente da vontade divina –, a **uma pobreza vista como problemática pelas autoridades e pelas classes dominantes, a partir da transição da Idade Média para a modernidade pré-industrial.** [...] os pobres passaram a ser identificados como “vagabundos”, a isso tendo-se seguido formas correspondentes de “gerir” a pobreza (WILLIAMS et al., 2012, p. 42, grifos nossos).

No modo de produção capitalista (MPC) é o próprio desenvolvimento que resulta em desigualdades e pobreza. “No capitalismo, quanto mais se desenvolvem as forças produtivas, maior acumulação ampliada de capital e maior pobreza (absoluta ou relativa)” (MONTAÑO, 2012, p. 279). Isso quer dizer que, para o funcionamento de uma sociedade baseada no capital **a existência da pobreza é um problema essencial e por que não dizer, desejável** (MARX, 2013)⁷⁷. É preciso que se mantenha parte da população em condições de pobreza, da mesma forma que é preciso haver uma relação colonialista entre países ditos mais ricos e países em desenvolvimento.

Este tipo de relação também pode ser entendido como um meio pelo qual a pobreza se instalou e se perpetua nos países subdesenvolvidos. No caso dos países latino-americanos, entre eles o Brasil, o capitalismo se desenvolveu configurando uma

⁷⁷ Marx nos esclarece acerca da relação complementar entre crescimento da riqueza e aumento da pobreza na sociedade capitalista quando em, *O capital*, destaca que concomitante ao aumento da riqueza social está o aumento do exército industrial de reserva, ou seja, a massa de trabalhadores sobrando disponível para o capital. Quanto mais esse exército de reserva se avoluma em relação ao número ativo de trabalhadores, de maior proporção será a massa de superpopulação consolidada, para os quais a miséria se encontra na razão contrária ao martírio de seu trabalho. “Por fim, quanto maiores forem as camadas lazentas da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior será o pauperismo oficial. *Essa é a lei geral, absoluta, da acumulação capitalista* (MARX, 2013, Livro I, p. 719).

relação de dependência, onde os países centrais puderam desenvolver o capitalismo em suas sociedades à custa da extração de riquezas nos países colônias, o que possibilitou a estruturação destas sociedades capitalistas como as chamadas de primeiro mundo (OLIVEIRA, 2017).

As relações entre esses países em diferentes níveis de desenvolvimento sempre ocorrem de modo desfavorável para os países periféricos, em especial os latino-americanos. A maneira que as economias subdesenvolvidas encontram para compensar suas perdas no jogo do comércio internacional é pela via do aumento da exploração do trabalho⁷⁸, mas de todo modo, os resultados dos esforços a que a classe trabalhadora é submetida tem como destino final os países centrais (OLIVEIRA, 2017). Entretanto, esse cenário de dependência também sofreu importantes alterações. A imposição de ideias liberais nos países da América Latina nos anos 1980, através do Consenso de Washington, passou a determinar novas relações entre os países centrais e periféricos (OLIVEIRA, 2017).

Segundo as novas regras do jogo, a dívida externa passou a ser tema central e estratégico para a política econômica voltada aos países latino americanos, implicando na submissão desses governos a organismos internacionais. Tais órgãos exigem a manutenção de um saldo fiscal positivo que garanta o pagamento dos juros e amortização da dívida como expressão de um compromisso destes países com os acordos estabelecidos, o que prevê também a obediência às prescrições que acabam por determinar a conformação das políticas sociais (OLIVEIRA, 2017).

O contexto de retrocessos sociais e de aumento da pobreza na sociedade do capital segue *pari passu* com o aumento da exploração do trabalho e o empobrecimento cada vez maior das políticas sociais, o que produz um “[...] **Estado de Mal-Estar**, resultante da contenção/limitação/desintegração das incipientes experiências de seguridade na América Latina, com raras exceções, e no Brasil em particular” (BEHRING, 2008, p. 250-251).

⁷⁸ O aumento da exploração do trabalho, segundo Marx, passa a não ser suficientemente satisfeito pela extração da mais valia absoluta, ou seja, pelo prolongamento da jornada de trabalho. Surge para o capital a necessidade de extrair a mais valia relativa, processo possibilitado pela modificação no modo de produção, ou seja, por meio da alteração dos meios e métodos de trabalho que permite aumentar a produção e reduzir o tempo de trabalho socialmente necessário para produzir mercadorias (MARX, I, 2013).

Concordamos com a análise de Pastorini e Martínez (2014), ao tratarem do espraiamento de um **paradigma da pobreza**, que tem sustentado o desenvolvimento das políticas sociais, especialmente na América Latina. Esse paradigma estaria se expandindo pelas sociedades capitalistas e determinando uma agenda específica para as políticas sociais com vistas a combater as manifestações mais imediatas da questão social, dissociando-as da contradição fundamental do sistema capitalista, a relação capital X trabalho.

Este paradigma pode ser entendido como um conjunto de elaborações técnico-teóricas desenvolvidas de forma especial pelos organismos multilaterais – mas adotadas pelos governantes e defendida pela academia – que, na busca por atender as manifestações imediatas da questão social (identificadas com o desemprego estrutural, pobreza absoluta e violência), perdem o vínculo com a riqueza (ou seja, com o processo de sua produção, reprodução e apropriação) e com o emprego como referências para estruturar as intervenções públicas, reforçando assim as ações e programas setoriais, focalizados na pobreza e individualizados (PASTORINI; MARTÍNEZ, 2014, p. 63).

Pode-se dizer que neste **Estado de Mal-Estar**, a estratégia neoliberal no trato com os vários estratos da classe subalternizada tem orientado ações baseadas no tripé **Estado** para os pobres (cidadãos usuários das políticas públicas), com ações focalizadas regionalizadas e clientelistas; **Mercado** para o cidadão cliente, transformando direitos em mercadorias ofertadas por empresas e, por último, **Terceiro Setor ou filantropia** para a população que não se enquadra nas definições anteriores, ou seja, os que estão completamente à margem da sociedade (MONTAÑO, 2012).

Esta estrutura de atendimento às necessidades sociais em vigor na atualidade caminha na contramão do desafio apontado por Sposati (2011) para a consolidação das políticas sociais sob um viés mais democrático. "Combater a miséria e a pobreza implica em política econômica e não só social. Supõe o enfrentamento das desigualdades sociais que se expressam, inclusive, nos acessos das políticas sociais tradicionais" (SPOSATI, 2011, p. 108-109).

Incorporado a este desafio podemos observar que, no lugar do bem estar e acesso coletivos e dos direitos sociais, instala-se o assistencialismo focalizado e o livre mercado (para o cidadão que pode ser consumidor). O financiamento da seguridade social adquire caráter pro-cíclico e regressivo, permitindo apenas a implementação de mecanismos mínimos de compensação e alívio da pobreza, mantidos por

investimentos pobres e que só permitem a existência de políticas públicas de baixa qualidade e distantes da perspectiva do direito (BEHRING, 2008). É importante destacar ainda, que até mesmo esse mínimo oferecido pelo Estado é alvo de condenações, de modo particular, por se destinar aos mais pobres.

Aqui, abrimos um parêntese para explicitar a teoria que nos contempla acerca do lugar dado à pobreza em nossa sociedade. Resgatamos para tal, o conceito de **Aporofobia** (CORTINA ORTS, 2017), que designa a **aversão aos pobres**.

A autora cunhou este termo por entender que é necessário dar nome aos fenômenos sociais para que seja possível analisá-los e tomar uma posição diante deles. Ela exemplifica a questão a partir das atitudes xenófobas e racistas (tão velhas quanto a existência da humanidade) e que só foram nomeadas em determinado momento histórico e, a partir disso, puderam ser identificadas e analisadas considerando a perspectiva da dignidade humana.

Precisamente por eso, el diálogo de finales del siglo XX debía ocuparse de un tema tan urgente como es el de incorporar a los necesitados al disfrute de lo que por nacimiento les corresponde, al disfrute de una vida material y culturalmente digna. Convencida de que no se rechaza tanto a los extranjeros como a los pobres, busqué en mi diccionario de griego de los tiempos del bachillerato un término para designar al pobre, al sin recursos, y encontré el vocablo áporos. Contando con él me permití construir el término «aporofobia» por analogía con «xenofobia» y con «homofobia» (CORTINA ORTS, 2017, p. 22-23).

Ou seja, só conseguimos combater o que conseguimos identificar e só é possível intervir naquilo a que damos visibilidade em meio à dinâmica social.

Dito isto, acreditamos que a crítica destinada às políticas sociais (mesmo as fragmentadas, focalizadas e compensatórias) – sendo este o caráter que, gradativamente, mais tem se sobressaído nas políticas sociais brasileiras – têm raízes numa cultura do ódio à pobreza e numa ideologia de diferenciação de classe fomentada em meio à classe trabalhadora. A nosso ver, esta perspectiva classista e excludente se alimenta do sonho da ascensão social pela via do empreendedorismo individual, pelo enaltecimento da meritocracia, pela desvalorização do direito como fruto da luta coletiva e pela mistificação da realidade social. Este conjunto de características converge com os ideais do liberalismo econômico, ideologia fortemente difundida pelos meios de comunicação mundial, “[...] principalmente em países emergentes e constitui uma narrativa de senso comum do neoliberalismo que

atinge em cheio camadas significativas da população mundial, sobretudo os segmentos da classe média” (VIANA; SILVA, 2018).

No Brasil atual há uma forte retomada desse ideário, num movimento assumido de ascensão crescente a partir do governo de Michel Temer – possibilitado pelo golpe que levou ao *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, no ano de 2016 –, e seguindo em processo de ampliação irrestrita a partir da posse do presidente eleito Jair Bolsonaro, em 2019. A emergência de novos governos e essas mudanças de rumo impõem dificuldades importantes às pautas progressistas e configuram um grande desafio político para os que lutam por direitos sociais e melhores condições de vida para a população (BUENO et al., 2017).

Este cenário – aliado a uma cultura de ódio à pobreza – promove o deslocamento da base da questão social (que se assenta nas relações desiguais de produção e reprodução da vida no modo de produção capitalista) para a culpabilização dos indivíduos pela condição de pobreza em que vivem, além de legitimar discursos que classificam as políticas sociais como favor e/ou tutela de um Estado paternalista. Esse movimento define as políticas sociais de modo pejorativo, o que as desqualifica enquanto direito, além de cobrir de estigmas tanto os que trabalham com estas políticas quanto os que são beneficiários dela. Todavia, devemos lembrar que essas mesmas políticas (que figuram desqualificadas) são necessárias à manutenção do capital e por isso ainda subsistem (PEREIRA, 2013).

Tal assertiva é corroborada por Netto (2006) ao nos esclarecer que não é **natural**, tampouco **normal** para o capitalismo atender às necessidades das classes subordinadas, pois o objetivo primeiro do capital é obter lucros. No entanto, o Estado, através do jogo democrático busca legitimar-se politicamente mostrando-se receptível às demandas das classes subalternas. Mas é importante esclarecer que, mesmo ao atender a essas reivindicações, o Estado não deixa de contribuir com o capital, pois, “[...] respostas positivas a demandas das classes subalternas podem ser oferecidas na medida exata em que elas mesmas podem ser refuncionalizadas para o interesse direto e/ou indireto da maximização dos lucros” (NETTO, 2006, p. 29). Nesta arena, o Estado está diretamente e contraditoriamente ligado aos fatores

que perpassam as relações econômicas e sociais determinantes das condições de vida das pessoas⁷⁹.

A partir dos anos 1980, período no qual se estabeleceu com mais veemência o neoliberalismo, o Estado não se afasta do setor econômico, ao contrário, pode-se observar a sua intervenção bastante particular neste setor, ao passo em que se distanciou da dimensão social (MENDES, 2015).

Contudo, o mesmo Estado que se distancia de sua responsabilidade social, abraça ações de enfrentamento aos efeitos de sua atuação, numa contradição conveniente que acaba por se constituir enquanto intervenção necessária, considerando as condições de vida excludentes da maior parte da população mundial.

Aqui, cabe citarmos como exemplo, os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) (ONU, 2015), uma continuação dos Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio (ODM), que esteve em voga até 2015 e o Brasil é signatário.

Os ODS são ao todo 17 e a **Erradicação da pobreza** aparece como primeiro objetivo. É possível notar que o alcance deste primeiro objetivo já representa um conseqüente avanço para o alcance dos demais. A ONU reconhece que “[...] a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável” (ONU, 2015). A pobreza extrema é definida a partir da medida de pessoas vivendo com menos de US\$ 1,90 por dia, o equivalente a R\$ 221,73⁸⁰ por mês.

Se analisarmos as metas relacionadas ao primeiro objetivo da Agenda 2030: **Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares**, observamos que as propostas não preveem o **compartilhamento da riqueza**, nem ações

⁷⁹ “[...] ocorre enquanto programas compensatórios e residuais cujos fundamentos são os pressupostos liberais/neoliberais, mantenedores dos interesses do mercado, orientados pelo entendimento de que o desemprego e a exclusão social são inevitáveis. Têm como objetivos **garantir a autonomia do indivíduo enquanto consumidor**, atenuar os efeitos mais perversos da pobreza e da desigualdade social, **sem considerar o crescimento do desemprego e a distribuição de renda, tendo como orientação a focalização na extrema pobreza, para que não ocorra desestímulo ao trabalho**. O impacto é, necessariamente, a reprodução de uma classe de pobres, com garantia de sobrevivência no limiar de uma determinada Linha de Pobreza (SILVA e SILVA, 2015, n.p.).

⁸⁰ Consideramos, para uma noção geral, a cotação do dólar do dia 10 de junho de 2019, sendo US\$ 1 (Um Dólar) igual a R\$ 3,89 (Três reais e oitenta e nove centavos).

inovadoras centradas nas pessoas, nem a **plena participação na sociedade** e tampouco à **transformação estrutural**.

Essencialmente, as propostas caminham no sentido de agir objetivamente sobre a pobreza extrema e não sobre a pobreza como questão social expressa nas condições de vida da classe trabalhadora, além disso, os sistemas de proteção social, definidos como **adequados**, devem assegurar **principalmente a cobertura dos pobres e vulneráveis**. Dito de outra forma, política social/Estado apenas para os mais pobres, ou seja, segue focalizada, seletiva e concentrada em um segmento específico da população. Esta crítica se torna ainda mais necessária, considerando a transversalidade da política pública de saúde e a magnitude das problemáticas do ZIKV e da SCZ no Brasil e no mundo.

Mas, se estamos falando de saúde enquanto direito a ser garantido pelo Estado, como compreender a estreita relação desse mesmo Estado com o capital e, ao mesmo tempo, considerar a saúde como direito universal e gratuito a ser assegurado por meio de políticas públicas?

Ao longo de sua existência a política pública de saúde brasileira tem sido refém de um Estado funcional ao capital e seus imperativos econômicos. Esta relação pode ser evidenciada, entre outros fatores, através do modelo de proteção social adotado pelo Estado brasileiro que, na atualidade, tem reforçado uma lógica de redução dos direitos sociais, ao passo em que amplia respostas à esfera econômica (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Tem-se aí a receita para um mal estar social (BEHRING, 2008), o que não nos surpreende, apesar de ainda chocar e causar indignação, já que a realidade poderia ser diferente se o Estado atuasse prioritariamente a favor dos direitos sociais.

Na seção que se segue, abordamos as implicações da subserviência do Estado ao capital, considerando sua materialização na estrutura governamental brasileira e seus impactos para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Nosso objetivo é compreender como esses fatores afetam o SUS em sua conformação, além de seus rebatimentos sobre a garantia (ou negação) do acesso às ações e serviços de saúde às crianças nascidas com a SCZ e suas famílias.

3.2.3 - O Estado e as configurações da Política Social: o SUS em meio ao ZIKV.

“Há muitas razões para duvidar e uma só para crer.”

(Carlos Drummond de Andrade)

Os sistemas de saúde estão relacionados a modelos de proteção social⁸¹, e os modelos de proteção social abarcam as formas de intervenção do governo no financiamento, orientação, regulação e na prestação de serviços, o que resulta nas condições de acesso e no direito à saúde (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

No Brasil, podemos dizer que a implementação do SUS, enquanto política pública de caráter universal representa o rompimento com décadas de uma estrutura de saúde adequada a uma conjuntura político-econômica mundial contrária às políticas sociais mais amplas e solidárias. Um dos muitos obstáculos estruturais postos à política de saúde brasileira universal está ligado ao alto grau de exclusão e heterogeneidade presente no país, o que não é resolvido pela via dos programas sociais propostos (NORONHA et al., 2012). A reprodução da dinâmica centro-periferia, que está na gênese da saúde global e que privilegia os interesses dos países centrais, coloca as demais nações na condição de incapazes de gerir seus problemas e como dependentes das bênçãos da cooperação internacional (NUNES; PIMENTA, 2016). A emergência das epidemias de ZIKV e microcefalia exemplificam esta realidade.

Como vimos anteriormente, o ZIKV é novo no Brasil, mas transmitido por um velho vetor. O vírus trouxe (e ainda traz) inúmeras preocupações em diversos aspectos da dinâmica social, pois o país possui condições favoráveis à reprodução do vetor e à propagação do vírus (LIMA-CAMARA, 2016). Soma-se a isso a ineficácia das estratégias de combate ao *Aedes aegypti* e a existência de um cenário marcante de desigualdades que coloca o país na condição de potencial dispersor de casos para os demais países do mundo e também como “[...] incapaz de solucionar o problema,

⁸¹ Os modelos que tem como base a contribuição de empregados e empregadores, como por exemplo, a Previdência Social no Brasil, se encaixam no tipo de proteção social denominado “seguro social”, de inspiração bismarckiana. Já o tipo “assistência social” ou “residual”, caracteriza-se pela não responsabilidade do Estado em garantir a proteção universal à saúde e prioriza a proteção social a apenas alguns grupos mais pobres. Esse tipo de sistema pode ser verificado nos EUA (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

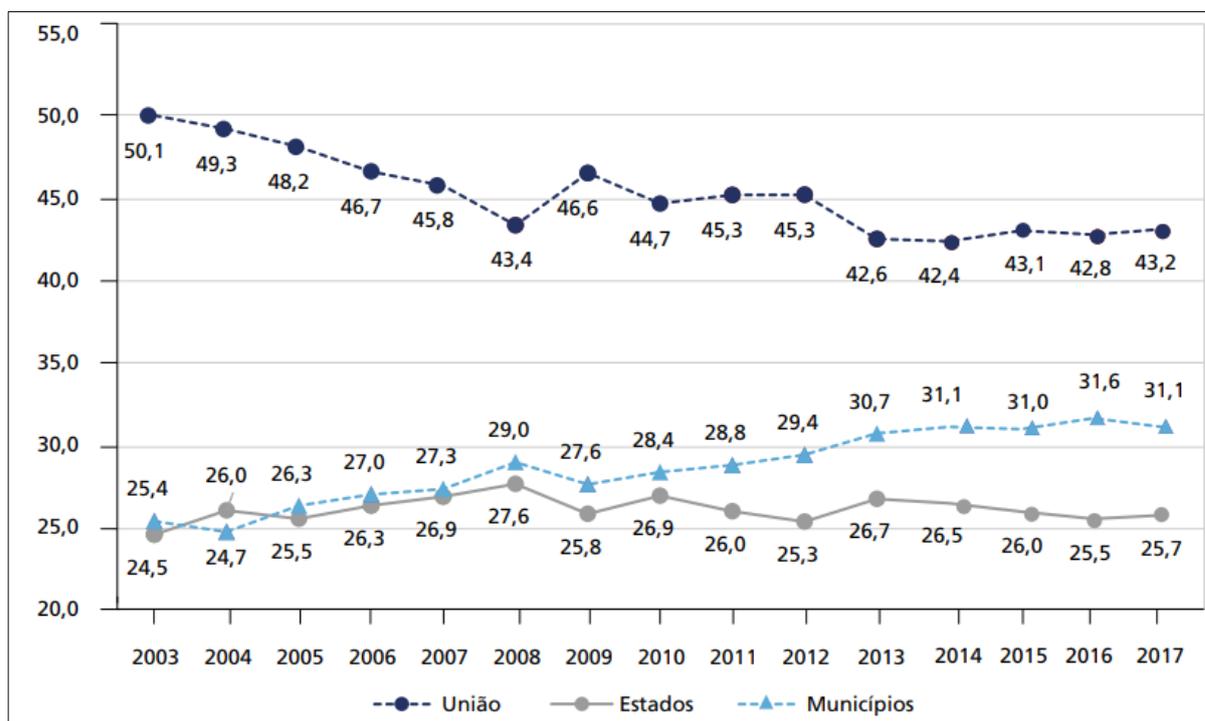
necessitando ser salvo por países mais desenvolvidos [...]” (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 41).

Ser salvo aqui precisa ser problematizado, pois exprime uma posição de dependência em relação ao dito centro. Resguardados os possíveis benefícios da cooperação entre os países – respeitando-se a troca de conhecimentos acumulados por pesquisadores e instituições de pesquisa –, cabe destacar que este mecanismo também mistifica um cenário que, nas palavras de Santos (2001), pode ser descrito como perverso e onde a **fábula da globalização** é vendida como a maravilhosa possibilidade de encurtamento da distância entre os povos.

Analisando especificamente a conduta brasileira frente ao cenário de emergência do ZIKV, Pittas (2018) destaca que o país priorizou a busca por parceiros em pesquisas e recursos financeiros, focando, sobretudo, na busca por acumular conhecimento científico e melhorar seu sistema de vigilância em saúde. O autor destaca ainda, que houve um aproveitamento da linguagem do risco e do medo referente ao ZIKV (o que não prescinde da emergência e gravidade da questão) para que fossem capitalizados recursos junto a parceiros internacionais, tendo em vista a ausência de recursos internos. Esta estratégia brasileira se afina com a concepção de segurança em saúde pública global defendida pela OMS, onde a noção de segurança em saúde é utilizada de forma prática **visando aspectos financeiros** e não apenas como instrumento de análise das condições de saúde no mundo (PITTAS, 2018).

Neste mundo conectado e comandado por interesses financeiros, principalmente nos momentos de crise do capital, o Estado atua pondo em prática medidas de redução dos gastos sociais, inclusive no âmbito da saúde, desviando grande parte dos recursos sociais para atender às necessidades de acúmulo e manutenção da sociedade capitalista (MENDES, 2015). No Brasil, este cenário pode ser ilustrado pela diminuição dos investimentos federais em saúde. O financiamento do SUS conta com a participação cada vez maior dos estados e principalmente dos municípios para a oferta de ações e serviços públicos de saúde (ASPS), ao passo em que a União recua em sua participação (Gráfico 7).

Gráfico 7: Gastos das três esferas de governo em ASPS, em valores *per capita* (2003-2017).



Fonte: PIOLA et al., 2018.

A União concentra mais de 60% dos recursos públicos arrecadados, enquanto estados e municípios possuem menos de 40% desta receita. Entretanto, observa-se a diminuição gradativa da participação da União no financiamento da saúde (Gráfico 7), configurando um cenário incompatível com o investimento necessário à implementação de uma política universal e que visa garantir a integralidade da assistência em saúde (OLIVEIRA, 2017). Trazendo para o ES, Vitória tem aplicado recursos próprios em percentuais acima do que determina a Emenda Constitucional (EC) 29. O investimento em ações e serviços foi de 17,98% em 2013; 18,84% em 2014; 19,25% em 2015; 17,85% em 2016 e 18,48% em 2017 (SEMUS, 2018).

Estados e municípios, com o aporte de recursos que possuem, não são capazes de **cobrir o afastamento da União no financiamento da saúde**, e a manutenção do SUS requer maior participação de todos os entes federados no financiamento (OLIVEIRA, 2017). A EC 95/2016⁸², que congela as despesas primárias da União

⁸² Essa EC revogou o escalonamento previsto na EC 86/2015 que alterava a base de cálculo de aplicação do governo federal para 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL), em 2016, elevando-se, até alcançar 15% da RCL, em 2020. Observa-se uma perda de R\$ 9,2 bilhões para o orçamento do MS já em 2016, impactando negativamente o financiamento do SUS (MENDES et al., 2018).

até 2036 deve colaborar para uma redução ainda maior dos investimentos federais em ASPS (PIOLA, et al., 2018).

Neste tempo histórico, destacam Mendes et al. (2018), discutir o financiamento do SUS tem sido uma tarefa árdua e muito cansativa, pois nos últimos anos tem sido colocada em prática uma estratégia de **desfinanciamento**⁸³ da saúde, que nos coloca de frente com cada vez menos possibilidades de construção do SUS em sua perspectiva universal. Este caminho é pavimentado por medidas de austeridade, em especial a EC 95/2016, cujo objetivo é promover um equilíbrio fiscal afinado com as necessidades do capital financeiro portador de juros⁸⁴.

Essa austera EC 95 parece ser a forte expressão do Estado em consonância com a lógica do capitalismo contemporâneo sob a dominância do capital financeiro, especialmente porque não estabeleceu limites para os juros e outras despesas financeiras. Trata-se de medida sem precedentes quando comparada ao conteúdo da política de austeridade adotada em outros países, em especial na América Latina. Sem dúvida, **a escolha por essa política de austeridade tem grande efeito sobre o bem-estar imediato da população, isto é, provocando resultados negativos nas condições sociais, e na saúde em particular**, não levando a um contexto de maior equilíbrio fiscal os países e regiões que a adotaram. **Um dos resultados mais imediatos da EC 95 na área da saúde refere-se ao aumento da mortalidade infantil, após 26 anos de declínio constante.** Estudos apontam, inclusive, redução na oferta e na cobertura de vacinas, prejudicando o atendimento dos hospitais e o desenvolvimento das ações e serviços da Atenção Básica (AB) do SUS (MENDES et al., 2018, p. 225, grifos nossos).

A diminuição da participação estatal – capitaneada pelo afastamento gradativo do governo federal de sua responsabilidade como um dos financiadores da saúde pública – nos gastos sociais configura um cenário onde o que vem sendo salvo é o

⁸³ Conforme Mendes et al. (2018), o subfinanciamento do SUS se intensificou a partir do ano de 2014, mas no ano de 2017 inicia-se o desfinanciamento da política de saúde devido ao início da vigência plena da regra do teto de despesas primárias da EC 95 (também conhecida como a PEC do Teto). Trata-se de uma das maiores medidas de austeridade financeira em favor do capital portador de juros (capital financeiro). Os autores apontam que **na vigência da EC 95, o subfinanciamento dá lugar ao desfinanciamento do SUS**, já que os “[...] recursos federais para o SUS devem reduzir de 1,7% do PIB (2016) para 1,0% até 2036, acumulando perdas superiores a três orçamentos anuais nesse período de 20 anos. Essa austera EC 95 parece ser a forte expressão do Estado em consonância com a lógica do capitalismo contemporâneo sob a dominância do capital financeiro, especialmente porque não estabeleceu limites para os juros e outras despesas financeiras MENDES et al., 2018, p. 225, grifo nosso).

⁸⁴ O congelamento dos investimentos federais não considera os fatores que apontam para a necessidade de aumento dos recursos, entre estes, o envelhecimento populacional e as alterações no perfil epidemiológico do país. Somado a isso, a crise pela qual passam muitos estados e municípios é um agravante para o financiamento da saúde, pois é possível que estes entes não consigam cobrir a ausência dos recursos federais. Além disso, estados e municípios já aplicam parte de suas receitas em patamares superiores ao estabelecido constitucionalmente, sendo 13,5% e 24,2% respectivamente, no ano de 2017 (PIOLA et al., 2018).

processo de acúmulo de capital, em detrimento das necessidades sociais da população, entre elas a saúde⁸⁵. Esta perspectiva é amplamente apoiada pelo atual governo brasileiro.

Ao tomar posse, em janeiro de 2019, o presidente eleito Jair Bolsonaro escalou equipes de trabalho (econômica, política e de infraestrutura) (QUEIROZ, 2018) compostas majoritariamente por militares e dirigentes com viés liberal no âmbito econômico. “Com base nas propostas de campanha, no pensamento do presidente eleito Jair Bolsonaro, na visão de mundo e na trajetória das equipes [...] é possível antecipar que o mercado será o mais beneficiado” (QUEIROZ, 2018, n.p.). Dito de outro modo, o que se pretende é colocar a máquina estatal a favor do mundo das finanças, em detrimento do mundo das pessoas.

Atuando nesta direção, o Estado (através do governo) passa a reunir funções repressivas e integradoras que atuam direcionando apenas uma “[...] parte do fundo público para a implementação de políticas sociais, acirrando a disputa pelo fundo público entre o capital e a classe trabalhadora, que busca garantir o financiamento de suas antagônicas necessidades básicas” (OLIVEIRA, 2017, p. 55). O resultado deste tipo de atuação por parte do Estado é desastroso para a classe trabalhadora.

Problemas que os estudiosos da área da saúde previam surgir a médio e longo prazo já se apresentam à realidade brasileira. **Há o desfinanciamento da saúde como um todo**, mas especialmente em questões que são essenciais e que já haviam se constituído, por exemplo: fluxos de compra de insumos, treinamento de pessoas, distribuição de materiais e vacinas, um conjunto de ações que precisa, em especial, do funcionamento completo da Atenção Primária (AP) (MIRANDA, 2018).

[...] o que está acontecendo é um conjunto de problemas que estão prejudicando vários elos dessa cadeia, desde o trabalho profissional, que está sendo esvaziado, até a questão da garantia dos fluxos para a manutenção daquilo que é imprescindível. Então, não é só uma negligência, acho que **é uma negligência criminoso**, porque são vidas que estão colocadas em risco em função desse tipo de postura. **Tu guarda dinheiro público para agiotagem, a palavra é essa, para pagar amortização da dívida pública**, e está colocando um limite de gastos para políticas públicas para os próximos 20 anos. **Essa opção política vai produzir mortes**

⁸⁵ Em janeiro de 2019, a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS) divulgou que o reajuste do orçamento da saúde para 2019, incluídas as emendas, é de apenas 1,3%. O valor do orçamento da Seguridade Social, que inclui saúde, previdência e assistência social, no total de R\$ 752,7 bilhões é menor que o valor destinado ao refinanciamento da dívida pública federal, de R\$ 758,6 bilhões. Disponível em: <<https://cnts.org.br/noticias/reajuste-do-orcamento-da-saude-para-2019-incluidas-as-emendas-e-de-apenas-13/>>. Acesso em: 18 mai. 2019.

evitáveis em escala, e agora só está começando (MIRANDA, 2018, n.p., grifos nossos).

Na esfera política, a necessidade de alcançar determinados fins requer enxergar a política de saúde permeada por processos decisórios que envolvem atores e interesses sociais diversos e que definem prioridades e estratégias para a agenda pública (FLEURY; OUVÉNEY, 2012). Bueno (2017) corrobora essa assertiva quando esclarece que este cenário faz com que questões como as arboviroses endêmicas, por exemplo, recebam investimento financeiro aquém de sua capacidade de atingir as populações, além de impactarem a oferta de serviços numa escala que parte de determinações mundiais até a concretização das políticas de saúde em âmbito local.

Os ajustes propostos do nível mundial para o local superam a dimensão econômica, sendo também estendidos aos mecanismos de gestão, organização e operacionalização das políticas sociais na periferia do capital (ABREU, 2017). A concretização das políticas passa a contar com critérios cada vez mais restritivos (focalização, privatização, etc.), além de diretrizes que as distanciam do comando dos governos centrais (descentralização).

A descentralização da atenção em saúde no SUS constitui-se enquanto um dos principais objetivos políticos expressos em normas governamentais e compartilhados por uma parte importante de dirigentes, lideranças e especialistas da área da saúde (RIBEIRO et al., 2017). Contudo, os autores esclarecem que na experiência internacional faltam evidências sólidas sobre as vantagens da descentralização e que isto impede que esta forma de organização se torne uma orientação geral. No entanto, processos de descentralização diversificados em seu alcance podem ser observados nos principais sistemas de saúde, pois respondem a expectativas de ordem racionalista.

De acordo com Ribeiro et al. (2017), a descentralização não foi inserida em um modelo de desenvolvimento e seguiu o modelo federativo centrado no município e desconsiderando as esferas estaduais. Além disso, o planejamento regional e os arranjos mais cooperativos de saúde não foram priorizados. Os autores criticam a subordinação das políticas de regionalização às políticas de estabilização monetária e também destacam fatores externos (neoliberalismo latino americano) como empecilhos à descentralização favorecendo uma implantação mitigada do SUS,

além dos aspectos deficitários da descentralização ter relação com o conflito entre dois projetos societários distintos, um de caráter transnacional liberalizante e outro de universalização de direitos.

Em países marcados por extrema desigualdade, como é o caso do Brasil, Souza (2001) nos alerta que o mecanismo de descentralização é limitado, pois desconsidera o cenário variado de capacidades administrativa e financeira dos municípios.

“Na verdade, é uma tendência política e econômica que os municípios se responsabilizem cada vez mais, e a União se responsabilize menos. [...] A questão dos recursos é um problema que estamos vivendo agora né, com as PEC’s que tão vindo. A perda de recursos do financiamento do SUS como um todo é uma discussão nacional, porque a gente vem perdendo desde lá da CPMF... E aí a gente tá sentindo, assim, na pele. [...] cada vez com menos, a gente tá tendo que fazer mais ações pra poder qualificar aí essa questão da assistência” (GESTÃO MUNICIPAL).

Os municípios, como os principais provedores de serviços sociais, evidenciam o modelo de descentralização implantado - crescimento do volume de recursos investidos pelos municípios na saúde, ao passo que há uma definição deficitária das competências em cada nível de poder (COHN, 1994). Nas palavras da autora, trata-se, na verdade, de um movimento de **recentralização** (de responsabilidades, não acompanhada do aumento de recursos financeiros) da política de saúde, onde os municípios passaram de agentes a principais atores do sistema de saúde.

Hoje, os municípios são muito mais responsáveis pela atenção à saúde do que foram no passado. O fornecimento direto dos serviços de saúde passou a ser de responsabilidade municipal com o apoio da União e dos estados. O sistema é unificado em rede, interligado por serviços que pertencem às diferentes esferas de governo, a fim de que possam atender aos pacientes de modo referenciado e seguindo o nível de complexidade exigido para cada caso (LOBATO, 2012).

[...] na construção da política de saúde, depara-se com algo que é maior do que propostas setoriais de ganho econômico ou político imediato, com algo que transcende particularidades por representar projetos de classe definidos e estruturados, abrangendo questões mais amplas como modelos políticos, econômicos e de organização social. Aqui, ao elaborar uma política de saúde, deve-se ter em conta que seu formato interage com macroprocessos sociais, que irão delimitar o campo de expansão dessa política, normalmente reforçando-a ou restringindo-a (FLEURY; OUVRENEY, 2012, p. 48).

Dentre os diversos arranjos possíveis ao alcance do governo federal, prevalece a queda na transferência de recursos, enquanto são aprofundadas as políticas voltadas ao mercado e que afastam o governo da provisão de políticas públicas (SOUZA, 2001). Esse contexto obriga os governos subnacionais a esforçarem-se para cobrir o vazio deixado pelo governo federal. Esta tensão que recai sobre os governos locais se relaciona diretamente com o financiamento e a descentralização.

Desta forma, podemos dizer que a descentralização, para além de se constituir como mecanismo de gestão, colabora para uma readequação do papel do Estado, com vistas ao seu afastamento na garantia de direitos sociais, ao passo que se mantém como peça importante da dinâmica econômica. Observamos a prevalência da segunda grande orientação do processo de descentralização destacado por Cohn (1994), ou seja, **a descentralização está sendo orientada pela crise fiscal do Estado. Prevalece como característica desse movimento o seu aspecto econômico e não político**, o que também impõe pressão e limites aos municípios para a oferta de ações e serviços de saúde.

Além de estarem mais próximos da demanda, os municípios encontram dificuldades para aumentar os investimentos em saúde, ao passo que precisam garantir o acesso universal aos serviços ofertados. Eles acabam por depender majoritariamente de suas próprias receitas, que são limitadas, além de terem que lidar com a tendencial diminuição no repasse de recursos estaduais (COHN, 1994). Outra questão apontada trata do **desfinanciamento** da política de saúde, já que a maior parte dos recursos se encontra no nível federal e, contraditoriamente, este é o ente que, proporcionalmente, menos tem investido em saúde (OLIVEIRA, 2017). A configuração dos gastos em saúde por parte dos entes federativos configura uma realidade controversa, onde quem menos arrecada investe mais.

“Então, repasse direto do Governo Federal, zero, assim, nós não tivemos. Do Estado, houve as contrapartidas iniciais. Pra atender a demanda faltou um pouco as discussões nas CIB's né, assim, dos municípios levarem essas questões, principalmente ao que tange ao setor terciário. Faltou levar essas discussões porque lá acontece a regionalização né, é lá que a gente discute a quem dar mais, onde há as maiores necessidades, eu acho que isso a gente precisa voltar a discutir” (GESTÃO MUNICIPAL).

Esse cenário aponta a necessidade de buscar entender como os municípios têm agido diante de tal situação e quais têm sido os resultados desse contexto para a oferta de ações e serviços de saúde à população usuária do SUS.

De modo particular, a associação do ZIKV com a ocorrência da microcefalia – fenômeno ainda rodeado por incertezas e desafios para a oferta do cuidado em saúde – despertou nossa atenção para os impactos que o aumento no número de bebês nascidos com este agravo pode gerar para a política de saúde brasileira, considerando sua orientação hierarquizada e de execução local. No município de Vitória, a parceria entre os três níveis de gestão se mostrou necessária nesse contexto:

*“Porque a gente sabia que as ações, elas estavam, por exemplo, em termos municipais, no combate ao vetor, na organização da primeira assistência, mas uma criança que viesse a ter (refere-se à SCZ) você extrapola né, a gestão municipal. **Aí você precisa contar com os recursos estaduais, federais, de outras instâncias**” (GESTÃO MUNICIPAL).*

O município de Vitória vivenciou a urgência de estruturar um fluxo de atendimento às crianças com SCZ e para isso, a articulação entre os diferentes níveis de execução da política de saúde foi um fator essencial. Sabemos que a função do Governo Federal é direcionar as ações e propor as diretrizes norteadoras para a assistência em saúde que devem ser seguidas pelos estados e municípios. Contudo, esse direcionamento tem sido cada vez menos acompanhando de uma contrapartida financeira.

Este cenário nos invoca a compreender as estratégias propostas pelo MS para o enfrentamento das epidemias de ZIKV e SCZ, considerando o Plano Nacional e demais diretrizes elaboradas. É nosso objetivo descrever as ações e serviços que o MS define para a assistência em saúde às crianças com a SCZ, bem como identificar como as responsabilidades são compartilhadas pelos entes federativos no contexto de emergência do ZIKV. É sobre esta discussão que nos debruçamos no próximo capítulo.

4. "MÃE, TEU FILHO TEM MICROCEFALIA⁸⁶"... E AGORA, PARA ONDE IR?

"Quem vive num labirinto, tem fome de caminhos."

(Mia Couto)

Este capítulo intercruza a análise documental e as entrevistas. Destacam-se aqui, além dos principais aspectos evidenciados nos documentos, as falas da representante da gestão municipal de Vitória-ES e de profissionais da área da saúde acerca das demandas recebidas pelos serviços, por parte das crianças e de suas famílias, no que tange às necessidades decorrentes da SCZ, além das respostas (dadas ou não) a essa problemática.

Como num labirinto, estruturamos um caminho analítico que segue 2 momentos:

- 1) Descrição das ações e serviços recomendados pelo MS, considerando o Plano Nacional de Enfrentamento e demais documentos relacionados à assistência aos casos de SCZ, identificando a partir disso, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para manejo e atendimento a esta problemática. Analisamos as três primeiras versões dos Protocolos de assistência, seguida da análise da quarta versão, comparando-a com a terceira.
- 2) Descrição das ações e serviços apresentados no Protocolo da SESA e nos documentos do município de Vitória-ES para assistência às crianças com SCZ, cotejando com as propostas do MS e com o realizado pelos serviços. As informações obtidas nas entrevistas nos ajudaram a descobrir como os serviços foram incluídos na rede assistencial e suas atribuições, bem como se as ações e serviços ofertados convergem com o necessário para o enfrentamento dos problemas decorrentes da SCZ, segundo a perspectiva dos profissionais e da gestão.

Em um processo de descentralização, as ações e serviços em nível municipal, estão articulados aos Planos, Protocolos e Programas urdidos nas 3 instâncias (federal, estadual e municipal). Assim, nossa primeira parada responde à pergunta: Quais ações e serviços definidos pelo MS para a assistência às crianças portadoras da

⁸⁶ Título de matéria publicada pelo Unicef Brasil em março de 2016. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_32789.html>. Acesso em:

SCZ? E ainda, dentre as propostas do Governo Federal para o enfrentamento da SCZ, o que cabe aos municípios enquanto principais agentes na oferta de ações e serviços em saúde?

4.1 – CALMA, EU NÃO TENHO UM PLANO! AS AÇÕES EMERGENCIAIS DO MS PARA O ENFRENTAMENTO DO ZIKV E DA SCZ.

*“Não, Tempo, não zombarás de minhas mudanças!
As pirâmides que novamente construístes
Não me parecem novas, nem estranhas;
Apenas as mesmas com novas vestimentas.”*

(William Shakespeare)

Inicialmente, o MS apresentou um Plano Nacional, os Protocolos de Atenção à Saúde (em 4 versões⁸⁷) e as Diretrizes para estimulação precoce de crianças de zero a 3 anos de idade.

O **Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e à Microcefalia (PNEM)**⁸⁸ (BRASIL, 2015), apesar de ser identificado como tal, na realidade não é um plano, representa um **programa de ações emergenciais**, conforme define o próprio MS:

[...] trata-se de um programa com várias ações emergenciais **para enfrentar o aumento do número de casos de microcefalia**. Esclarecendo melhor: trata-se de uma **mobilização importante** que reuniu diferentes ministérios e órgãos do governo para trabalharem conjuntamente, em parceria com estados e municípios, com o objetivo de reduzir o índice de infestação por *Aedes aegypti* nos municípios brasileiros, para diminuir o número de casos de doenças transmitidas pelo mosquito⁸⁹.

⁸⁷ Para facilitar a compreensão acerca da sucessão das publicações, chamaremos de **quarta** a versão final dos Protocolos de Atenção à Saúde. Esta é, na verdade, a primeira versão elaborada em conjunto e contendo as orientações integradas entre a Secretaria de Atenção em Saúde (SAS) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e é a versão válida atualmente. As três primeiras versões foram elaboradas pelo MS em conjunto apenas com a SAS.

⁸⁸ Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/pt/plano-nacional>

⁸⁹ Informação fornecida pelo MS, através de solicitação no Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-Sic), em 19 de novembro de 2018, (grifos do autor).

As ações propostas pelo Plano⁹⁰ estão organizadas em três frentes de trabalho: 1) Mobilização e combate ao mosquito; 2) Atendimento às pessoas; 3) Desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa (BRASIL, 2015).

A primeira busca direcionar as ações de combate ao vetor envolvendo toda a sociedade. Já a frente de atendimento às pessoas propõe ações de cuidado adequadas às gestantes e aos bebês durante e após o parto. No que se refere aos estudos e pesquisas, objetiva-se gerar conhecimento e desenvolver tecnologias de combate ao ZIKV, bem como identificar o comportamento da doença, suas correlações e desenvolver uma vacina contra o vírus⁹¹ (BRASIL, 2015).

Com poucas alterações, o PNEM passou a ser identificado como **Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e suas consequências**, inclusive, em documentos de setores ligados ao MS⁹². No entanto, o próprio MS, em resposta através do e-Sic, nega a alteração no nome do Plano:

⁹⁰ Apesar de o MS dizer que se trata de um Programa de ações emergenciais, seguiremos nos referindo e estas ações como Plano, pois desta forma foi veiculado na mídia e nos sites oficiais. O esclarecimento sobre serem ações emergenciais só aparece quando questionamos o nome do Plano de forma particular junto ao e-Sic, ou seja, houve a intenção de dizer à sociedade que havia um Plano Nacional de enfrentamento.

⁹¹ Em setembro de 2017, o Brasil firmou parceria com os EUA, para a produção de uma vacina contra o ZIKV. A primeira etapa reuniu cientistas do Instituto Evandro Chagas e da Universidade do Texas e os testes feitos em camundongos apresentaram resultados positivos. Uma única dose aplicada nos ratos evitou a transmissão da doença entre os animais e também a transmissão aos filhotes durante a gestação, o que representa um avanço para a proteção de mulheres e crianças contra a microcefalia e outras alterações neurológicas provocadas pelo vírus. A etapa de testagem em humanos está prevista para 2018. Há expectativa de que a vacina seja disponibilizada à população até 2019, dependendo da evolução dos testes em humanos (BRASIL, 2017f). Segundo a Sociedade Brasileira de Microbiologia, pesquisadores do NIH (National Institutes of Health, Bethesda, MD, EUA) começaram a testar em humanos uma vacina contra o vírus da zika. O imunizante contém o vírus atenuado e será aplicado em 28 adultos saudáveis com idade entre 18 e 50 anos, no Centro de Pesquisas de Imunização da Universidade Johns Hopkins, no estado de Maryland, e no Centro de Testes de Vacinas da Universidade de Vermont. No Brasil, para dar continuidade aos testes com a vacina contra o vírus zika ainda é necessária a participação de mais voluntários. Na cidade de São Paulo, a FMUSP está buscando adolescentes e adultos saudáveis, entre 15 e 35 anos de idade, para participar dos testes. Vale ressaltar que se trata de uma vacina de DNA, ou seja, em vez de agentes infecciosos, são utilizados fragmentos de DNA do vírus para indução da resposta imune no organismo. Para saber mais: <https://sbmicrobiologia.org.br/vacina-contr-a-zika-comeca-a-ser-testada-em-humanos-nos-estados-unidos/> e <https://jornal.usp.br/universidade/testes-com-vacina-contr-a-virus-zika-dependem-de-voluntarios/>

⁹² Curiosamente, no site oficial da campanha só encontramos menção ao Plano com o nome de **Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e à Microcefalia**. No entanto, na página 2 do Informe nº 17, de 13 de setembro de 2016 - Monitoramento das atividades do 5º ciclo de visitas a imóveis no Brasil, da Sala Nacional de Coordenação e Controle para o enfrentamento da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus, o próprio MS refere-se ao Plano como **Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e suas consequências**, inclusive, citando-o como o **antigo PNEM**, de modo que podemos compreender ter havido a mudança de nome e não duas situações distintas

Não houve mudança de nome. São duas situações distintas [...] podemos afirmar que, por serem dois documentos distintos e que contemplam basicamente o controle do vetor para evitar a proliferação das doenças de transmissão pelo Aedes, sugerimos a leitura cuidadosa dos documentos: Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS e da Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016⁹³.

Como uma certidão de nascimento, o nome do Plano importa porque representa o motivo maior de sua elaboração e demonstra a essência de suas propostas, ou seja, o que deseja enfrentar e atingir prioritariamente. Ao passar de **Plano Nacional de Enfretamento ao Aedes e à Microcefalia** para **Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e suas consequências**, o Plano está nos dizendo que as consequências da picada do mosquito estão para além da microcefalia e podem trazer outras complicações para a vida das pessoas, conhecidas ou não, mas que precisam ser consideradas e enfrentadas pela política de saúde.

A leitura dos documentos indicados na resposta do MS não evidenciou nenhuma informação que nos esclareça sobre a mudança (ou não) no nome do Plano. As Orientações integradas fazem parte de nossa análise, que será apresentada mais adiante, e a Lei 13.301/2016 trata especificamente da adoção de medidas de vigilância em saúde em casos de perigo à saúde pública devido a presença do mosquito *Aedes aegypti* e não contém informações sobre a mudança de nome do Plano (BRASIL, 2016i).

Todavia, como nosso foco são as ações e serviços, vemos que o Plano demonstra a intenção do Governo Federal em articular vários segmentos da sociedade para o enfrentamento da problemática do ZIKV. No documento, o MS também relata conduzir esforços para a ampliação da oferta de tomografias, disponibilização de

como nos foi informado. O Informe que aqui mencionamos está disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/informe-sncc-n-17.pdf>. Acesso em: 10 de jan. 2019. O documento **Resumo Executivo - Ações Realizadas para o Enfrentamento da Emergência em Saúde Pública Relacionada à Microcefalia**, elaborado pelo MS, pela SAS e COES, logo em sua primeira página, também se refere ao PNEM como um nome antigo para o Plano (2016h).

⁹³ Informação fornecida pelo MS, através de solicitação no Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-Sic), em 19 de novembro de 2018, grifo do autor.

centrais de agendamentos de exames e de Centros de Reabilitação para tratar os bebês com malformação, bem como a ampliação do plano **Viver sem Limite**⁹⁴.

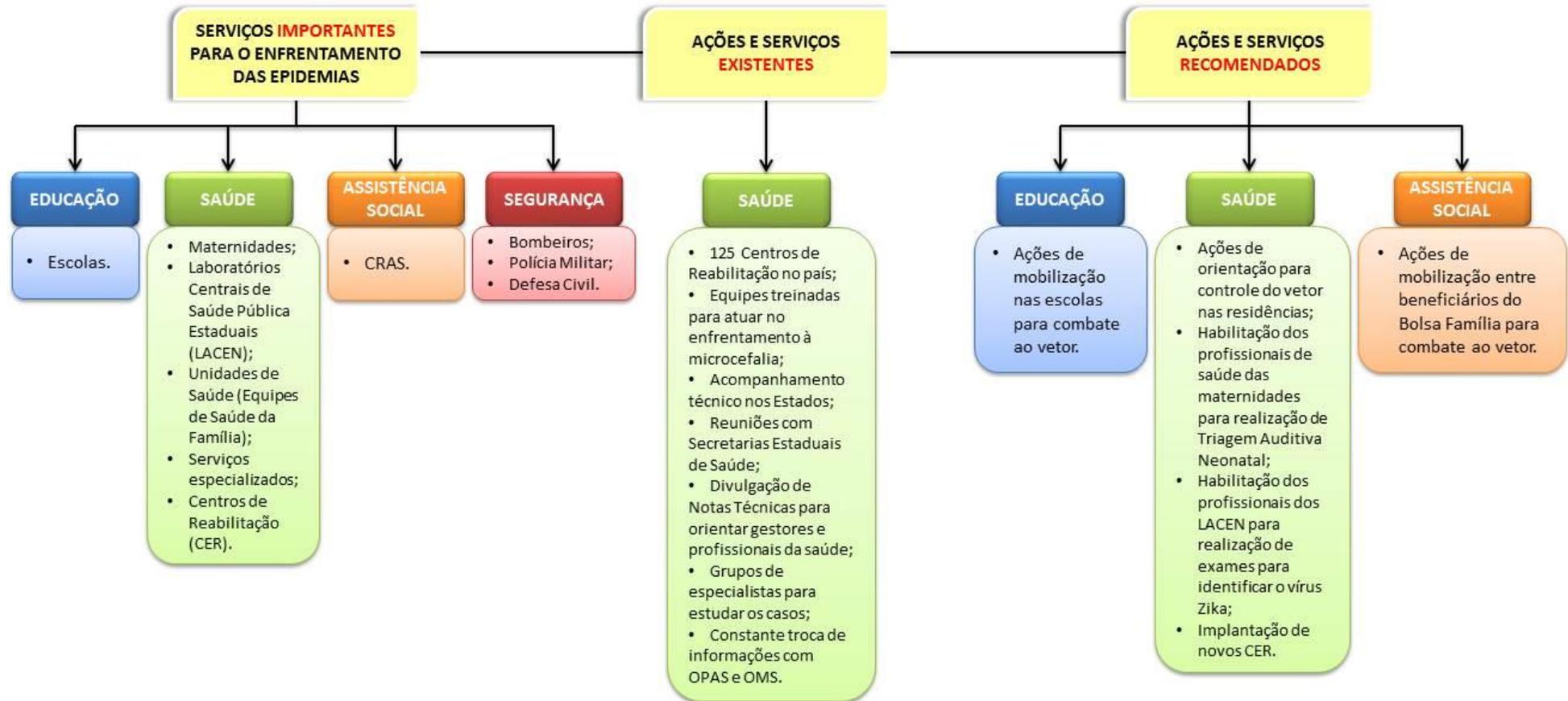
No entanto, não encontramos uma definição clara da rede que deve ser estruturada para a assistência em saúde às crianças com SCZ e suas famílias. O que verificamos foram propostas que intensificam ações já realizadas, aumentam as responsabilidades dos serviços e profissionais já existentes, e reforçam a importância de ações intersetoriais (educação, saúde e assistência)⁹⁵. Ou seja, as ações (que podem ser novas e velhas) se inserem em serviços já existentes.

O esquema abaixo (Fluxograma 5) nos permite identificar os serviços considerados importantes para enfrentar a problemática do ZIKV, bem como as ações e serviços recomendados e os existentes, a partir do Plano Nacional. Pode-se observar que embora as escolas e os CRAS, por exemplo, sejam citados como serviços importantes para o enfrentamento das epidemias, as recomendações de ações envolvendo estes serviços se limitam ao combate do vetor.

⁹⁴ O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – **Viver sem Limite**, foi lançado por meio do Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011. Nele, o Governo Federal ressalta o compromisso do Brasil com as prerrogativas da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo nosso país com equivalência de emenda constitucional. O Plano prevê ações nos âmbitos da educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde (BRASIL, 2013).

⁹⁵ Encontra-se disponível no Portal do MS, a apresentação **1 ano com o Zika**, onde o órgão apresenta os investimentos feitos em acesso, diagnóstico, cuidado, informação e prevenção a partir da declaração de ESPIN devido à microcefalia. O documento pode ser acessado em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/18/Aumento-do-Cuidado-com-as-familias-gestantes-e-bebes-com-edicao.pdf>.

Fluxograma 5: Serviços importantes, ações e serviços existentes e ações e serviços recomendados para o enfrentamento da problemática do ZIKV, conforme o Plano Nacional.



O Plano considera dimensões importantes, envolve diversos segmentos da sociedade civil e do poder público e lança mão de variadas formas de intervenção nos diferentes espaços da sociedade. Contudo, observamos que muitas das ações recomendadas (no que se refere ao vetor) são propostas à sociedade, sendo esta, definida como principal agente para combater o mosquito transmissor do ZIKV através da eliminação de criadouros, desconsiderando as deficiências estruturais dos territórios e as condições insalubres e desiguais em que muitas famílias sobrevivem.

Não estão claramente especificadas no Plano as atribuições de cada ente federativo. No entanto, a partir das ações e serviços recomendados, podemos inferir que a maior da responsabilidade para com a assistência se situa no âmbito municipal.

Este direcionamento é positivo quando consideramos que a gestão municipal está mais próxima das necessidades dos territórios, afinando-se com a perspectiva de descentralização que visa a democratização do acesso à saúde e a defesa de um SUS universal. Entretanto, conforme já dissemos em páginas anteriores (capítulo 3), a descentralização de responsabilidades desacompanhada da contrapartida financeira por parte do Estado, configura a face problemática do protagonismo dos municípios na oferta da assistência em saúde.

Resguardadas as recomendações de inserção da comunidade no enfrentamento ao ZIKV (PNUD, 2017), **o Plano tem caráter emergencial**, o que está em consonância com o objetivo do MS: **propor ações emergenciais para conter o aumento dos casos de microcefalia**. Por outro lado, não converge com as históricas necessidades sociais da população brasileira, pois não aborda ou sinaliza intervenções nas questões estruturais que contribuem para o espraiamento do ZIKV e de outras doenças transmitidas pelo mesmo vetor, sendo este um problema que segue crônico no país.

Em uma **ação emergencial** para conter novos casos de microcefalia, oferecer suporte às gestantes e aos bebês e **intensificar as ações de combate ao mosquito**, o Governo Federal criou o Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e à Microcefalia. Diferentes ministérios e órgãos do governo estão trabalhando conjuntamente, em parceria com estados e municípios. **É uma luta que precisa do envolvimento de todos os setores da sociedade** (BRASIL, 2015, p. 3, grifo nosso).

Destacamos a característica emergente do Plano para localizá-lo enquanto uma ação que não é preventiva (apesar de propor ações denominadas preventivas), tampouco busca corrigir as causas reais de emergência (em grande escala) do ZIKV e suas consequências, no que se refere às condições de saneamento básico, desigualdades e precariedade das condições de vida da população majoritariamente atingida⁹⁶. Passado o furor das ações emergenciais (pois não se trata de prescindir delas), novamente não encontramos propostas voltadas ao que identificamos como principais causas das epidemias: as **desigualdades sociais e as crescentes iniquidades em saúde**. Verifica-se a afinidade com uma agenda global (que sinalizamos ao abordar as matérias primas do ZIKV), na qual as ações em saúde propostas buscam atenuar as crises e não solucioná-las em sua origem.

Corroborando nossos achados, ao analisar as respostas do governo brasileiro à epidemia de ZIKV a partir de sua política externa, Pittas (2018) destaca que no documento **Estratégia de Resposta ao vírus Zika e combate ao *Aedes aegypti***, o governo brasileiro demonstrou muita preocupação em curto prazo focando em ações de combate ao mosquito e adotando uma postura em que as ações estruturais não são mencionadas. As ações que são situadas como sendo de longo prazo referem-se à colaboração da comunidade na vigilância participativa. Mesmo no que tange ao controle do vetor, parece ser entendido que para o governo o provimento de informações é o suficiente (PITTAS, 2018). Questões como pobreza, gênero e outros dilemas sociais acabaram por ser minimizados ou silenciados, conforme já dissemos no capítulo 3.

Essa análise de Pittas (2018) converge com o que identificamos no Plano Nacional, por isso o situamos numa perspectiva **mitigadora**, sendo esta, em grande medida, uma característica recorrente nas políticas sociais brasileiras, e que convergente com a perspectiva neoliberal. No caso da saúde pública, o baixo investimento na Atenção Primária (AP) e em sua função predominantemente preventiva serve de ilustração à nossa observação e é tema tratado por diversos autores (MACINKO;

⁹⁶ No Brasil, os custos indiretos da microcefalia foram estimados em USD 1.707 por mês, cerca de seis vezes o valor do benefício adicional do programa Benefício de Prestação Continuada/BPC fornecido às famílias com bebês com microcefalia. [...] o peso desses custos incidirá principalmente sobre as famílias afetadas e, portanto, causará enorme pressão financeira sobre as famílias de baixa renda, mesmo se receberem benefícios de bem-estar social, o que poderia agravar ainda mais sua situação de pobreza (PNUD, 2017, p. 39).

MENDONÇA, 2018; MELO et al., 2018; GARNELO et al., 2018, MENDES et al., 2018, entre outros).

Nossa análise permite destacar que as preocupações centrais do Plano Nacional podem ser resumidas em dois principais problemas a serem enfrentados: **o mosquito e a microcefalia**. Segundo as propostas, o primeiro problema pode ser combatido eliminando criadouros; o segundo, voltando a atenção ao diagnóstico da malformação congênita, atenção ao parto e nascimento e estimulação precoce dos bebês na faixa de idade de zero a 3 anos. Em síntese, o Plano é um conjunto de recomendações **pós-problema**, o que requer maior dispêndio de recursos financeiros e maior carga de cobranças junto aos/às profissionais dos serviços e gestores, além de se tratar de ações que passam longe da verdadeira e necessária promoção e prevenção em saúde.

Além da análise apresentada, o Plano também se desdobra na elaboração de Protocolos para a assistência em saúde, com destaque para o cuidado das gestantes expostas ao ZIKV e das crianças com SCZ e/ou alterações do SNC, bem como orientações para a estimulação precoce (EP) dos bebês (Fluxograma 1).

No âmbito da assistência em saúde, o MS elaborou 4 versões do Protocolo de orientações. As três primeiras versões apresentam algumas diferenças em seus objetivos e proposições, e a quarta e última versão integra orientações da Secretaria de Assistência em Saúde (SAS) e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), todas, com o objetivo de nortear os profissionais de saúde no que se refere à infecção por ZIKV em mulheres grávidas e puérperas, diagnóstico, classificação dos casos e acompanhamento em pré-natal, parto e nascimento, bem como o acesso a outras políticas e programas assistenciais.

As diretrizes para EP (BRASIL, 2016b) buscam orientar as equipes multiprofissionais no cuidado de crianças com idade entre zero e 3 anos, com orientações voltadas principalmente aos casos de SCZ, mas também podem ser utilizadas para intervenção em outras condições e agravos que possam comprometer o desenvolvimento das crianças nesta faixa de idade. A análise destes documentos é o que apresentamos a seguir.

4.1.1 – Os Protocolos de Atenção à Saúde e a assistência no contexto do ZIKV, segundo as recomendações do MS e da SAS: as três primeiras versões.

Na apresentação, as três versões iniciais do Protocolo (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2016; BRASIL, 2016a) destacam informações relacionadas à microcefalia e ao ZIKV (manifestações clínicas do vírus, associação da microcefalia com o ZIKV, aumento dos casos a partir de 2015, entre outras). Também apresentam recomendações para o tratamento, apresentando as mesmas recomendações dadas para o manejo dos casos de dengue.

É possível identificar diferenças nos objetivos geral e específicos dos Protocolos e ainda, no conteúdo geral dos documentos. As mudanças ocorreram, mais frequentemente no que podemos chamar de uma **adequação vocabular e de parâmetros**, além de uma **progressão de ideias**, ou seja, uma conformação da linguagem com a substituição e/ou inclusão de informações, objetivando ampliar o raio de ação das propostas e/ou evitar o uso de linguagem que caracterize abordagens excludentes ou segmentadoras, além de adequação das orientações aos achados científicos⁹⁷.

Os Protocolos estabelecem ações que abrangem desde o momento do planejamento reprodutivo⁹⁸, passando pelo pré-natal e parto até a assistência aos bebês com microcefalia e seu desenvolvimento até os 3 anos de idade, e destacam a importância da estimulação precoce e do envolvimento da família nesta

⁹⁷ O MS define a primeira versão do Protocolo como resultado da necessidade de dar orientações aos profissionais de saúde no contexto de emergência do ZIKV e aumento dos casos de microcefalia à época, pois era necessário direcionar as ações com foco na saúde sexual e reprodutiva, na atenção às gestantes e puérperas e assistência aos recém-nascidos. Quanto à segunda e terceira versões, o MS esclarece que foram revisadas seguindo a evolução das pesquisas e com base nas evidências científicas e achados importantes que começaram a caracterizar a SCZ. Todas as versões do Protocolo alertam para a possibilidade de atualizações, conforme necessidade e evolução das descobertas sobre o ZIKV e a síndrome a ele associada (Informação obtida em 19 de novembro de 2018, através de solicitação no e-Sic).

⁹⁸ Os documentos orientam o reforço na oferta de contraceptivos e destacam o que é ofertado pelo SUS. Também recomendam que as equipes de saúde trabalhem o 'aconselhamento pré-concepcional, orientando as mulheres que desejam engravidar sobre os riscos do ZIKV e a ocorrência de microcefalia. Havendo a gravidez, os profissionais devem oferecer às mulheres e seus parceiros todas as informações sobre os cuidados necessários para evitar a infecção pelo ZIKV, principalmente no primeiro trimestre da gestação. A segunda versão do Protocolo orienta a inclusão de abordagens sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e o respeito à condição dos(as) adolescentes e jovens, garantindo a sua privacidade nas consultas. Além disso, ressalta a necessidade de ampliar o acesso de homens jovens e adultos aos serviços de saúde e ações de saúde reprodutiva. A terceira versão reforça a responsabilidade do homem no planejamento reprodutivo e inclui os(as) idosos(as) como público alvo dessas ações.

intervenção. Também orientam quanto à definição dos casos (suspeitos, confirmados e excluídos), bem como sua investigação e notificação⁹⁹. Os Protocolos também destacam que a infecção pelo ZIKV não caracteriza, por si só, uma gestação de alto risco, por isso, **orientam que não haja alteração na rotina de acompanhamento pré-natal já recomendada pelo MS.**

Nas três versões, a recomendação para realização de ultrassom obstétrica também permanece sendo a mesma, ou seja, deve ser realizada preferencialmente no primeiro trimestre de gravidez¹⁰⁰, época onde a estimativa para a idade gestacional pode ser feita com maior precisão. Os Protocolos alertam ainda, para que se evite a realização de ultrassom em demasia, pois tal conduta não muda a condição e nem o prognóstico dos casos¹⁰¹.

A suspeita ou a confirmação de microcefalia ou alterações do SNC do feto apresenta para a mulher gestante, sua família e/ou acompanhantes um caminho de muitas incertezas e medos. Diante disso, as três versões chamam a atenção para a necessária sensibilidade das equipes em acolher e orientar as mulheres e suas famílias. Para o manejo dos casos, os documentos ressaltam que as Equipes de Saúde da Família (ESF) podem solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental por meio do NASF, bem como de outros profissionais do município.

⁹⁹ O Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC), da SVS/MS, orienta as definições operacionais para notificação e investigação epidemiológica em quatro grupos: 1) Identificação de feto com alterações do sistema nervoso central (SNC), durante a gestação; 2) Identificação de abortamentos sugestivos de infecção congênita; 3) Identificação de natimorto sugestivo de infecção congênita e 4) Identificação de recém-nascido com microcefalia (BRASIL, 2016a, p. 19). Para saber mais acesse: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/Microcefalia-Protocolo-vigil-ncia-resposta-versao2.1.pdf>>

¹⁰⁰ Vale destacar que segundo dados do MS divulgados na apresentação **1 ano com Zika**, no tópico 'Gestantes terão mais acesso a exames no pré-natal', lê-se o seguinte: "Ministério da Saúde recomenda **uma segunda ultrassonografia no pré-natal**. Além do exame já realizado no 1º trimestre, agora será feita uma segunda no 7º mês" (MS, 2016, n.p., grifo do autor). Não encontramos nas três primeiras versões nenhuma informação referente à segunda ultrassom. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/18/Aumento-do-Cuidado-com-as-familias-gestantes-e-bebes-com-edicao.pdf>.

¹⁰¹ No contexto da epidemia de ZIKV, o Ministério da Saúde recomenda uma segunda ultrassonografia no pré-natal. Além do exame já realizado no 1º trimestre, agora será feita uma segunda no 7º mês. A Medida visa identificar possíveis malformações na etapa final de gestação e atende a orientações da OMS (BRASIL, 2011a). Solicitamos junto ao MS, via e-SIC, dados sobre o percentual de acesso a ultrassom preconizado *versus* o percentual ofertado e obtivemos a resposta de que o dado não pode ser quantificado, pois não há distinção no sistema de registro entre o número de mulheres que realizam ultrassom infectadas pelo ZIKV e as mulheres que não foram infectadas, ou seja, segundo o MS, não temos dados para avaliar se a recomendação da segunda ultrassom está se efetivando na realidade das mulheres grávidas infectadas pelo ZIKV.

Conforme os documentos, em suas três versões, a rotina de parto também não deve ser alterada em função da suspeita ou confirmação de infecção pelo ZIKV ou ocorrência de microcefalia. A mulher deve ter garantido o direito de escolher seu acompanhante¹⁰² e demais condições para o parto, inclusive, a opção pelo parto normal, pois a ocorrência de ZIKV ou de microcefalia não são motivos para a realização de cesariana. Também não deve haver alteração das rotinas de amamentação, humanização do parto e exames, resguardada a maior atenção quanto à ocorrência de malformação congênita, alterações visuais, auditivas e oftalmológicas.

A atenção ao parto e nascimento não deve ser modificada exclusivamente em razão da suspeita ou confirmação de infecção pelo Zika ou de microcefalia (BRASIL, 2016a, p. 20, grifo nosso).

Após o nascimento, a anamnese deve ser detalhada, buscando informações específicas: resgate da história familiar da criança e da gestação; antecedentes maternos; uso ou exposição a substâncias durante a gestação e a existência de transtornos genéticos ou microcefalia na família. Estas recomendações aparecem da mesma forma nas três versões do documento e são situadas como muito importantes para a elaboração de um diagnóstico mais preciso sobre a saúde do bebê, **com destaque para a medição do Perímetro Cefálico (PC).**

Neste sentido, os documentos apresentam mudanças/atualizações fundamentais, como a definição do parâmetro para medição do PC passando pelas diretrizes da OMS, da CDC e das curvas¹⁰³ de Fenton e por último, incluindo a Intergrowth¹⁰⁴. Além dos exames laboratoriais específicos, as definições para medição de PC foram

¹⁰² Este direito já era garantido por meio da Lei Federal nº 11.108/2005, também conhecida como a Lei do Acompanhante. Esta Lei determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. O acompanhante será indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe, um(a) amigo(a), ou outra pessoa de sua escolha (BRASIL, 2005).

¹⁰³ Para saber mais sobre as curvas de crescimento ver: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Neonatologia-Monitoramento-do-cresc-do-RN-pt-270117.pdf. Acesso em: 19 jan. 2018.

¹⁰⁴ A partir de 2016, o Brasil adotou a norma da OMS para tamanho de PC para detecção de microcefalia. A alteração visa a padronização da referência em todos os países, valendo para bebês nascidos com 37 semanas ou mais de gestação. Para meninos a medida é igual ou inferior a 31,9 centímetros e, para meninas, igual ou inferior a 31,5 centímetros. Para os bebês prematuros a mudança ocorreu na curva de referência. Antes era usada a curva de Fenton, agora deve ser utilizada a curva de Intergrowth, que considera a idade gestacional do bebê. (BRASIL, 2016j).

as orientações que sofreram alterações mais significativas de uma versão para outra do Protocolo¹⁰⁵.

Como manifestação mais recorrente da SCZ, a microcefalia é situada nos documentos como um dos principais sinais clínicos a serem observados no exame físico do RN. **Nota-se que estabelecer uma diretriz segura para a medição do PC foi um ponto crucial considerado para o diagnóstico¹⁰⁶**. Nas três versões iniciais ainda não se fala em Síndrome Congênita do Zika (SCZ), não havendo a distinção da microcefalia como um dos sinais da síndrome. Os documentos também apresentam uma classificação da microcefalia, que pode ser **congenita/primária** e a microcefalia **pós-natal/secundária**. Nesta última, o PC do bebê é normal ao nascer.

A recomendação para os exames laboratoriais **específicos** realizados após o nascimento da criança também sofreu alteração. A primeira versão recomenda colher: sangue do cordão umbilical; fragmentos de placenta; líquido cefalorraquidiano do RN e sangue da mãe. Na segunda versão, acrescenta-se a coleta da urina da mãe. A terceira versão orienta a consulta do Protocolo de Vigilância e Resposta à ocorrência de Microcefalia, que mantém as orientações da segunda versão.

Na terceira versão foram incluídas orientações para a **alta do recém-nascido¹⁰⁷** e articulação com a política de **Assistência Social¹⁰⁸**, além do reforço de orientações

¹⁰⁵ Observamos alterações importantes entre as versões do Protocolo, denotando na versão 1 o esforço em estabelecer um ponto de corte mais adequado e próximo à um padrão internacional de microcefalia. Este documento orienta a adoção de um ponto de corte em 32 cm, tanto pela curva da OMS, quanto da CDC para RN com 37 a 40 semanas e Curva de Fenton (-2 desvios padrão) para os RN com menos de 37 semanas, os chamados prematuros. A partir do segundo documento, podemos verificar maior assertividade no estabelecimento da conduta a ser adotada, definindo a curva da OMS como balizador definitivo para a medição do PC dos RN nascidos a termo, ou seja, na idade gestacional de 37 a 40 semanas. Para os RN prematuros permanece a Curva de Fenton. A terceira versão avança ao manter a curva da OMS para os RN a termo (37 a 40 semanas), mas alterar a medição para os casos dos bebês pré-termo (menos de 37 semanas) dos parâmetros da curva de *Fenton* para a curva de *Intergrowth*. As alterações buscam maior precisão diagnóstica para o cuidado em saúde dos bebês.

¹⁰⁶ Apresentamos um resumo dessas modificações ao analisarmos as orientações integradas, que conformam o conjunto final de orientações válidas atualmente.

¹⁰⁷ As três versões do Protocolo destacam que a alta do RN não deve ser adiada para a realização de exames (exceto os que, obrigatoriamente, devem ser feitos ainda na maternidade), pois estes podem ser agendados para realização ambulatorial. As versões 2 e 3 acrescentam que além da alta, o encaminhamento para estimulação precoce também não deve ser adiado em função dos exames.

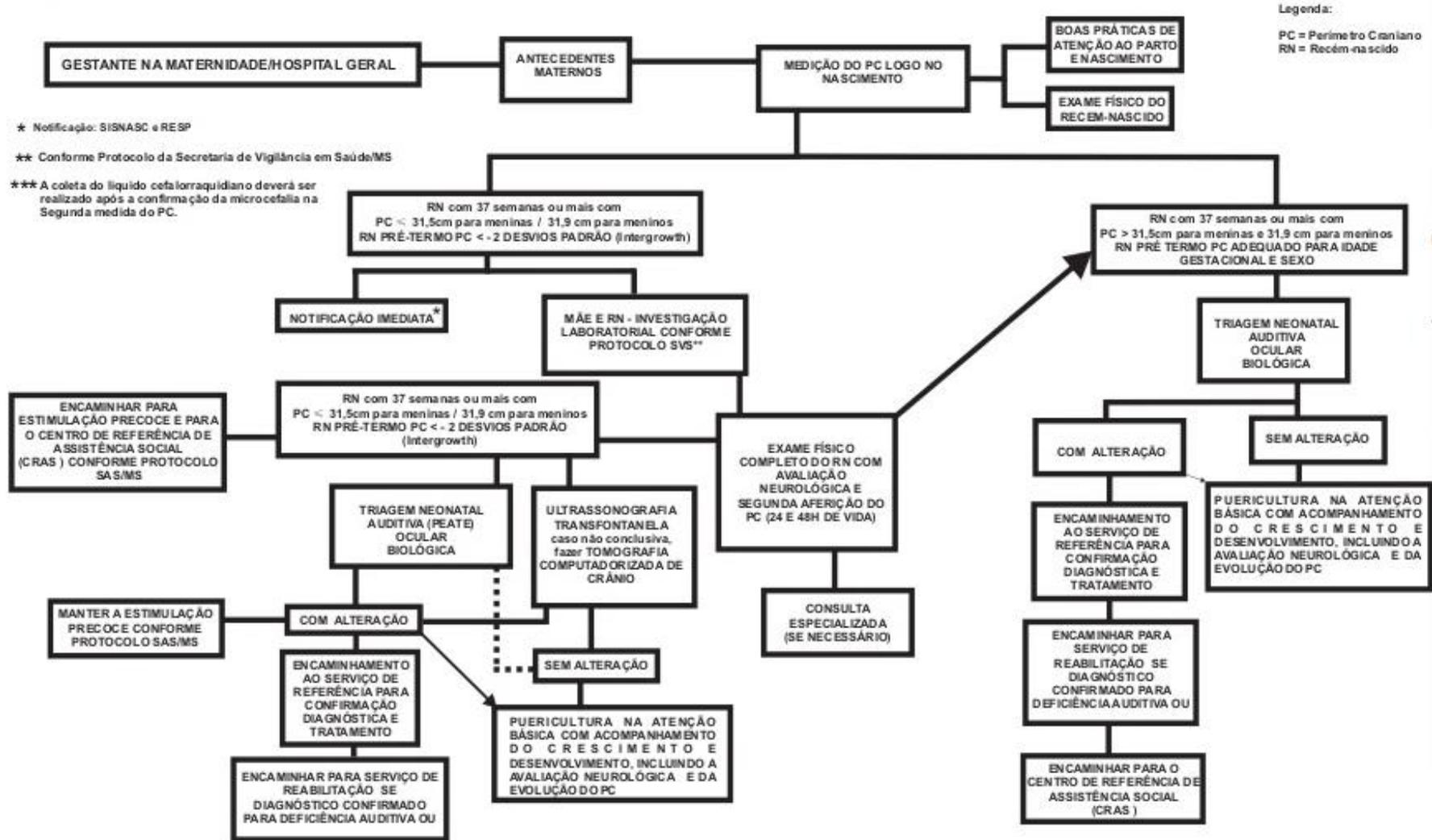
¹⁰⁸ A articulação com a assistência social aparece como atualização importante na terceira versão do Protocolo, tendo em vista a situação socioeconômica de grande parte das famílias atingidas pelo ZIKV, e que pode ser um fator determinante para o acesso e a adesão ao pré-natal e demais

referentes ao puerpério: observação da situação de vulnerabilidade das famílias e encaminhamento ao CRAS; verificação da Caderneta da criança, observando cumprimento de rotinas de vacinação e marcação de consultas; participação do pai/parceiro nos cuidados com a criança e acompanhamento simultâneo entre Atenção Básica (AB) e atendimento especializado. **O atendimento na AB é situado várias vezes nos documentos como basilar e insubstituível, e deve acontecer concomitantemente ao tratamento referenciado com especialistas.** O fluxograma abaixo (Figura 9) demonstra o caminho da assistência ao RN indicando as ações e serviços que o compõem. Este fluxograma foi excluído da quarta versão¹⁰⁹.

cuidados. A terceira versão do Protocolo é repetitiva quanto a esta orientação e reafirma em diversas partes do documento a importância do acesso a esta política como meio para garantir o acompanhamento pré-natal e a adesão ao cuidado integral em saúde.

¹⁰⁹ Os anexos das publicações também se modificam de uma versão para a outra conforme as mudanças estabelecidas. A nosso ver, além da disponibilização de documentos, essas alterações demonstram a progressão de ideias que sinalizamos haver entre as versões, bem como o grau de importância/destaque que deve ser atribuído a determinadas orientações. À medida que algumas orientações vão se solidificando, não há a necessidade de explicitá-las em anexos, como, por exemplo, o fluxo de atendimento à gestante, que também foi excluído na terceira versão.

Figura 9: fluxo de atendimento ao RN proposto pelo MS.



Fonte: Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia (Versão 3.0) – SAS/MS 2016.

Para a estruturação e manutenção da rede e das ações recomendadas, as três versões do Protocolo destacam a **centralidade da gestão**. A tarefa dos gestores não foi modificada ou reduzida em nenhuma das versões do Protocolo e aparece nos documentos de forma separada e destacada em quadros, salientando a importância da contratação de serviços, divulgação de fluxos de atendimento, oferta de Atendimento Domiciliar, articulação intersetorial e pactuação entre estados e municípios para a oferta de cuidados e garantia de direitos:

Cumpra às secretarias municipais e estaduais de saúde, nas diversas unidades federativas, identificar e, se ainda insuficientes ou indisponíveis, contratar os serviços necessários e organizar uma rede de atenção às crianças nascidas com microcefalia, com especificação e divulgação das ações e serviços prestados nos respectivos estabelecimentos de saúde e especificação de fluxos que aproximem essas ações e serviços o mais próximo possível da residência familiar [...] Também articular as ações e serviços do SUS com os do SUAS, de modo a harmonizar e integrar, potencializando, assim, as respectivas ações e serviços (BRASIL, 2016a, p. 31).

Visando completar a assistência orientada pelos Protocolos, as três versões apontam a **Estimulação Precoce**¹¹⁰ como intervenção fundamental para o crescimento e desenvolvimento das crianças com diagnóstico de microcefalia ou alterações do SNC. As orientações não foram modificadas ao longo das atualizações do documento e situam o desenvolvimento da criança como um “[...] processo multidimensional que se inicia com o nascimento e que engloba o crescimento físico e a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança” (BRASIL, 2016a, p. 29).

De maneira geral, os documentos recomendam uma maior atenção aos bebês com microcefalia, porém, mantendo ações que já são de rotina e incluindo testes específicos nas triagens que já são realizadas (Triagem Auditiva Neonatal - TAN): Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico - PEATE¹¹¹; Triagem Ocular

¹¹⁰ Apenas a segunda versão do Protocolo de Atenção à Saúde indica a página do MS para *download* do documento **Diretrizes de Estimulação Precoce – crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**, que pode ser acessada em: <<http://combateaedes.saude.gov.br/>> ou em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-Estimulacao-Precoce.pdf>>

¹¹¹ O teste da orelhinha (teste de emissões otoacústicas) já era preconizado para todo RN em nosso país antes do ZIKV. Este teste ser feito ainda na Maternidade, se possível, de preferência entre o terceiro e quinto dia de vida. Nas crianças com suspeita de infecção congênita, a avaliação auditiva deve adotar outro exame, o PEATE (potencial evocado auditivo de tronco encefálico) também chamado de BERA (do inglês Brainstem Evoked Response Audiometry). A importância do PEATE se

Neonatal - TON: Exame de Fundo de olho - Fundoscopia e Teste do Reflexo Vermelho – TRV. Além disso, orientam os devidos encaminhamentos que devem ser feitos aos serviços de referência caso haja alterações na saúde das crianças¹¹².

Quatro recomendações são recorrentes nas três versões do Protocolo:

1) Maior atenção quanto a **medição e registro do PC** dos bebês e demais sinais observados ao nascimento;

2) Realização de anamnese e exames físico, laboratoriais e triagens atentando para aspectos relacionados à **investigação de malformação congênita**;

3) **Centralidade da atenção básica** como acompanhamento insubstituível e concomitante ao atendimento junto a especialistas;

4) **Papel central da gestão** para a organização da RAS.

No que tange às três primeiras versões do Protocolo, os achados **não configuram novidades** na assistência recomendada. Há maior cobrança no que se refere à atuação dos profissionais, além de mais demandas colocadas a uma **rede já existente**, salvo a recomendação de ampliação no número de Centros de Referência, as alterações nos parâmetros do PC e a inclusão de exames para diagnóstico do ZIKV. Ao fim e ao cabo, **a assistência à saúde definida pelos protocolos em tempos de ZIKV não sofreu grandes modificações em termos de estrutura da rede assistencial**.

Dando continuidade ao processo de atualização das recomendações, o MS elaborou a quarta versão do Protocolo integrando orientações da SVS e da SAS. Aqui vamos explorar as mudanças em relação à terceira versão da SAS. Também analisamos as Diretrizes para estimulação precoce e que também estão em vigor até a presente data. As orientações contidas nestes documentos objetivam a intervenção no nascimento, desenvolvimento e início da vida dos bebês, tendo implicações no modo como essas crianças seguirão no mundo e como irão interagir com ele, no que diz respeito às suas habilidades físicas, sociais, emocionais e psíquicas.

dá em razão de existir perdas auditivas retrococleares que não são identificadas por meio do teste de emissões otoacústicas (teste da orelhinha) (IPADS, 2016).

¹¹² O Protocolo, em suas três versões, informa que o SUS, além dos serviços e profissionais já citados, também oferta exames diagnósticos e hospitalares, órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, caso seja confirmado o comprometimento das funções da criança.

4.1.2 – Orientações integradas: afinal, como nascer em tempos de ZIKV?

A versão final do Protocolo de Atenção à Saúde, denominada **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional – Procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS** (BRASIL, 2017a), foi elaborada pelo MS-SAS/SVS em 2017.

O título dado ao documento menciona a capacidade já instalada do sistema de saúde, o que sinaliza não haver ampliação da rede existente, corroborando o que constatamos nas versões anteriores do Protocolo. As orientações integradas **enxugam** as informações da terceira versão, ou seja, trata-se de um documento **mais maduro e conciso**.

É interessante notar que, quanto às Orientações integradas, tanto no nome do documento, quanto nos objetivos específicos, as orientações se situam no âmbito da **Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)**. Entretanto, mesmo após a suspensão do decreto de emergência, as orientações seguem as mesmas, ou seja, pode-se inferir que as orientações emergenciais acabaram sendo incorporadas à rotina dos serviços.

Como nas versões anteriores, o documento destaca que as orientações são passíveis de mudanças, à medida que novas descobertas sobre o ZIKV forem evidenciadas, neste sentido, o apoio e o empenho dos profissionais de saúde é situado como elemento de grande importância. O documento também destaca as **parcerias estabelecidas** entre o MS, instituições científicas e especialistas, ressaltando que as atualizações e recomendações são fruto de consenso entre “[...] representantes de Sociedades Científicas Médicas, outras instituições e especialistas convidados” (BRASIL, 2017a, p. 6).

Essa versão apresenta algumas orientações que consideramos fundamentais na perspectiva da **assistência integral** às crianças com SCZ, a saber: Alimentação complementar; Saúde bucal e Atenção Domiciliar (AD).

Como na versão anterior, o documento reafirma o protagonismo da Atenção Básica (AB) nas várias etapas do cuidado: pré-natal; visita puerperal; imunização;

monitoramento do desenvolvimento e crescimento; favorecimento do vínculo com o serviço e identificação de vulnerabilidades e encaminhamentos para outros serviços de saúde e intersetoriais. A novidade desta versão está na ênfase dada à articulação entre o NASF e as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família (AB/SF).

*As Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) **devem atuar de maneira integrada e complementar às eAB/SF** com o objetivo de ampliar o escopo das ações contribuindo dessa forma para a integralidade e a resolutividade do cuidado, a partir das necessidades identificadas. Nesse sentido, o Nasf e as eAB/SF **assumem responsabilidade compartilhada no cuidado às crianças desde o pré-natal até a reabilitação** (BRASIL, 2017a, p. 67, grifo nosso).*

Outro destaque importante nesta versão (portanto, não aparece nas anteriores) trata da articulação entre as políticas diretamente envolvidas e necessárias para garantir a integralidade do cuidado. A operacionalização destas políticas se dá através da articulação em rede, sendo o **trabalho sincronizado** um fator essencial para o sucesso das ações em saúde. O documento é claro ao dizer que **a intersetorialidade garante a integralidade**.

*[...] políticas diretamente envolvidas: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc), Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), que devem se articular para organizar a resposta dos diversos serviços, garantindo adequado acolhimento, diagnóstico e tratamento. Todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) têm papel estratégico no cuidado à infância, **pois é justamente na capacidade de articulação entre eles que se dá a garantia do acesso e da integralidade do cuidado à saúde** (BRASIL, 2017a, p. 66, grifo nosso).*

Seguindo esse norte, a articulação entre SUS e SUAS, assim como nas versões anteriores, também é recomendada na quarta versão. Contudo, apenas esta última aponta que a ação conjunta entre as políticas sociais referenciadas são estabelecidas em normativas legais.

*A articulação entre o SUS e o Suas tem sido promovida e facilitada por **atos administrativos, como portarias interministeriais e instruções operacionais conjuntas**, nos quais o Ministério da Saúde e o Ministério de Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA) detalham procedimentos que harmonizam, integram e potencializam as respectivas ações e serviços (BRASIL, 2017a, p. 68).*

A Portaria nº 405/2016¹¹³ e a IOC nº 2/2016¹¹⁴ orientam as ações que cabem ao SUS, bem como o fluxo de encaminhamentos para o atendimento das necessidades de saúde. Também determinam o repasse financeiro (em duas parcelas) aos estados da federação para que as ações recomendadas sejam colocadas em prática. No caso do ES, o total repassado foi de R\$ 178.200,00, segundo a referida Portaria (BRASIL, 2016g). Os documentos também orientam a ação integrada entre SUS e SUAS para facilitar o acesso das famílias com crianças acometidas pela SCZ à benefícios assistenciais.

O principal benefício às crianças diagnosticadas com SCZ é o Benefício de Prestação Continuada (BPC)¹¹⁵. Seguindo os eixos do Plano Nacional (BRASIL, 2015) – especificamente os que tratam do combate ao vetor (eixo I) e atendimento às pessoas (eixo II), o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA) deve atuar articulado ao MS desenvolvendo ações de prevenção e atenção aos casos suspeitos e bebês nascidos com a SCZ, partindo de fluxos criados para o atendimento integrado entre as redes de saúde e de assistência social. Além disso, o MDSA também deve se articular ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a fim de orientar as equipes de assistência e previdência na criação de fluxos de encaminhamento e orientação para o acesso das famílias ao BPC (BRASIL, g). O Ministério das Cidades também publicou a Portaria nº 163¹¹⁶, que dispensa o sorteio para candidatos ao programa Minha Casa Minha Vida que possuam membro da família com microcefalia.

¹¹³Estabelece Estratégia de Ação Rápida (EAR) para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia integrando SUS e SUAS. A EAR terminou em 31 out. 2016.

¹¹⁴Instrução Operacional Conjunta para orientar, de modo complementar, a operacionalização da Portaria nº 405 pelos gestores do SUS e do SUAS, a fim de que implementem a Estratégia de Ação Rápida. Disponível em: <https://www.poderesaude.com.br/novosite/images/11.04.16_IV.pdf>

¹¹⁵ Em 2017, o senador Lindbergh Farias (PT/RJ), por meio do Projeto de Lei do Senado nº 452, de 2017, propôs a criação de uma pensão vitalícia para as pessoas diagnosticadas com microcefalia por ZIKV e que sejam membros de famílias com renda inferior a quatro salários mínimos. Em 2018, o Projeto foi arquivado. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/12/27/projeto-concede-pensao-vitalicia-a-vitimas-de-microcefalia-causada-pelo-virus-zika>>. Informações sobre o arquivamento em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/131664>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

¹¹⁶ Famílias com casos de microcefalia terão prioridade no Minha Casa, Minha Vida. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/sas/24571-familias-com-casos-de-microcefalia-terao-prioridade-no-minha-casa-minha-vida>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

O tópico **Assistência Social** da terceira versão passou a constar como **Atenção Psicossocial**, e reúne as orientações para cuidado do sofrimento mental das mulheres e familiares, bem como o acesso à política de assistência social. A equipe da AB é definida como privilegiada para a identificação precoce de sofrimento mental de pessoas e famílias. Novamente, o papel da gestão e do NASF foram destacados:

*A gestão local, com o apoio das outras esferas de gestão do SUS, deve promover a **qualificação das ações de apoio psicossocial na Atenção Básica** por meio desse guia¹¹⁷, que será disponibilizado para todos os profissionais e serviços do SUS, além de identificar e divulgar os pontos de atenção para atendimento especializado disponibilizando a relação de referências de cada equipe para casos mais graves de sofrimento emocional/mental, assim como para ações de reabilitação e assistência social. **A definição desses fluxos é essencial para a organização da oferta de serviços, além de poupar os usuários de longas peregrinações para conseguir o atendimento necessário de forma adequada e oportuna, de acordo com os recursos disponíveis no município** (BRASIL, 2017a, p. 90, grifo nosso).*

Acerca da Atenção Psicossocial, abrimos um parêntese para uma reflexão oportuna. Os documentos que analisamos orientam o acompanhamento em saúde mental considerando possíveis problemas (depressão, ansiedade, entre outros) que podem surgir nas mulheres gestantes causados pela descoberta da SCZ nos bebês, ou seja, transtornos posteriores ao ZIKV e suas consequências. Não identificamos nos documentos a assistência às mulheres com transtornos mentais graves persistentes e já existentes antes do ZIKV (esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento, entre outros) (OPAS, 2018) e que também poderiam vir a ser mães de bebês com SCZ.

Revela-se aí uma dimensão da questão – o sofrimento psíquico anterior está dissociado das questões de saúde reprodutiva. Ou seja, há aqui invisibilidade de um elemento intrínseco à existência humana, no trato com esse público de usuários da

¹¹⁷ Esta versão indica o acesso a alguns documentos: **O cuidado às Crianças em Desenvolvimento: orientações para as famílias e cuidadores; Guia sobre a Estimulação Precoce na Atenção Básica; Apoio Psicossocial a mulheres gestantes, famílias e cuidadores de crianças com síndrome congênita por vírus Zika e outras deficiências: Guia de práticas para profissionais e equipes de saúde. O cuidado às crianças em desenvolvimento: orientações para as famílias e cuidadores.** Estes documentos não compuseram nossa análise por não tratarem da conformação de uma rede de cuidados às crianças com SCZ, mas de ações a serem desenvolvidas por familiares, cuidadores e profissionais. Os documentos detalham ações que os documentos principais (e que analisamos) já apontam.

política de saúde. Essa é uma temática abordada por diversos autores (MIRANDA, 1996; BRITO, OLIVEIRA, 2009; ZILIOTO, MARCOLAN, 2014; BARBOSA et al., 2015; MAIDANA JUNIOR et al., 2018) há pelo menos 2 décadas. Não é sem razão que destacamos esse aspecto. Esse ganha centralidade em nossos achados: uma das crianças diagnosticadas com SCZ em Vitória perdeu-se do acompanhamento sistemático pela rede devido a dificuldades de sua mãe e cuidadora principal, que é portadora de transtorno mental grave (aspecto que retomaremos à frente).

O Protocolo, por outro lado, traz recomendações éticas no âmbito da assistência em saúde e incluiu anexos importantes como os modelos de Relatório de Alta, Termo de recusa para família, Tabelas *Intergrowt* e OMS para meninos e meninas, Tabelas *Intergrowt* pós-natal para meninos e meninas, além de quadros síntese com as principais orientações para a assistência.

No que tange às etapas do cuidado, o documento apresenta poucas alterações na atenção ao pré-natal, parto e nascimento. Permanecem as mesmas recomendações da terceira versão acrescidas de uma orientação específica para a organização da assistência pré-natal, que deve considerar as reais necessidades da população de gestantes. Segundo o documento, devem ser utilizados conhecimentos e evidências científicas disponíveis e adequadas para cada caso, a partir do reconhecimento do impacto dessas ações na saúde materna e perinatal (BRASIL, 2017a).

As variáveis **atribuições dos gestores** e **população/usuários** foram agrupadas num mesmo tópico e acrescidas da necessidade de orientar as gestantes “[...] sobre a natureza e a qualidade daquilo que se ingere (água, alimentos e medicamentos) ou tem contato, e o potencial desses produtos afetarem o desenvolvimento do bebê” (BRASIL, 2017a, p. 72). As versões anteriores alertavam apenas sobre os medicamentos ou **demais substâncias** com as quais as mulheres pudessem ter tido contato durante a gestação. Também foi incluída uma orientação voltada às adolescentes gestantes, destacando seus direitos no campo da educação que “[...] atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares garantido pela Constituição Federal, pela Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975¹¹⁸” (BRASIL, 2017a, p. 74).

¹¹⁸ A referida Lei pode ser acessada em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6202-17-abril-1975-357541-publicacaooriginal-1-pl.html>>

No que se refere aos exames do RN, as triagens neonatais também permanecem as mesmas: biológica, auditiva, ocular e de cardiopatias. Nesta versão, foram incluídas ao final das orientações sobre cada triagem, **seções saiba mais**, que indicam o acesso a Portarias e manuais relativos às recomendações apresentadas.

Assim como nas primeiras versões, a importância da medição do PC também é destacada e, além disso, orienta o acesso a vídeos instrucionais sobre como realizar a correta aferição do PC. Na quarta a recomendação é:

Em 30 de agosto de 2016, a OMS recomendou aos países que adotassem como referência para as primeiras 24-48h de vida os parâmetros de Intergrowt para ambos os sexos. Nessa nova tabela de referência, para uma criança que nasceu com 37 semanas de gestação, a medida de referência será 30,24 cm para meninas e 30,54 cm para meninos. No entanto, é preciso que seja consultada a tabela para cada idade e sexo, sendo que a medida deve ser aferida com a maior precisão possível, de preferência com duas casas decimais (ex: 30,54 cm) (BRASIL, 2017a, p. 11).

Apesar do grande volume de informações sobre a medição do PC, dois de nossos entrevistados fazem críticas à centralidade que foi dada à medida do PC:

“O que eu observei muito e observo até hoje é como eles aferem a circunferência. Eu vejo muito erro, erros gritantes, que eu olho... Aí olho de novo. Dá erros muito gritantes, não sei se foi por conta dessa onda do Zika, aí eles estão tentando diminuir o PC...” (USF/BP 1).

“Ah, assim, esse negócio da medida da cabeça, isso aí eu sempre achei extremamente furado... Uma coisa que a gente descobriu né, uma coisa que a gente já sabe, mas... Ninguém sabe medir cabeça de criança direito. Mede tudo errado! Pra mim, na minha cabeça eu sempre tive isso muito claro, não é todo mundo que tem Zika congênita que vai nascer com microcefalia, então isso não pode ser um ponto determinante. [...] na época eu tive várias crianças encaminhadas errado, e que na verdade não tinham microcefalia. [...] só depois que isso foi se ajeitando” (HEINSG 1).

Os entrevistados destacam assim, que a medida deve ser uma entre outras evidências a se investigar. A quarta versão do Protocolo inclui um alerta para que os profissionais fiquem atentos à ocorrência de outros sinais da SCZ além da microcefalia, tais como: desproporção craniofacial; deformidades articulares e de membros; alterações do tônus muscular; alteração de postura, entre outros. Nesta versão do documento estas e outras alterações foram descritas de modo detalhado, bem como o modo de examinar a crianças nesses casos, comparando a resposta esperada de uma criança sadia e de uma criança com alguma alteração.

A rotina para os exames de imagem também não foi alterada, contudo, ao contrário das versões anteriores, a quarta versão destaca a recomendação para a realização de segunda ultrassonografia e ressalta os critérios para esta conduta:

A recomendação para a segunda ultrassonografia obstétrica será feita a partir da avaliação do médico, considerando o contexto epidemiológico de exposição das gestantes a agentes infecciosos que causam anomalias congênitas, como o vírus Zika e STORCH, atendendo prioritariamente aos seguintes critérios: teste laboratorial reagente ou positivo para STORCH+Zika; contato com fluidos corporais de pessoas infectadas pelo vírus Zika; receptoras de sangue ou hemoderivados durante a gestação; e caso algum USG¹¹⁹ do feto estiver com alteração no seu padrão, apresentando especialmente calcificações cerebrais (BRASIL, 2017a, p. 37).

Os exames laboratoriais **inespecíficos** também permanecem os mesmos em relação à terceira versão. No entanto, nesta versão os exames **específicos** ganharam uma explicação mais detalhada ressaltando a importância de associá-los a uma avaliação clínico-epidemiológica criteriosa. Além disso, foi incluída a coleta de amostras de urina da mãe e do RN. O documento também alerta para a coinfeção pelo ZIKV e por outros vírus como dengue e chikungunya (mesmo sendo uma ocorrência rara), além da semelhança entre os sinais clínicos do ZIKV e da dengue, por exemplo, que é apontada como um complicador para o diagnóstico.

O cumprimento das recomendações pelos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) é situado como meio de acelerar o diagnóstico e influenciar diretamente a assistência especializada às gestantes e aos bebês diagnosticados com infecção pelo ZIKV. Também é reforçada a importância do diagnóstico diferencial, considerada **a capacidade operacional local**. Esta versão aponta a inclusão do teste rápido, objetivando otimizar o diagnóstico laboratorial. Em Vitória esse exame não foi disponibilizado:

“[...] uma coisa que eu gostaria que tivesse, que a gente poderia ter é o teste rápido pra Zika. Se tivesse teste rápido seria uma maravilha. [...] aí daria um certo conforto, uma tranquilidade [...]” (USF/JP-1).

E, nesse aspecto vão se desnudando as diferenças entre as ações recomendadas e as realizadas pelo Sistema de Saúde. O verbo no passado utilizado pelo entrevistado – poderia – evidencia essa discrepância.

¹¹⁹ Sigla para Ultrassom.

No que se refere à **Alta do recém-nascido**, a quarta versão do Protocolo mantém as orientações da terceira e inclui outras de modo mais detalhado. O documento destaca a importância de observar a interação mãe/filho e se os pais e/ou cuidadores demonstram habilidade e conhecimento para realizar os cuidados diários da criança, além de estarem bem esclarecidos quanto à observância de sinais e sintomas de risco como apneia, dispneia, cianose, palidez, icterícia, convulsão, irritabilidade, hipoatividade, recusa de alimentação, entre outras. Além disso, o documento aponta alguns sinais de que a criança está apta para receber alta:

- ✓ *Demonstrar estabilidade clínica e curva ascendente de peso;*
- ✓ *Apresentar capacidade para alimentar-se por via oral ou enteral para garantir o crescimento adequado;*
- ✓ *Apresentar capacidade de manter temperatura corporal normal;*
- ✓ *Apresentar função cardiorrespiratória estável e fisiologicamente madura. (BRASIL, 2017a, p. 81).*

Esta versão do documento recomenda ainda, a elaboração de um **Plano Terapêutico Singular (PTS)**¹²⁰ para a criança, que deve considerar as necessidades adicionais da mesma e de sua família para além do acompanhamento na Atenção Básica (AB).

Quanto ao aleitamento materno, as orientações permanecem as do MS, acrescidas de algumas informações referentes às mães adolescentes, que devem ser acompanhadas devido a quaisquer dificuldades que venham a ter, pois, seus corpos ainda estão em desenvolvimento. É recomendado escuta das mães/famílias e o uso das **Habilidades de Aconselhamento em Amamentação**¹²¹. A avaliação da mamada deve ser feita em todas as consultas, devido às dificuldades que a criança com diversos tipos de infecção congênita e com alterações do SNC podem apresentar: dificuldades de coordenação motora-oral, de sucção e deglutição. Bebês que apresentem dificuldade de deglutição devem ser avaliados e deve-se considerar

¹²⁰[...] os projetos terapêuticos são elaborados com base nas necessidades de saúde de cada usuário, levando em consideração seu modo de compreender a vida, suas subjetividades e singularidades, configurando-se numa interação democrática e horizontal entre os atores envolvidos no processo de cuidar (trabalhadores/usuário/família) [...] Outros avanços a serem destacados no processo dizem respeito à flexibilização e à participação, ou seja, configura-se numa (re)construção coletiva, a qual pode ser modificada conforme as necessidades (PINTO et. al. 2001, p. 501).

¹²¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança, aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília, 2015 (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

a alimentação complementar ou alimentação por vias alternativas. Nesta versão foi incluído um item específico sobre a alimentação complementar. Esta abordagem não aparece em nenhuma das versões anteriores.

As equipes de Atenção Básica precisarão definir o uso da via de alimentação mais adequada para a manutenção da boa nutrição infantil (oral total, parcial ou via alternativa para alimentação). No caso de necessidade de utilização de vias alternativas (sondas nasogástricas ou nasoentéricas de curta permanência, ou as gastrostomias, que são sondas de longa permanência) a Rede de Atenção à Saúde deve ser acionada, não diminuindo a responsabilidade da equipe da Atenção Básica no acompanhamento da criança.

*A nutrição enteral pode ser necessária em crianças desnutridas que não apresentam melhora nos seus índices antropométricos com a ingestão de quantidades e composições adequadas por via oral. **O uso de tubos orogástricos ou nasogástricos pode ser difícil para a família, sendo fundamental o apoio às famílias pelas equipes de saúde** (BRASIL, 2017a, p. 86, grifo nosso).*

Nessa versão a saúde bucal das crianças também é considerada componente da atenção integral à saúde. Recomenda-se que ainda no primeiro mês de vida a criança seja atendida por profissional de odontologia da Atenção Básica, e este profissional também deve orientar sobre o aleitamento materno, hábitos deletérios (chupetas, mamadeiras e sucção do dedo), desenvolvimento e nascimento de dentes e higiene bucal da criança. Entre as crianças com SCZ acompanhadas em Vitória-ES, **apenas duas** passaram por atendimento odontológico.

*“Aqui, **normalmente é médico e enfermeiro**, eu atendo a K.¹²² [refere-se à criança com SCZ atendida na USF]. Mas tem outros profissionais que poderiam atender, caso ela necessitasse. **Dentista ela também já passou**” (USF/JP 2).*

*“**Dentista também ela foi** [refere-se à criança com SCZ atendida na USF]. Aí às vezes ela [refere-se à mãe da criança] procura lá onde ela trabalha porque fica mais fácil o acesso né. Porque a criança até os 2 anos de idade tem que seguir o protocolo e fazer o cronograma certinho né” (USF/BP 1).*

Outro tópico incluído nesta versão trata da **Atenção Domiciliar (AD) – Cuidado às crianças com síndrome congênita de Zika no domicílio**. O serviço de AD é recomendado nos casos em que há necessidade de mais cuidados ou cuidado multiprofissional frequente: uso de equipamento(s) ou procedimentos mais complexos como, por exemplo, ventilação mecânica, nutrição parenteral e transfusão sanguínea. Os casos menos complexos podem ser atendidos em AD, a depender de pactos e fluxos definidos localmente.

¹²² Inicial fictícia.

A respeito da **Estimulação precoce do desenvolvimento neuropsicomotor** foram mantidas as orientações da versão anterior, mas nesta versão as manifestações clínicas, antropométricas e de neuroimagem que podem ocorrer nas crianças, mesmo sem a microcefalia, aparecem mais detalhadas. As orientações destacam que existem manifestações que se diferenciam no feto, no RN e na criança a partir do 1º mês de vida.

Essa versão incluiu ainda, orientações relativas a ações complementares e aspectos éticos. Como ações complementares, o documento apresenta as ações para Educação em Saúde, realizadas através de comunidade de práticas, Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (Teleconsultoria – em tempo real e por mensagens *off-line* e Tele-educação). As ações são organizadas em módulos e na modalidade de educação à distância.

Quanto às questões éticas, estas devem ser observadas nos seguintes âmbitos: Vigilância; Assistência; Pesquisa/regulamentação das pesquisas; Assistência e Comunicação e Direitos Humanos.

Os anexos do Protocolo também nos dão pistas sobre o que o documento considera como assunto a ser destacado. Para além de fornecer modelos ou parâmetros, trata-se de munir os profissionais de documentos e/ou informações para lidar com situações que podem surgir no dia a dia dos serviços. Comparada às versões anteriores, nessa versão é possível perceber a inclusão de anexos que garantem o direito da família à recusa de atendimentos, bem como a necessidade do profissional se resguardar reportando os fatores que o impossibilitaram de cumprir suas funções e/ou concluir diagnósticos (Termo de Recusa da Família).

Os fluxos de atendimento à gestante e ao RN já não aparecem, denotando que esta não é mais uma preocupação central do MS, dada a solidificação de algumas rotinas estabelecidas desde a publicação da primeira versão. Da mesma forma, os critérios para classificar casos e óbitos, bem como notifica-los também aparecem com maior objetividade nesta versão. Em Vitória registramos a incorporação das orientações à rotina dos serviços:

“Continua sim, a gente agora tem o protocolo e continua a mesma coisa, se aparecer vai continuar o mesmo protocolo. [...] Foi importante porque implementou o protocolo, e quando implementa um protocolo é isso aí que a gente segue” (USF/JP 1).

Para uma visão geral das orientações, destacamos abaixo (Quadro 2) as orientações contidas na quarta versão, por serviço e/ou etapa do cuidado, válidos até o momento. Este documento conforma, segundo o MS/SAS/SVS, o conjunto de ações e serviços necessários para nascer em tempos de ZIKV.

Quadro 2: Síntese das orientações (por serviço e/ou etapa do cuidado) apresentadas na quarta versão do Protocolo/Orientações integradas.

SERVIÇO E/OU ETAPA DO CUIDADO	ORIENTAÇÕES
Atenção Básica (AB)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Protagonismo da AB nas várias etapas do cuidado simultaneamente ao atendimento em outros serviços. ✓ Enfatiza a articulação entre NASF e Equipe da Atenção Básica/Saúde da Família. ✓ Responsabilidade com a vigilância e cuidado, no pré-natal, visita puerperal, imunização, puericultura, entre outros. ✓ Busca ativa de mulheres gestantes, crianças e famílias. ✓ Ações intersetoriais, com destaque entre SUS e SUAS. ✓ Destaca a importância da articulação entre as políticas diretamente envolvidas na integralidade (PNAISC, PNAB e Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência). ✓ Aponta a existência de normativas legais que estabelecem a ação conjunta entre as políticas de saúde e assistência.
Pré-natal (mensal até a 28ª semana; quinzenal entre a 28ª e 36ª; semanal a partir da 36ª até o nascimento) ¹²³	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomenda a organização da assistência pré-natal considerando as reais necessidades da população gestante. ✓ Busca ativa de todas as mulheres gestantes do território de atuação das equipes de saúde. ✓ Destaque para o papel do ACS. Maior frequência das visitas domiciliares. Intensificação das orientações. ✓ Prestar informações precisas à mulher gestante e sua família sobre o ZIKV e SCZ. ✓ Articulação com a assistência social. ✓ Início do pré-natal, preferencialmente até a 12ª semana de gestação. ✓ Destaca o direito da adolescente gestante e estudante o direito ao regime de exercícios domiciliares. ✓ Em casos suspeitos (as mulheres gestante com doença exantemática aguda por 5 dias, e excluídas hipóteses de outras doenças), coletar sangue e urina para exames e notificar o caso. ✓ Reforça o uso constante de repelentes. ✓ Deve-se estimular o envolvimento do pai (ou parceiro) quando houver, respeitando o desejo da mulher. ✓ ZIKV não implica em acompanhamento pré-natal em alto risco. Contudo, identificada alguma alteração que indique encaminhar para alto risco, a rede deve priorizar o atendimento. ✓ Recomenda uma Ultrassonografia (USG) no primeiro trimestre da gestação e alerta para a não realizar deste exame em série. Tal conduta não muda o prognóstico do caso. Recomenda a segunda USG em torno da 30ª semana de gestação, conforme critérios e avaliação médica. ✓ Caso a USG confirme a microcefalia ou alteração no SNC, a equipe de saúde deve sensibilizar-se e acolher a mulher e seus familiares, promovendo escuta ativa sem julgamentos e preconceitos.
Parto e nascimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Não deve ser modificada exclusivamente em razão da suspeita ou confirmação de infecção pelo ZIKV ou da presença de anomalias congênitas na criança, a não ser que estas estabeleçam risco de vida à mãe ou ao bebê. ✓ Não há indicação de cesariana em virtude do ZIKV ou SCZ. ✓ É garantido acompanhante (escolhido pela mulher) em acordo com a Lei nº 11.108/2005 – Lei do Acompanhante. ✓ Os cuidados ao RN devem seguir as recomendações já indicadas pelo MS. Não há mudanças em função do ZIKV ou da SCZ.

¹²³ Portaria 570/2000. Não se alterou em relação ao ZIKV. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 15 abr. 2019.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Deve ser garantida na alta, a contrarreferência na AB, bem como a outros serviços e grupos de apoio à amamentação.
Triagem neonatal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Destaca a necessidade de informar a família sobre onde realizar o Teste do Pezinho, bem como o direito ao acesso ao resultado. ✓ Deve haver articulação interfederativa que articule AB, Atenção Especializada e Maternidades para a organização do fluxo das triagens neonatais, considerando a capacidade operacional do SUS. ✓ Teste do Pezinho – não houve alterações em decorrência do ZIKV e SCZ. ✓ Triagem Auditiva Neonatal (TAN) – o PEATE deve ser a primeira escolha. Recomenda a reavaliação entre 7 e 12 meses de vida em crianças que não apresentaram alterações. ✓ Triagem Ocular Neonatal (TON) – Recomenda que todas as crianças nos primeiros anos de vida façam o Teste do Reflexo Vermelho (TRV) de 2 a 3 vezes por ano. ✓ Em caso de alterações em quaisquer exames, recomenda encaminhar para serviço de referência. ✓ É dado destaque para o exame de Fundoscopia como um diferencial nos casos de SCZ.
Exame físico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A abordagem clínica inclui a anamnese com detalhes do histórico da gestação e antecedentes maternos. ✓ Recomenda exame neurológico detalhado conforme guias de orientação já recomendados antes do ZIKV, além de vídeos que orientam a aferição do PC. ✓ Faz um apanhado das mudanças no parâmetro de medição do Perímetro Cefálico: <ul style="list-style-type: none"> - Novembro de 2015: definições operacionais do MS, inicialmente 33 cm para bebês com 37 ou mais semanas de ambos os sexos; posteriormente, após estudos de campo¹²⁴, 32 cm para bebês a termo de ambos os sexos. - Março de 2016: padrão internacional (OMS), crianças a termo 31,5 cm para meninas e 31,9 cm para meninos; - Agosto de 2016: primeiras 24-48h de vida parâmetros de <i>Intergrowth</i> para ambos os sexos. Nesta nova tabela, crianças nascidas com 37 semanas, 30,24 cm para meninas e 30,54 para meninos. Deve ser consultada a tabela para cada idade e sexo, sendo que a medida deve ser aferida com maior precisão possível, de preferência com duas casas decimais (ex: 30,54 cm). ✓ Orienta aferição do PC a cada consulta de puericultura. ✓ Chama atenção para outros sinais, além da microcefalia, e descreve esses sinais de modo mais detalhado. Estabelece o esperado para uma criança sadia e uma que tenha alguma alteração.
Exames de imagem RN	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ultrassonografia Transfontanela (US-TF); ✓ Tomografia Computadorizada de Crânio (TCC) sem contraste, quando da impossibilidade de realizar a US-TF; ✓ Fundoscopia ou oftalmoscopia.
Exames laboratoriais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inespecíficos: Hemograma; Dosagem sérica de AST/TGO e ALT/TGP; Bilirrubinas direta/indireta; Uréia, Creatinina; DHL, Ferritina e Proteína C reativa. ✓ Específicos: RT-qPCR (sangue e urina) e Sorologia IgG e IgM (sangue). ✓ Recomenda diagnóstico diferencial, segundo critérios, para STORCH+Zika. ✓ Recomenda a incorporação de testes rápidos (Gestantes e RN segundo critérios) à rotina laboratorial, considerando a capacidade local. Inclui coleta de urina do RN, além da urina da mãe. ✓ Destaca o papel dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) para a agilidade diagnóstica e assistencial.

¹²⁴ BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika.** Brasília, 2015. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigil-ncia-e-resposta---vers--o-1---09dez2015-8h.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

Alta do RN	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lista alguns sinais de que o bebê está apto para alta. ✓ Orienta a vinculação do plano de alta aos serviços que promovem o cuidado ambulatorial e/ou domiciliar para atendimento multiprofissional conforme necessidade, além de garantir o acesso para monitorar o crescimento, o desenvolvimento e as intervenções preventiva e terapêutica. ✓ O bebê deve receber alta hospitalar já com o agendamento feito na Unidade Básica de Saúde. ✓ Deve ser realizado relatório de alta a fim de facilitar a condução da criança tanto na unidade básica de saúde quanto nos ambulatórios de seguimento. ✓ Antes da alta deve ser realizada a vacinação, conforme recomendação do Programa Nacional de Imunização (PNI). Tudo deve ser registrado na Caderneta da Criança. ✓ Destaca a importância de preparar cuidadores, ambiente e recursos em domicílio para receber o bebê. ✓ RN sem comorbidades ou alterações não devem ter a alta adiada em função da entrega de resultados de exames.
Aleitamento materno	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Não altera as recomendações já praticadas e mantém incentivo ao aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida do bebê. ✓ Crianças que apresentarem dificuldades de sucção e deglutição devem ser avaliadas por especialistas para introdução de vias alternativas de alimentação. ✓ Recomenda o acompanhamento às mães no início da adolescência devido às transformações em seus corpos.
Alimentação complementar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomenda atenção a bebês com dificuldade de deglutição para a introdução de alimentação complementar. ✓ Destaca a importância da RAS e da AB no acompanhamento da criança. ✓ Os profissionais da AB devem avaliar a criança e indicar a melhor forma de alimentação complementar, visando garantir a qualidade nutricional do bebê. ✓ Devido às dificuldades com o uso de sondas e demais vias de alimentação complementar, as famílias devem ser constantemente acompanhadas e apoiadas.
Saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomenda que o bebê seja atendido, ainda no 1º mês de vida, por profissional de odontologia na AB. ✓ O dentista deve orientar à família sobre aleitamento, hábitos deletérios e desenvolvimento dos dentes. ✓ Recomenda-se privilegiar abordagens preventivas e restauradoras em detrimento de intervenções cirúrgicas. ✓ No caso de necessidade de procedimentos mais complexos, dar preferência ao ambiente e aparato hospitalar.
Atenção Domiciliar (AD)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomendada caso a criança necessite de maiores cuidados multiprofissionais (medicação, alimentação e equipamentos mais complexos). ✓ A AD depende de fluxos e pactos definidos localmente.
Atenção Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agrupa as orientações sobre saúde mental e assistência social. ✓ Destaca a elaboração de um guia específico para os profissionais de saúde, particularmente aqueles que atuam na Atenção Primária, a fim de facilitar a identificação precoce de pessoas e famílias com problemas emocionais e relacionais decorrentes da vivência de ter um filho com alguma deficiência ou problema de saúde grave. ✓ Destaca a elaboração de um guia para familiares e cuidadores de crianças com SCZ. ✓ Destaca o papel da gestão e do NASF, além da necessária definição de fluxos de acordo com a capacidade dos municípios. ✓ Deve-se ser evitada peregrinação dos usuários para acesso aos serviços.
Estimulação Precoce	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Situa os primeiros anos de vida como a fase crítica para o desenvolvimento das habilidades motoras, cognitivas e sensoriais. ✓ A criança deve ser inserida nesse programa, que deve ter seu início tão logo o bebê esteja clinicamente estável. ✓ Detalha as manifestações clínicas, antropométricas e de neuroimagem em crianças sem microcefalia.

	<ul style="list-style-type: none">✓ Destaca diferenças nas manifestações clínicas que podem ocorrer no feto, RN e crianças a partir do 1º mês de vida, mesmo sem terem a microcefalia.✓ Apresenta os objetivos gerais de um Programa de Estimulação Precoce.
--	---

Fonte: Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (BRASIL, 2017a). Sistematizado pela autora (2019).

Identificamos algumas diferenças da terceira versão do Protocolo (BRASIL, 2016a) para a quarta versão (BRASIL, 2017a). As principais mudanças ocorreram nos parâmetros para medição de PC; nos exames laboratoriais específicos; na inclusão de orientações para alimentação complementar; saúde bucal da criança e Atenção Domiciliar. Contudo, como nos documentos anteriores, as Orientações Integradas, de maneira geral, mantém e/ou reforçam ações através de uma rede de assistência em saúde já existente, ou seja, **nascer em tempos de ZIKV não requer nenhum cuidado alarmante, apenas maior atenção a aspectos anteriormente negligenciados** como, por exemplo, a medida do PC.

Como forma de completar o cuidado, o MS e a SAS elaboraram diretrizes para a estimulação precoce (EP), que analisamos na próxima seção. Trata-se de uma abordagem primordial para o futuro das crianças portadoras da síndrome decorrente do ZIKV e pouco difundida antes da emergência do vírus no Brasil¹²⁵. Este documento pode ser considerado o mais importante no que se refere à assistência que deve ser ofertada às crianças nascidas com a SCZ em sua fase de crescimento e desenvolvimento iniciais. A EP é considerada intervenção basilar que irá impactar significativamente o desenvolvimento e o futuro das crianças assistidas.

4.1.3 – A Estimulação Precoce como aposta no futuro

“Cuidado por onde andas, que é sobre os meus sonhos que caminhas.”

(Carlos Drummond de Andrade)

As Diretrizes de Estimulação Precoce¹²⁶ – crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (BRASIL, 2016b) –, elaboradas pelo

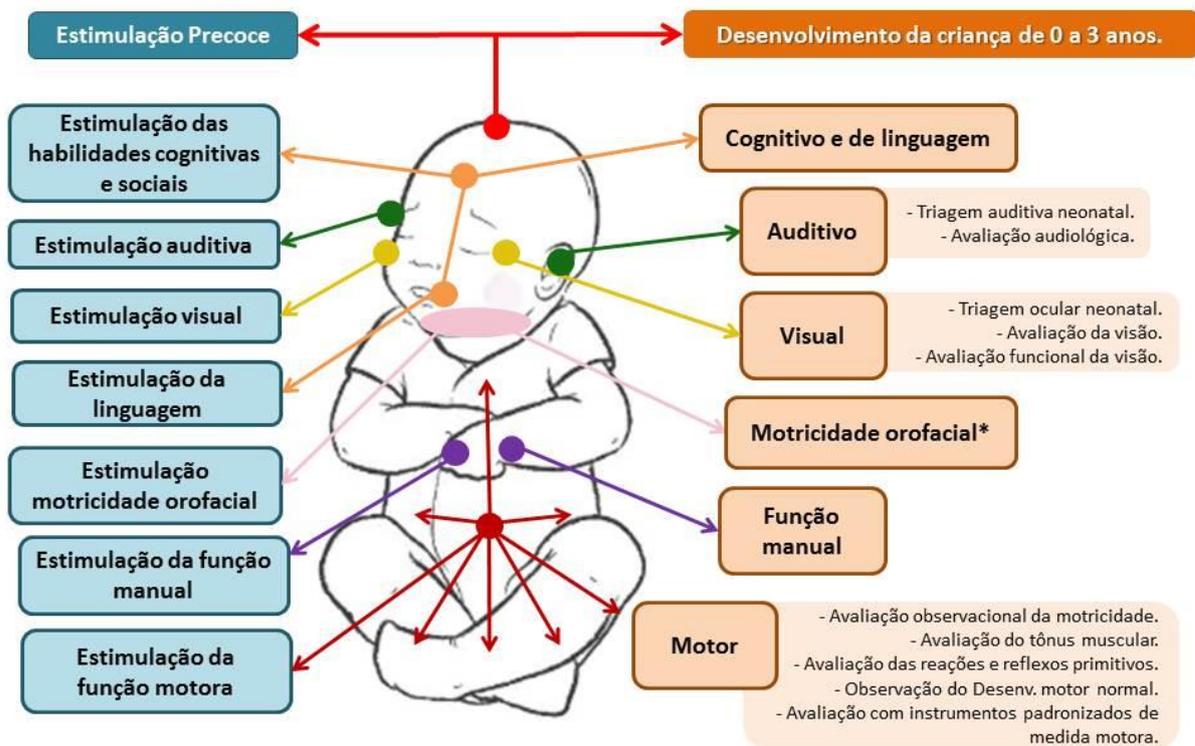
¹²⁵ Monteiro e Fernandes (2018) apresentam uma análise do serviço de EP no Brasil, após a política de inclusão educacional, em 2008. Antes, a EP era oferecida principalmente em espaços educacionais, baseada nas Diretrizes Educacionais de Estimulação Precoce, que datam do ano de 1995. As autoras concluem que houve um aumento significativo de produções sobre o tema nos últimos dez anos comparados com a década anterior e destacam a necessidade de ampliação dos programas de EP.

¹²⁶ A estimulação precoce pode ser definida como um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional com bebês de alto risco e com crianças pequenas acometidas por patologias orgânicas. Objetiva-se o melhor desenvolvimento possível, por meio da mitigação de sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como de efeitos na aquisição da linguagem, na socialização e na estruturação subjetiva, podendo contribuir, inclusive, na estruturação do vínculo mãe/bebê e na compreensão e no acolhimento familiar dessas crianças (BRASIL, 2016b, p. 7).

MS/SAS em 2016, conformam um documento de versão única (até o momento) e também está de acordo com a **frente de atendimento às pessoas** do Plano Nacional. Este documento pode ser compreendido como o que completa a série de Protocolos analisados anteriormente, no sentido de descrever como devem ser ofertadas as ações de estimulação precoce (EP), quais profissionais devem constituir as equipes de assistência, quais serviços e recursos são fundamentais e também como a família e/ou cuidadores devem ser incluídos nesta etapa do cuidado.

Apresentaremos aqui uma visão geral do documento em termos de ações e atividades técnicas, a fim de que possamos compreender a complexidade que conforma a EP (Figura 10).

Figura 10: Aspectos do desenvolvimento das crianças de zero a 3 anos e aspectos correspondentes que devem ser trabalhados na estimulação precoce (EP).



* A Motricidade Orofacial é o campo da Fonoaudiologia voltado para o estudo, pesquisa, prevenção, avaliação, diagnóstico, desenvolvimento, habilitação, aperfeiçoamento e reabilitação dos transtornos congênitos ou adquiridos do sistema miofuncional orofacial e cervical assim como suas funções tais como sucção, mastigação, deglutição, respiração e fonoarticulação desde a gestação até o envelhecimento (SUSANIBAR et al., 2015, n.p.).

Fonte: Diretrizes de Estimulação Precoce (MS, 2016b). Figura do bebê disponível em: <<https://boba.com/blogs/boba-reads/strollers-baby-carriers-and-infant-stress>>. Sistematizado pela autora (2018).

A figura acima indica que as crianças precisam ter todas as suas principais habilidades estimuladas. Para isso, é mister uma rede de cuidados organizada em diversos graus no interior do sistema de saúde, mobilizando todos os seus níveis de atenção. A oferta de EP requer serviços específicos e especializados, equipes multiprofissionais, articulação intersetorial, apoio e incentivo à participação das famílias das crianças assistidas (recursos materiais e apoio psíquico) e a disponibilização de atividades e recursos materiais diversos para as crianças (brinquedos, jogos, próteses, órteses, implantes auditivos, etc.) (BRASIL, 2016b).

O documento orienta que a estimulação deve ser diária, várias vezes, sendo muito importante a continuidade das ações de estimulação em âmbito doméstico. A proposta é que seja feita de uma a duas sessões semanais com orientações bem feitas e participação de profissionais e cuidadores.

*As atividades de estimulação precoce devem ser realizadas diariamente e se possível mais de uma vez ao dia. Porém, de nada adianta ir diariamente à sessão de terapia e depois passar o resto do dia em situações que não favoreçam esta estimulação. **É muito mais vantajoso um bebê ir uma a duas vezes por semana na terapia onde a família e o cuidador são devidamente orientados e participam do tratamento** (BRASIL, 2016b, p. 112-113).*

As Diretrizes apontam alguns serviços que devem integrar a rede de cuidados às crianças com SCZ ou outras alterações do SNC. O documento não elenca sistematicamente esses serviços, mas ao longo do texto, as ações recomendadas e os recursos descritos como necessários nos permitem identificar os principais serviços da RAS que devem estar articulados para a oferta da EP:

- Centros Especializados em Reabilitação (CER);
- Serviços de Alta Complexidade em Saúde Auditiva;
- Serviços Especializado em Oftalmologia;
- Equipes de Atenção Básica (eAB);
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Centro de Referência da Assistência Social (CRAS);
- Escolas e creches;
- Projetos de Economia Solidária.

Considerando esses serviços, o documento demonstra que a EP mobiliza uma necessária articulação entre algumas políticas específicas do MS (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB), além de apostar na intersetorialidade e na pactuação entre estados e municípios para a estruturação de uma RAS que possibilite garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2016b), reforçando o que os documentos anteriores já apresentaram. Nos chama a atenção a proposta de uma RAS horizontalizada (em consonância com a perspectiva que apontamos inicialmente).

*As ações e serviços de saúde dos Estados e Municípios, portanto, **devem ser organizados numa relação integrada, dinâmica e horizontal**. Todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) têm papel estratégico no cuidado à infância, pois é justamente na capacidade de articulação entre eles que se dá a garantia do acesso e da integralidade do cuidado à saúde. **Para isso, os fluxos e a comunicação entre esses devem ser pactuados pela gestão e compreendidos pelos profissionais de saúde** (BRASIL, 2016b, p. 12, grifo nosso).*

Os serviços têm papel definido pelas Diretrizes, cabendo a cada um a responsabilidade de viabilizar as condições para que as diversas atividades de EP sejam ofertadas, além de reconhecerem a necessidade de encaminhamento para outros serviços especializados. Ao nível da Atenção Básica, o documento destaca a responsabilidade sanitária das equipes, reforçando a centralidade desse nível de atenção:

*A atenção básica tem como uma de suas atribuições o acompanhamento do desenvolvimento das crianças de seu território. Assim, **é de responsabilidade sanitária das equipes de Atenção Básica atentar-se à vigilância e o cuidado**, no pré-natal, visita puerperal, imunização, consultas de crescimento e desenvolvimento etc., favorecendo o vínculo **e a identificação precoce de situações que necessitam ser acompanhadas de forma regular e sistemática** (BRASIL, 2016b, p. 14).*

Na atenção especializada, os Centros Especializados em Reabilitação (CER) são a referência para a EP nas áreas de reabilitação auditiva, física, visual, intelectual, entre outras, e têm papel central no processo de reabilitação das crianças. As atribuições destes serviços são amplas e exigem esforços e atenção à singularidade de cada criança, a inclusão social, o estabelecimento de fluxos de cuidado, a

intersectorialidade e acionamento de demais dispositivos e/ou meios para que o acompanhamento em EP seja garantido (BRASIL, 2016b).

Segundo as diretrizes, os serviços voltados à oferta da EP devem ter suas equipes multiprofissionais compostas pelos seguintes profissionais: fonoaudiólogos, oftalmologistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, pedagogos, fisiatras e neurologistas. O documento não cita outros profissionais e em alguns momentos generaliza utilizando as expressões **profissionais de reabilitação; profissionais da habilitação; profissionais da educação; profissionais de saúde voltados à comunicação e profissionais da equipe médica**, desde que devidamente capacitados e conhecedores do desenvolvimento infantil (BRASIL, 2016b). Destacamos abaixo (Figura 11) as atribuições dos serviços de reabilitação e os profissionais que compõem as equipes, segundo as Diretrizes.

Figura 11: Atribuições dos Centros Especializados de Reabilitação (CER) e profissionais que compõem as equipes, segundo as diretrizes.



Fonte: Diretrizes de Estimulação Precoce (MS, 2016b). Figuras do bebê disponível em: <<https://publicdomainvectors.org/pt/tag/beb%C3%AA>>. Imagens Profissões: <https://br.freepik.com/vetores-premium/desenhos-animados-da-equipe-profissional-do-centro-medico_1928211.htm>. Sistematização da autora (2019).

As atribuições dos profissionais são amplas e diversificadas, mas podem ser entendidas de maneira geral a partir de três frentes: “[...] realização de **estimulação precoce, matriciamento às equipes de saúde e orientação às famílias** de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor [...] ou mesmo outras condições que demandem cuidado semelhante” (BRASIL, 2016b, p. 14, grifos nossos). Os profissionais de reabilitação do NASF ou das equipes de atenção básica também podem avaliar e atender as crianças que necessitam da EP, bem como qualificar os encaminhamentos aos serviços especializados de reabilitação.

Os profissionais devem identificar o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra e, a partir disso, selecionar as atividades que ajudarão a criança a adquirir novas habilidades. As Diretrizes elencam muitas atividades que devem ser executadas junto às crianças, desde atividades nos serviços especializados até estímulos que podem e devem ser dados pela família no ambiente doméstico (BRASIL, 2016b).

O documento traz vários quadros onde são descritas as atividades para EP das várias habilidades que a criança precisa desenvolver, bem como indicadores do desenvolvimento, modelos de avaliação das funções e fotos demonstrativas de cada atividade de estimulação. Além disso, são recomendadas algumas ações que compreendem desde ações de vigilância até a prescrição de exames, avaliações, orientações específicas e apoio às famílias.

Trata-se, por fim, de um documento técnico, que descreve o desenvolvimento e crescimento de crianças com microcefalia ou outras complicações no Sistema Nervoso Central (SNC). O documento, para além de apresentar aspectos que devem ser considerados no âmbito da operacionalização da política de saúde, apresenta detalhes das ações de estimulação nas diferentes dimensões do desenvolvimento e crescimento humano, inclusive, retomando ações que já abordamos na análise dos Protocolos de Atenção à Saúde. O desenvolvimento auditivo, a triagem auditiva, o desenvolvimento visual, a triagem ocular neonatal e a avaliação da visão, bem como outros aspectos do desenvolvimento infantil são abordados tendo como parâmetro o que se espera de crianças saudáveis e das crianças com microcefalia ou alterações do SNC de acordo com cada fase do desenvolvimento (BRASIL, 2016b).

Considerando este documento e os demais analisados anteriormente é possível perceber a complexidade das ações e demandas colocadas aos serviços de saúde pelo ZIKV e pela síndrome a ele associada. Por isso, cabe dizer que nossas análises não visam diminuir os esforços do poder público na oferta da assistência, mas destacar que diante das consequências causadas pelo ZIKV; diante do histórico descaso para com as questões estruturais das cidades onde vivem as pessoas; e diante da perspectiva ideológica que sustenta a sociedade contemporânea e que privilegia o capital em detrimento do bem estar social, as falhas e insuficiências apontadas não podiam passar despercebidas. Consideramos necessário compreender em que frentes o governo priorizou sua intervenção e o que de fato desejou e ainda deseja alcançar.

Para isso, na próxima seção, analisamos como o município de Vitória-ES implementou as recomendações do MS, tendo em vista os casos confirmados de SCZ no município. Aqui consideramos as orientações do Protocolo estadual de assistência cotejando com o determinado pelo MS e ainda, as narrativas sobre o modo como estas propostas tornaram-se reais para além das letras e normas institucionais.

Em seguida, descrevemos o processo de organização da rede de assistência à SCZ em Vitória. Os documentos municipais foram analisados vis à vis aos fatos narrados pelos entrevistados. A descrição das ações implementadas e do funcionamento dos serviços foram vivificados pelas palavras dos entrevistados, que nos ajudaram a contar um capítulo singular da história do ZIKV no Brasil, mais especificamente em terras capixabas.

4.2. ASSISTÊNCIA À SCZ NO ESPÍRITO SANTO (ES): O PROTOCOLO ESTADUAL

“Pois o silêncio não tem fisionomia, mas as palavras muitas faces...”

(Machado de Assis)

A partir das recomendações do MS, em 2016 a SESA do ES elaborou o seu próprio protocolo denominado: **Protocolo de assistência a gestantes com suspeita de Zika vírus e bebês com Microcefalia 2015-2016** (SESA, 2016). Esse documento

reúne informações sobre a situação epidemiológica do ZIKV no ES; recomenda ações no âmbito da vigilância epidemiológica e orienta o acompanhamento clínico de gestantes e bebês, além de estabelecer o fluxo de atendimento no estado. A SEMUS de Vitória, além de seguir essas orientações, também participou da elaboração do protocolo.

*“A gente seguiu porque, na verdade, nós **fizemos juntos**. Estávamos juntos porque no Comitê pra deliberação a gente tinha assento. Então ia sempre eu, uma médica daqui nossa (refere-se à vigilância epidemiológica) e mais alguém da Saúde da Criança. **Então foi uma construção coletiva, apesar de a autoria ser do estado.**” (GESTÃO MUNICIPAL).*

Fazer junto significa o esforço de concretizar alguns princípios e diretrizes do SUS, tais como:

- Utilizar a **epidemiologia para o estabelecimento de prioridades**, a alocação de recursos e a orientação programática;
- Descentralização político-administrativa, com **direção única** em cada esfera de governo: ênfase na **descentralização** dos serviços para os municípios; **regionalização e hierarquização** da rede de serviços de saúde;
- Integração em nível executivo das **ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico**;
- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos **da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios** na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- Capacidade de **resolução dos serviços** em todos os níveis de assistência; e
- Organização dos serviços públicos de modo a **evitar duplicidade** de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

A SESA também instituiu um Comitê de Estudos dos Casos de Microcefalia, que tem por finalidades: I) Identificar e caracterizar os casos de microcefalia, alterações do sistema nervoso central (SNC) e outras alterações que venham a ser descritas, a fim de conclusão diagnóstica; II) Sensibilizar os profissionais de saúde quanto à identificação e diagnóstico precoces das alterações detectadas intra-útero ou em RN, objetivando ofertar tratamento e reabilitação funcional precoce; III) Propor e ajudar a promover melhorias na assistência; IV) Estimular e participar de fóruns que

visem evitar a ocorrência de tais agravos e V) Elaborar relatório mensal e encaminhar aos gestores de saúde (SESA, 2016b).

Apesar das atribuições definidas pela Portaria, as ações ficaram mais centradas na discussão dos casos para conclusão diagnóstica e geração de dados. Além disso, para a maioria dos profissionais, a existência do Comitê é desconhecida ou tida como algo restrito a instâncias superiores:

*“Existe um **Comitê do Zika**. Eu fazia parte desse Comitê na época da epidemia, que era pra gente poder discutir os casos. Assim, mas os casos eram notificados, eu acompanhava, eu vinha aqui, eu via os casos e a gente discutia nesse Comitê pra fechar o caso como Zika ou não. Até pra poder gerar números e informação pra o Ministério da Saúde. [...] agora, assim, um grupo que discuta essa questão da Zika não existe.”* (HEINSG 1).

*“Bom, eu não sei se hoje tem... Mas na época do surto tivemos um Comitê de enfrentamento. Foi feito um Plano de Contingência, e dentro do Plano de Contingência **tinha o Comitê de estudo de casos da SEMUS. Da SESA eu não participei de nenhum...** Não sei se existe hoje. Não tenho essa informação...”* (USF/I 1).

“[...] essa parte do Comitê aí é a SEMUS que resolve junto com a secretaria de estado, não é a gente não, aí já é a coordenação da saúde da criança, a atenção básica, eles que reúnem lá com o estado, aí é lá pra cima.” (USF/JP 2).

“[...] a gente tem referências né, referência que eu falo da Mulher e referência da saúde da criança né, que eles têm essas comissões lá. Então eles mesmos que avaliam isso daí, eles criam os protocolos e que mandam né, como que a gente tem que fazer, como que tem que ser a vigilância” (USF/BP 1).

“[...] mas os fluxos de fechamento dos casos todos a gente tinha assento no Comitê estadual pra discussão dos casos. Que aí lá nós fomos ganhando junto com eles o know-how né, da investigação, então foi muito importante como crescimento pro grupo todo mesmo” (GESTÃO MUNICIPAL).

Restrito à sua atribuição primeira, o Comitê tem sentido em operar limitado às instâncias superiores e indivíduos que a compõem. Contudo, se considerarmos o **fazer junto** que constitui o SUS e a amplitude das intenções teóricas deste Comitê, esse afastamento entre gestão e assistência é problemático. A neurologista de referência refere integrar o Comitê, mas apenas com a atribuição de ajudar a definir casos para gerar números. Por outro lado, os profissionais das USF, que estão cotidianamente nos serviços e também conhecem suas mazelas e êxitos, desconhecem a existência do Comitê ou o enxergam como assunto restrito à

gestão. A gestão, por sua vez, classifica o espaço como potência para aprimorar a investigação em saúde e promover crescimento aos participantes. Mas não seriam a capacidade de investigação e o crescimento elementos também necessários aos trabalhadores que estão nos serviços?

O SUS, enquanto um sistema único e coordenado e tendo como um de seus princípios a integralidade da atenção em saúde, requer sim uma compreensão da epidemiologia para a orientação programática (conforme indicamos acima), mas há que dar sentido a esta programação em saúde. Há que se considerar as “narrativas do sofrimento” (CECCIM, 2016, p. 65) que só aparecem na rotina dos profissionais que estão nos serviços, na lida com os usuários e suas necessidades em saúde. Queremos dizer que o profissional que está na ponta, cotidianamente dando vida à política de saúde junto com os usuários, é fonte privilegiada de informação para a gestão. Ao mesmo tempo, estamos cientes de que a ação da SESA e da SEMUS nos tempos do ZIKV exigiu rapidez num cenário de pouco ou nenhum tempo para reflexões e num contexto de desfinanciamento da política de saúde. No entanto, a rapidez em determinar números e organizar a rede distanciada do que se vive nos serviços, pode se configurar enquanto movimento que visa apenas **apagar incêndios**, num ciclo de planejamento e gestão configurado apenas sobre “índices e traçadores” (CECCIM, 2016, p. 65), e que não ultrapassa aquilo que o conhecimento técnico e científico presume serem as necessidades em saúde.

Seguindo as orientações do MS, o Protocolo estadual, recomenda a aferição do PC conforme a primeira versão do Protocolo federal, isto é, a adoção de um ponto de corte em 32 cm, tanto pela curva da OMS, quanto da CDC para RN com 37 a 40 semanas e Curva de Fenton (-2 desvios padrão) para os RN com menos de 37 semanas.

É interessante notar que à época da elaboração destas orientações, a SESA reconhece a existência de um padrão **ideal**, ou seja, a medição de acordo com a idade gestacional e sexo da criança (o que o MS propõe a partir da terceira versão de seu Protocolo, elaborada ainda em 2016). Ao mesmo tempo, o documento diz que **o ideal não é praticado nos serviços** e, a partir dessa afirmação o documento

não menciona a tabela *Integrowth*, considerada mais precisa e válida de 2016 até o momento¹²⁷.

O ideal seria que sempre fosse usado o gráfico de perímetro cefálico de acordo com a idade gestacional e sexo do paciente, mas sabemos que isso não acontece na prática dos berçários, então para recém-nascidos a termo foi solicitado fixar o ponto de corte em 32 cm, o que é percentil 2.6 para meninos e 5.6 para meninas, tanto no gráfico de PC adotado pela OMS, quanto pelo CDC, ou seja, um ponto de corte mais adequado (aproximando a definição internacional de microcefalia) (SESA, 2016, p. 15).

Ainda seguindo as orientações do MS, o Protocolo estadual também reforça o protagonismo da Atenção Básica e alerta para que os profissionais da saúde estejam atentos a sinais que indiquem problemas de saúde nas crianças, bem como situações relativas à saúde mental de familiares e cuidadores. Contudo, o protocolo estadual, seguindo o padrão dos protocolos federais, também não apresenta abordagens junto às mulheres com transtornos mentais graves e que tiveram filhos com SCZ, conforme sinalizamos anteriormente.

Em umas das unidades de saúde que visitamos, ocorreu a perda do acompanhamento sistemático da criança devido a questões importantes de saúde mental da cuidadora principal, sua mãe¹²⁸. Ao questionarmos que ações o poder público poderia ofertar, considerando as especificidades destes usuários, alguns dos/das entrevistados/as avaliam que **o poder público já faz o que lhe cabe, e que é necessário a contrapartida das famílias** para o sucesso do acompanhamento. Apenas dois dos/das profissionais entrevistados/as mencionaram o investimento no transporte dos pacientes como uma ação que o poder público poderia prever. Por outro lado, no que se refere à SCZ, também são apontadas dificuldades para o acesso às opções de transporte já existentes:

“Eu penso justamente na garantia de um transporte. [...] Ela teria que ir pra um terminal, depois pegar um outro... Tudo isso eu busquei informação

¹²⁷ É preciso dizer que tanto no protocolo estadual quanto na terceira versão do protocolo do MS não é possível identificar quando, em 2016, os documentos foram elaborados. O que pode justificar a adoção pela SESA do parâmetro do MS constante ainda na segunda versão, que também foi elaborada em 2016.

¹²⁸ Os/as entrevistados/as não souberam dizer com exatidão o tipo de transtorno mental que acometia a mãe da criança, mencionaram apenas o seu alto grau de limitação, utilizando a definição “transtorno mental grave”.

*pra ela, orientei justamente o passo a passo pra chegar lá no HIMABA¹²⁹. Mas sendo 7 horas da manhã, imagina no horário de verão? Medicação... Ela é limitada né. A mãe seria uma pessoa que poderia acompanhar, mas também tem um outra filha com transtorno mental grave. A gente tem que considerar essas coisas todas né? **Não podemos colocar tudo na conta do paciente**" (USF/R 2).*

*"Eu acho que **facilitar o acesso dessa família na questão do meio de transporte**, porque muitas vezes essas pessoas não tem condição financeira né, pra ficar pagando passagem" (USF/I 1).*

*"Eu acho que **cada um faz a sua parte, a prefeitura ela faz a parte dela de oferecer o serviço, oferecer o profissional**. [...] Agora, a partir do momento que a mãe tem um déficit e não tem ninguém da família, aí já é... Entendeu? Ou você se torna membro da família e faz por ela, porque aí o **serviço público também não tem como pegar debaixo do braço e acolher, ele já faz a parte dele que é maior, penso eu. Se a F.¹³⁰ tivesse dado entrada não teria se perdido, teria acompanhado**" (USF/R 1).*

*"[...] o que a gente mais dá conta de sucesso é esse sucesso de **quando a família tem esse desejo, quando a família tem esse empenho, né. Porque existe o transporte porta a porta, o mão na roda, mas tudo isso tem que ser cadeirante, quando ele é um bebê de colo ele não tem direito a nada disso. Então como é que faz? Ter a carteira, o passe livre? Mas o passe livre só quando a criança já tem o diagnóstico. Se ela não tiver o diagnóstico fechado ela não consegue, mesmo que ela já precise de uma intervenção**" (APAE 2).*

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde¹³¹ (BRASIL, 2011a) prevê, em seu artigo 4º, item XII: **"a não limitação de acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação"**. Esta determinação inclui, no âmbito legal e teórico, a ideia de que é direito dos usuários terem o acesso garantido aos serviços de saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.130/2015, e que integra um conjunto de proposições que visam amparar a gestante e o bebê englobando a atenção a partir do Pré-natal até o parto, também prevê a oferta de transporte como parte da atenção integral à saúde da criança (BRASIL, 2015b). A Política orienta que a rede deve ser organizada para garantir a continuidade do cuidado, considerando o porte do município e a organização regionalizada da assistência, sendo a oferta de transporte, uma das ações recomendadas. Porém, a realidade desenha outra

¹²⁹ À época, o acompanhamento especializado para as crianças com a SCZ ainda era realizado no Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HIMABA), no município de Vila Velha.

¹³⁰ Inicial fictícia.

¹³¹ A Carta foi atualizada pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº. 553, de 9 de agosto de 2017. O artigo a que nos referimos não sofreu nenhuma alteração devido a atualização. Disponível em: < <http://redehumanizausus.net/atualizacao-da-carta-dos-direitos-e-deveres-da-pessoa-usuaria-da-saude/>>. Acesso em: 29 mai. 2019.

história: no contexto do ZIKV, a ausência de um transporte que possibilite o acesso aos serviços se configura enquanto uma das grandes barreiras físicas enfrentadas pelas famílias e crianças atingidas pelo vírus (DINIZ, 2017; GARCIA, 2018).

No âmbito do desejo das famílias, nos amparamos em Williamson (2018) ao descrever a rotina de cuidado das crianças com SCZ. A partir do relato das mães a autora torna visível uma realidade que nos ultrapassa e que serve para nos ajudar a rever a compreensão (que pode ser muito particular) do que vem a ser uma contrapartida:

Apesar das tentativas de assegurar um progresso linear, porém, **não é só uma questão de vontade. Os corpos dos filhos rebelam**, adoecem, dão crises convulsivas, **não conformam com os planos terapêuticos traçados. Outros aspectos da vida cotidiana também interrompem o progresso linear, trazendo “imprevistos” e “contratempos”** [...] Alguns imprevistos são positivos, como um sorriso cobiçado ou o levantar da cabeça sozinho. **Muitos outros, porém, geram crises que desestabilizam o desenvolvimento da criança e a vida da mãe** (WILLIAMSON, 2018, p. 689, grifos nossos).

A contrapartida das famílias, apesar de necessária, deve ser entendida como uma presença permeada por limites e possibilidades, assim como toda existência humana. Os medos que rondam as famílias cujos filhos têm a SCZ são inúmeros, (além dos determinantes sociais que já destacamos), por isso, acrescentar a estas famílias o peso da falha, como se o cuidado fosse uma dimensão apenas bilateral não nos parece justo. Para além de seguir protocolos é preciso ampliar o olhar e os caminhos.

Em linhas gerais, o Protocolo da SESA seguiu as determinações do MS, contudo também é preciso dizer que identificamos diferenças em algumas condutas adotadas. A primeira refere-se à classificação da gestação de mulheres infectadas pelo ZIKV como de alto risco. Enquanto o MS diz que a infecção por ZIKV, por si só, não constitui gestação de alto risco, a SESA orienta que as mulheres gestantes com confirmação de infecção por ZIKV sejam encaminhadas ao ambulatório de alto risco no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM)¹³², um serviço de

¹³² No HUCAM são realizados cerca de 80 a 90 partos por mês. O ambulatório de gestação de alto risco do HUCAM funciona no mesmo espaço onde ficam a maternidade, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e o Pronto atendimento para gestantes. No serviço de pronto socorro para gestantes, atualmente, é utilizada a classificação de risco da Rede Cegonha, que mostra em cores como é o nível de urgência das pacientes. Os atendimentos de pré-natal ocorrem às segundas-feiras, onde as pacientes são reunidas por uma equipe multiprofissional, criando um espaço para orientações, esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências, além dos atendimentos médicos.

competência federal. Em Vitória, o acompanhamento se deu paralelamente na Atenção Básica e no ambulatório do HUCAM:

*A gestante deve continuar o seu acompanhamento usual no serviço de Pré-Natal da Unidade Básica de Saúde até receber o resultado dos exames. **Se os exames evidenciarem infecção pelo ZIKaV, a gestante deve ser referenciada para o ambulatório de Pré-Natal de alto risco de acordo com a distribuição por região de saúde já estabelecida. Obs.: Devido ao caráter inusitado dessa doença, optou-se por encaminhar para os serviços de alto risco para melhor avaliação e controle dessas gestantes** (SESA, 2016, p. 24, grifos nossos).*

“[...] a paciente em questão, ela foi diagnosticada né, com possível Zika e depois o exame laboratorial confirmou a positividade, e a gente foi acompanhando no alto risco e na atenção básica. [...] mesmo ela fazendo acompanhamento na atenção especializada, na questão da gestação de alto risco, a paciente nunca deixou de ser da atenção primária. Então, assim, a gente faz concomitantemente. Não vai pra atenção especializada e deixa pra lá. A gente tem que ter retorno. Então é o retorno lá, o retorno cá, retorno lá, retorno cá. A gente não consegue, pelo menos na nossa equipe, não consegue desvincular isso” (USF/I 1).

“[...] frequentou alto risco tá vendo? 21 consultas de pré-natal, sendo 11 consultas de pré-natal de alto risco, mãe teve Zika confirmada no primeiro trimestre, acompanhada durante todo o pré-natal [...]” (USF/BP 1).

No âmbito do pré-natal, Vitória pôs em movimento os princípios organizativos da regionalização e hierarquização do SUS, articulando os diferentes níveis e serviços para a oferta do cuidado. Tem-se aí uma perspectiva de rede em que a atenção primária **ordena e acompanha** o cuidado em saúde, já que as mulheres não foram meramente encaminhadas e classificadas como responsabilidade de outro serviço, operando o mecanismo de **referência e contrarreferência**. A articulação entre os serviços é algo que não depende apenas de determinações de gestão, mas também de investimento de tempo e interesse dos profissionais. Nesse sentido observamos diferenças entre as USF, conforme veremos adiante.

A maternidade também conta com quatro leitos, na ala Mãe-canguru, destinada a bebês prematuros e de baixo peso, mas que não apresentem doenças que impeçam a alta da UTIN. A proposta é que as mães mantenham contato constante com os bebês utilizando a metodologia Canguru, que como o próprio nome já diz, consiste nas mães manterem o bebê próximo de seus corpos, assemelhando-se à mãe canguru e seus filhotes. O Método Canguru – Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – é uma estratégia do MS. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hucam-ufes/noticias/-/asset_publisher/nXmbb8OOZF4u/content/id/783797/2015-12-gravidez-de-risco-tem-atencao-humanizada-nas-linhas-de-cuidados-do-hucam>. Acesso em: 29 mai. 2019.

O Protocolo da SESA também adotou uma conduta diferente no que se refere ao exame de Ultrassom (USG), sugerindo a realização do exame em quantidade acima do recomendado pelo MS, ou seja, 2 USG:

*Se a gestante já tiver exame prévio, a USG deve ser feita após duas a três semanas do quadro sugestivo de infecção pelo ZikaV. Se não tiver, deve ser feito o mais rapidamente possível. **Sugere-se o acompanhamento com a realização de dois a quatro exames**, entre 12 e 36 semanas de idade gestacional, de preferência nas seguintes semanas: 12, 16, 24 e 36 (SESA, 2016, p. 23 e 27).*

Apesar de a recomendação do MS alertar para a não realização de USG em demasia (já que não muda o prognóstico da criança), em nível municipal, o relato da gestão evidencia que o exame seguiu sendo feito em quantidade acima do orientado. Por outro lado, em duas USF identificamos desconhecimento sobre a quantidade recomendada deste exame.

*“Então, a gente conseguiu com uma ultrassonografista que estava estudando. [...] essa médica, ela abriu uma agenda, que a gente acessava ela por um telefone que era dado. **Então a gente conseguia garantir mais do que duas ultrassons. Ela estava fazendo uma pesquisa. Então era de acordo com a necessidade que ela tinha do acompanhamento. Ela tinha um gráfico de crescimento em que ela acompanhava. Os retornos eram diretamente entre ela e as pacientes. A gente sabe que teve gestante que fez até quatro, cinco ultrassons**” (GESTÃO MUNICIPAL).*

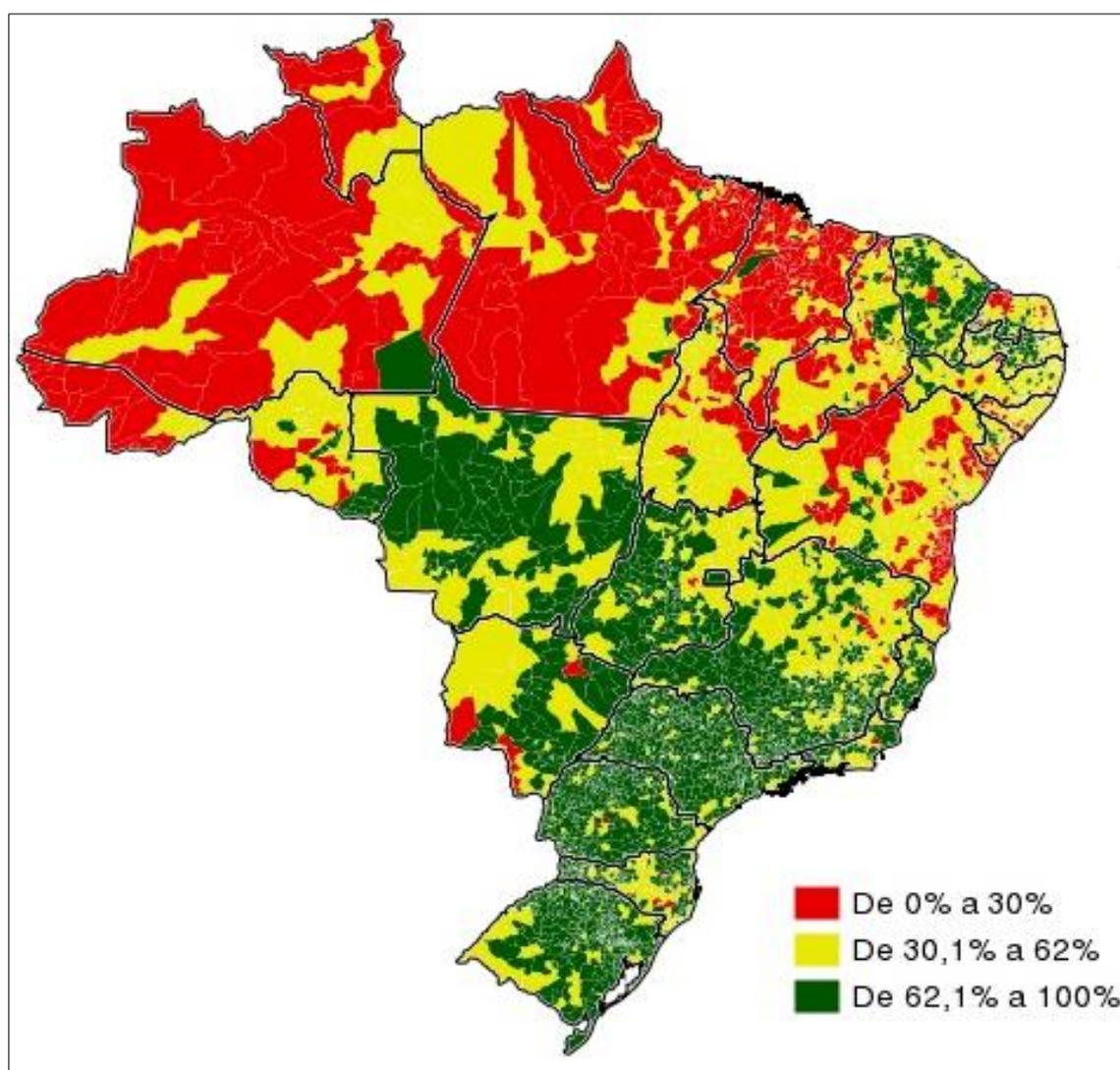
*“[...] o ultrassom ele é prioritário no primeiro trimestre, então, **muitas das vezes a paciente só vai fazer uma ultrassom**, e logo no início não dá pra você saber com exatidão. Porque 5, 6 semanas você não consegue medir e **é muito difícil quem faz várias ultrassons até o final**” (USF/R 1).*

*“**Isso aí eu não sei te dizer**, porque como é o médico que pede, aí eu teria que ler mesmo os manuais pra saber. Mas você viu que a pediatra pediu aqui né, a segunda” (USF/BP 1).*

Tomando as recomendações da SESA inadvertidamente, poderíamos considerar a realização de USG acima do definido como uma ação imprudente e que desconsidera o sofrimento psíquico das mulheres submetidas ao exame. Entretanto, realizar pesquisas em saúde também é uma das atribuições do SUS (BRASIL, 1990) e ocorrem dentro de normas éticas e com consentimento dos/as sujeitos que se dispõem a tal. O ZIKV, como já dissemos em capítulos anteriores, é um fenômeno novo para a ciência brasileira, e a oportunidade de desvendá-lo também necessita da participação das mulheres envolvidas nesta problemática. Ousamos dizer que no caso do ZIKV, na realidade o problema está na realização das USG em quantidade aquém do necessário. Conforme dissemos à página 128, os dados do MS não nos

permitem analisar a relação entre o percentual preconizado e a quantidade ofertada de USG para mulheres infectadas pelo ZIKV, no entanto, é possível observar (Mapa 4), que em 2014, o maior percentual de mulheres que realizaram menos de 7 consultas de pré-natal foi registrado nas regiões norte e nordeste¹³³. Estes dados nos dão pistas acerca da cobertura de USG durante o acompanhamento pré-natal.

Mapa 7: Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal/ano – 2014



Fonte: <http://sage.saude.gov.br/#>, 2019.

¹³³ O Relatório **Esquecidas e desprotegidas: o impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no nordeste do Brasil**, aponta que mulheres e meninas de Pernambuco e da Paraíba encontraram dificuldades para acessar pelo SUS exames de ultrassom especializados, o chamado ultrassom morfológico, que detecta diferenças no desenvolvimento fetal, incluindo a microcefalia. Ainda conforme este relatório, o MS destinou recursos para secretarias estaduais e municipais para que fossem feitos testes rápidos de gravidez e para a realização do segundo ultrassom preconizada no contexto do ZIKV. Segundo o MS, as verbas seriam suficientes para a realização de 2,1 milhões de ultrassons, em torno da 30ª semana de gestação. Para o MS, esse número seria suficiente para atender à demanda das mulheres grávidas, porém, não foi dito por quanto tempo (HRW, 2017).

No que se refere aos exames laboratoriais específicos para triagem infecciosa, o Protocolo estadual segue as orientações do MS veiculadas na primeira versão do protocolo federal, sendo a coleta de: sangue do cordão umbilical, fragmentos de placenta, líquido cefalorraquidiano do RN e sangue da mãe, não incluindo a coleta de urina da mãe e do bebê. A partir da segunda versão do Protocolo do MS, foi incluída a coleta de urina da mãe, e na quarta versão inclui-se a coleta de urina do RN, esta atualização, apesar de não constar no Protocolo da SESA, foi incluída na rotina do município de Vitória. Os exames inespecíficos também permanecem os mesmos recomendados pelo MS.

*“Mudou também o próprio Protocolo do Ministério pra coleta pós parto né, que a gente coletava fragmento de placenta, líquido, sangue de cordão, então isso mudou, **hoje a gente faz urina do bebê, deu uma simplificada porque o exame também ficou mais tecnológico** [...]. Então, o próprio protocolo foi mudando e **a gente foi se adequando**” (GESTÃO MUNICIPAL).*

Após o nascimento, a oferta de assistência em saúde às crianças com SCZ também segue algumas recomendações. O MS recomenda a ampliação no número de Centros de Referência em Reabilitação (CER) (BRASIL, 2015; 2016b).

Em 2016, havia por parte da SESA, a intenção de estruturar um Serviço de Referência para atender aos portadores de Microcefalia e/ou outras Alterações Neurológicas (SRAN). Conforme a proposta, os municípios de Vitória e demais localidades do ES seriam referenciados para o Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves, mais conhecido como HIMABA, localizado em Vila Velha, município vizinho a Vitória.

O projeto previa o funcionamento do SRAN neste hospital devido a necessidade de localização próxima a um serviço de alta complexidade apto a atender integrando cuidado ambulatorial e hospitalar (SESA, 2016c)¹³⁴. Entretanto, esse projeto não teve continuidade, o que levou a SESA a referenciar o serviço de neurologia infantil para os casos de SCZ ao Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG), em Vitória. A mudança de gestão do HIMABA passando para uma Organização Social de Saúde (OSS) ocasionou este redirecionamento e o consequente esquecimento da implantação do SRAN no ES.

¹³⁴ Documento de acesso restrito.

*“Naquele momento, o HIMABA tava em processo de virar OS. Isso é o que eu sei, porque é um serviço que não é de competência do município, é de competência do estado. Então, assim, **foram questões mesmo internas do estado lá, dentro do próprio HIMABA. Questões de gestão.**” (GESTÃO MUNICIPAL).*

*“Então, houve no início a intenção de fazer um Centro de Referência pra gente poder criar protocolos de seguimento, mas não deu certo...E houve uma mudança de gestão no HIMABA[...]. No contrato não contemplava o Zika, por isso que eles queriam que eu saísse de lá. **Eles não queriam os menino da Zika lá. Menino da Zika lá ia dar problema, tinha que fazer muito exame, muita coisa, e não estava contemplado no contrato.** [...] então eu precisava trazer as crianças pra cá (HEINSG) [...]. **Mas esse centro, infelizmente, ele nunca saiu do papel...**” (E-H1).*

O SUS é uma política complexa e sua gestão tem sido situada como desafiadora. Uma saída apontada pelos governos é a transferência da gestão dos serviços públicos de saúde para as chamadas Organizações Sociais de Saúde (OSS). Em torno dessas organizações estão os discursos da eficiência e efetividade no uso dos recursos públicos e organização da oferta da assistência, além do **engodo da não privatização**. Entretanto, afinadas com a perspectiva que apontamos no capítulo 3 – onde a dinâmica financeira se sobrepõe às políticas sociais – as OSS significam a maior inserção do setor privado na gestão e na oferta dos serviços públicos, num movimento nacional que responde a um processo internacional de reestruturação do capital, ancorado em reformas setoriais (REIS; COELHO, 2019).

Além da sanha do capital sobre os recursos públicos, também é preciso dizer que a gestão de serviços de saúde – se consideramos a função fundamental da saúde vinculada à vida **de todas as pessoas** – não deve ser guiada pelos ditames do mercado. Acatar esta visão e apegar-se às OSS como salvadoras da gestão pública é compactuar com a lógica que acha normal **se livrar de menino da Zika para evitar problemas**, ou seja, **o foco é evitar gastos, em detrimento de ofertar a necessária assistência em saúde**. Utilizando as palavras de Campos (2018), falar em efetividade no serviço público deve levar em conta a inclusão social como indicador dos impactos das políticas sociais no bem estar das pessoas. Do mesmo modo, a eficiência deve ser medida considerando a exclusão de pessoas que precisam de cuidado, quando os serviços operam **medidas racionalizadoras postas pelo economicismo**.

Seguindo esta trilha, projetos cuja amplitude pretende garantir direitos e ofertar assistência integral em saúde ficam restritos às letras e papéis oficiais, não ultrapassando a mera intenção, como no caso da implantação do SRAN.

Paralelamente, cria-se um movimento de desvalorização e sucateamento do que é público, enaltecendo a ilusão de que o bom só existe no privado.

*“[...] eu acho que falta realidade. O gestor ele tem que... Não tem que vir aqui no hospital um dia na vida dele e avisar com dois meses de antecedência. Ele tem que vir aqui todo mês, um dia e pá! E ver como é que tá. Eles têm que fiscalizar. Existe uma necessidade de fiscalização que não é feita. É feita quando não é do Estado. **Agora, quando é do Estado não é por quê? Por que lá no HIMABA eu não posso ter um teto assim (aponta para o teto com mofo) e aqui eu posso?** O dia que o HIMABA virou uma OS, virou um serviço de administração terceirizado, no outro dia tava cheio de comissão de secretaria de saúde lá verificando, se tem mofo, se tem mesa quebrada, se tem... Então assim, quando é do Estado não tem nenhuma comissão?” (HEINSG 1).*

Esta *matrix* criada a partir do descaso com o que é público, do redirecionamento de recursos, entre outros fatores, favorece a criação de uma imagem do serviço público como o lugar inóspito, insalubre e ineficiente, ao passo em que no privado tudo funciona. Respondendo à nossa entrevistada e a você, leitor, a intenção de destruição da saúde pública (que é de todos) como pavimento para o caminho da privatização (que é só para quem podem pagar) é o que justifica a decadência das paredes como face concreta da questão.

Outra mistificação importante está relacionada à ideia de que os contratos com as OSS garantem a fiscalização. Os contratos estabelecidos com estas instituições são dotados de uma flexibilidade que se respalda na ausência de um padrão nacional de fiscalização, já que os contratos variam entre estados e municípios. Os argumentos apontam para uma maior fiscalização das OSS por parte do Estado, no entanto há uma realidade fragilizada no âmbito da fiscalização (TRAVAGIN, 2017). Outro agravante é que ao transferir recursos e serviços públicos a empresas do setor privado de saúde, o empresariado/elite associados ganham espaço para intervir em decisões públicas, reforçando práticas clientelistas, num movimento que ajuda a desmantelar o controle popular preconizado pelos princípios do SUS (TRAVAGIN, 2017.)

A entrada das OSS representa uma das faces do que dissemos no capítulo 3. Trata-se de redirecionar (via administração indireta) recursos públicos ao mercado privado de saúde e, conseqüentemente, ao capital. Ao pesquisarem a natureza das OSS, Moraes et al. (2018) revelam a verdadeira identidade destas organizações:

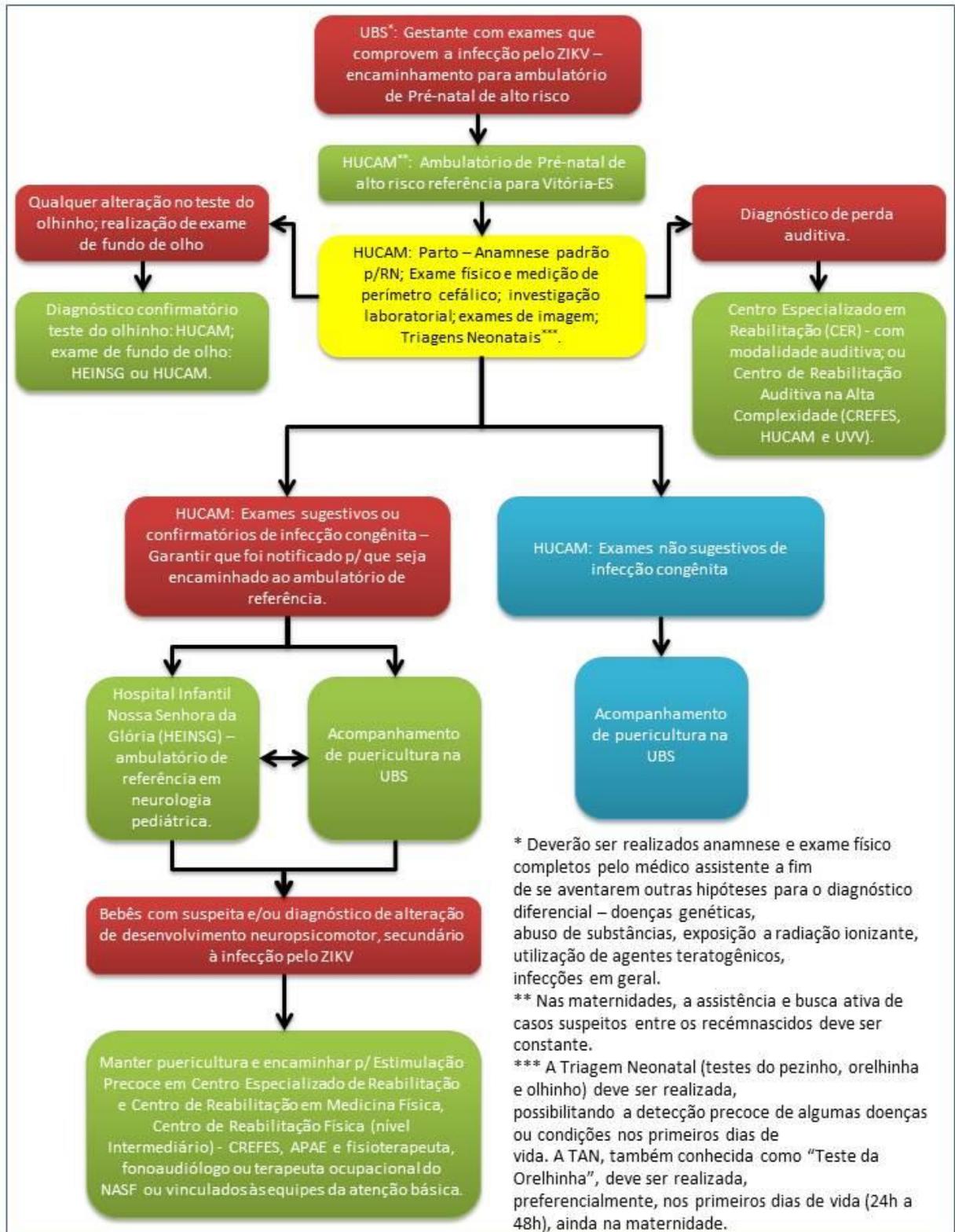
Os resultados da pesquisa **põem em xeque a natureza não lucrativa das OSS** como entidades do “terceiro setor”, cabendo indagar **por que em uma**

sociedade de mercado essas entidades estariam motivadas tão-somente pelos valores da filantropia, da solidariedade social ou do interesse público. [...] foi possível observar que as organizações privadas ditas de interesse público – neste caso, as OSS – carecem de expressivas e permanentes transferências do fundo público para seu financiamento, expansão e consolidação. Quer dizer, ao mesmo tempo em que as OSS se afirmam por estratégias as mais atuais e incitantes do sistema do capital, estratégias de fazer o dinheiro se valorizar e de criar valor, **elas tornam a referendar antigas práticas que vão distanciando o sistema de saúde brasileiro de sua condição de público e democrático** (MORAIS et al., 2018, p. 10-11).

Este canto da sereia (MONTAÑO, 2001) atinge a todos, inclusive aos/às profissionais que estão cansados (e com razão) de conviver com péssimas condições de trabalho, o que a nosso ver, não justifica a aceitação do discurso das OSS, mas deveria sim impulsionar a reivindicação de recursos e a valorização dos serviços públicos como responsabilidade do Estado e não do mercado.

Quanto às demais orientações do Protocolo estadual, observamos a prioridade de orientações cujo **mote central é responder principalmente a questões biológicas e epidemiológicas** (conforme MS). Assim, o Protocolo estadual apresenta um trajeto para a assistência aos casos de SCZ partindo da Atenção Básica, maternidades, serviços especializados para consultas, exames e serviços de reabilitação. Abaixo, ilustramos o itinerário assistencial proposto pela SESA (Fluxograma 6). E, em seguida destacamos como se deu a inserção de cada serviço (a nível estadual) na composição deste fluxo.

Fluxograma 6: Fluxo de atendimento determinado pela SESA, segundo Protocolo.



Fonte: Protocolo de assistência a gestantes com suspeita de Zika vírus e bebês com Microcefalia 2015-2016 (SESA, 2016). Sistematizado pela autora, 2018.

A materialização deste trajeto assistencial ocorre em meio a determinantes diversos da realidade concreta dos serviços, que envolvem a subjetividade e as condições de vida dos usuários e profissionais, bem como os recursos disponíveis para o trabalho em saúde. Nos serviços vinculados ao estado, o relato dos/as profissionais entrevistados revela (de maneira geral) uma avaliação positiva quanto à assistência ofertada. Podemos resumir as avaliações em uma frase: **“dentro do possível é feito”** (CREFES 2). No entanto, até mesmo o possível encontrou e ainda encontra muitos obstáculos para se concretizar. Ao visitarmos os serviços e conversarmos com os/as profissionais que os conduzem cotidianamente, foi possível verificar algumas lacunas entre o direito prescrito e a realidade.

4.2.1 – O HEINSG e o ambulatório do ZIKV.

“[...] tinha que ter uma pessoa que abraçasse o Zika como seu. Alguém interessado.”
(HEINSG 1)

No Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG), também conhecido como Infantil de Vitória – hospital sob gestão estadual –, funciona o ambulatório de neurologia infantil para os casos suspeitos ou confirmados de SCZ. Este ambulatório foi determinado como referência no fluxo montado pela SESA (Fluxograma 3) para atender todo o estado do Espírito Santo (ES). O objetivo do acompanhamento no ambulatório de neuropediatria para Síndrome Congênita do Zika (SCZ) é acompanhar o desenvolvimento e fazer o controle de comorbidades como epilepsia, refluxo, disfagia, entre outras, que podem surgir em decorrência da síndrome. A partir da ida a um congresso, em 2015 e tomar conhecimento do Zika e da ocorrência de microcefalia em algumas crianças, por iniciativa própria, a entrevistada HEINSG 1 dirigiu-se à SESA informando sobre a questão e oferecendo-se para contribuir. A partir disso, passou a ser a referência em neurologia infantil determinada pela SESA para os casos de SCZ no ES.

“Em novembro de 2015 teve um Congresso Brasileiro de Neurologia, e eu fui nesse congresso, e lá a Vanessa¹³⁵ encaixou uma aula pra poder falar

¹³⁵ Dr^a Vanessa Van der Linden é médica neuropediatra e junto com sua mãe, Dr^a Ana Van der Linden, também neuropediatra, começou a notar um aumento no número de crianças nascidas com um tipo diferente de microcefalia. Inicialmente, junto com Dr^a Adriana Melo, elas suspeitaram de que

*desses casos que estavam aparecendo em Pernambuco. Eu voltei do congresso e pensei: gente, o negócio tá acontecendo aqui no nordeste, é claro que deve ter caso aqui no Espírito Santo já! Nisso, **eu peguei minha pastinha, pus debaixo do braço e fui lá na Secretaria de Saúde**, bati lá e falei: gente, vocês tão sabendo que tá tendo uma epidemia de Zika vírus? Que tá tendo microcefalia? E eu simplesmente falei: gente, vocês tão precisando de ajuda? Eu quero ajudar, porque vai precisar! [...] aí eu virei a referência e a gente começou a entrar em contato com as Secretarias de Saúde, **eu que estruturei esse serviço.**” (HEINSG 1).*

Segundo o Boletim Epidemiológico de nº 36 do ano de 2015 (até a SE 45 – início de novembro), 18 unidades da federação já registravam casos de transmissão autóctone do ZIKV, entre elas o ES. No caso da microcefalia, a partir do boletim nº 45 (até a SE 49 – final de novembro e início de dezembro), o ES passa a constar como estado com casos notificados. O voluntarismo de HEINSG 1 revela seu lado positivo, pois pode ter sido um fator que fortaleceu as ações da SESA à época de emergência do ZIKV no ES, já que em 2015 o ES já registrava casos de ZIKV. Entretanto, os limites dessa conduta também devem ser observados.

O dever de ofertar assistência em saúde é atribuído ao Estado e operacionalizado por meio das diversas responsabilidades pactuadas entre os entes federativos. As secretarias de saúde estaduais e municipais possuem seus sistemas de regulação e de organização da demanda, sendo estas as instâncias responsáveis por operacionalizar a entrada dos usuários nos serviços especializados, a partir da atenção básica. No caso do ambulatório da SCZ no ES, houve o protagonismo da profissional de referência, configurando uma situação positiva (pelo altruísmo e disposição/dedicação profissional), mas limitada, considerando a capacidade individualizada para gerir as demandas de saúde colocadas pelo ZIKV.

Inicialmente, os atendimentos não eram agendados via regulação e foi criado um e-mail, através do qual as Secretarias de Saúde dos municípios realizavam os agendamentos diretamente com a neuropediatra. A partir do momento em que o número de casos foi aumentando, houve a preocupação e a necessidade de formalizar esse acesso, momento em que as consultas passaram a ser reguladas pela SESA.

*“[...] eu fiz um e-mail no Gmail, e aí as Secretarias de Saúde me mandavam os pedidos de consulta por esse E-mail pra eu poder agendar. E eu que gerenciava isso tudo. Aí foi passando a epidemia, os **números começaram a aumentar muito, eu não estava dando conta e eu pedi pra poder esse***

a microcefalia estaria ligada ao citomegalovírus, mas os padrões de calcificação no cérebro dos bebês eram diferentes de tudo que elas já tinham visto antes (DINIZ, 2016).

negócio entrar pra regulação. *Inclusive, porque tava tudo extremamente centralizado em mim. E aí eu falei assim: gente, e se eu adoecer? Sei lá, se eu morrer amanhã... Quem que vai conduzir isso aqui? Tem que funcionar de uma forma institucionalizada, não pode depender só de mim. Eu quero continuar atendendo eles, mas, **precisa ter uma coisa formal. Isso foi uma outra briga... Porque eu parei. Eu finalizei o e-mail e falei: olha, agora é tudo via SISREG***" (HEINSG 1).

*"[...] **uma das médicas, que era por questões pessoais, que se identificava, tinha feito um fluxo direto com ela, e aí isso em algum momento, acredito que não agradou a direção ou as instâncias de responsabilidade e isso foi rompido [...]. Hoje, já vai via SISREG**"* (GESTÃO MUNICIPAL).

Não estamos aqui querendo estabelecer uma separação entre a gestão e os profissionais dos serviços, desse modo estaríamos nos contradizendo e indo contra a perspectiva de gestão em que acreditamos, ou seja, a participativa. Entretanto, há que se reconhecer os limites que estão postos na realidade dos profissionais de saúde e que, inclusive, impactam sua ação profissional. O SUS conforma uma engrenagem vasta e complexa, onde cada um deve colaborar dentro de suas responsabilidades e capacidades profissionais.

Por outro lado, há falhas na regulação. Na maioria das vezes, os encaminhamentos não observam os critérios estabelecidos, como destaca a entrevistada:

"Que é isso, é criança normal que a mãe teve suspeita de Zika na gestação ou confirmado, e crianças com microcefalia a esclarecer." (HEINSG 1).

No entanto, devido a erros na regulação, o ambulatório recebeu crianças com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), dor de cabeça, entre outras indicações não correspondentes ao ZIKV.

"[...] já me encaminharam criança que era prematura, que teve uma anóxia e aí ficou microcefálica... Não gente, isso não é pra mim, é pro neurologista geral, ela teve uma microcefalia explicada por uma falta de oxigênio no parto, então não é Zika! Já me encaminharam toxoplasmose congênita confirmada [...] E eu tenho duas vagas de manhã e duas vagas de tarde pra primeira consulta. É uma peleja! Eu falo assim: gente, qual a dificuldade das pessoas da regulação de ver ali ó, o pré-requisito? Então, acaba que quando chega aqui eu olho, se se encaixa fica comigo, se não, eu mando de volta pra rede" (HEINSG 1).

Desta forma, a própria neuropediatra acaba por fazer a triagem, assumindo um trabalho que também não lhe cabe e é imposto devido a erros na regulação. Esse tipo de erro gera transtornos para o paciente, para a médica e ainda, causa demora no acesso das crianças que precisam de atendimento por conta do ZIKV, bem como para as que precisam de neuropediatra por outras questões de saúde.

Quando as crianças conseguem dar entrada no ambulatório de ZIKV, há um período pré-estabelecido de acompanhamento, mas com possibilidade de retorno caso a criança apresente complicações posteriores. Nos casos em que a mãe teve Zika ou quadro sugestivo e ainda, PCR positivo, mas a criança não apresenta nada, ainda assim, o acompanhamento se dá até os 2 anos de idade. Mesmo recebendo alta, as famílias são orientadas a voltar ao serviço, caso a criança apresente qualquer intercorrência ao longo do crescimento e desenvolvimento (dificuldades na fase escolar, alterações de fala e linguagem, entre outras questões). No momento da alta a família da criança recebe um relatório de todo o atendimento realizado e um cartão para retorno com data em aberto. Como nos demais serviços, a evolução da criança é que determina a alta ou a permanência em acompanhamento.

*“Quando chega aos 2 anos eu dou alta do ambulatório e falo: ó, você não é caso de Zika congênita, mas se tiver alguma intercorrência, algum problema, você vai voltar aqui, vocês são pra sempre meus. Mas **se até os 2 anos, 2 anos e meio, a criança foi totalmente normal, eu não estou mantendo essa avaliação. Depois, se aparecer alguma coisa, eles tem a liberdade de voltar aqui [...]. Mas esse acompanhamento seriado a gente não tá fazendo**” (HEINSG 1).*

Ainda sobre o trabalho neste ambulatório, outra dificuldade foi apontada. Apesar da complexidade, urgência e fatores ainda desconhecidos da SCZ, o ambulatório não conta com uma equipe multidisciplinar, apenas o atendimento com neuropediatra. Em Vitória, se necessário à família acessar especialistas de outros serviços, é via regulação e, para outros especialistas dentro do próprio HEINSG, o atendimento não precisa passar pelo SISREG, mas não tem particularidades, ou seja, as crianças são atendidas como as demais.

*“**Aqui no Infantil sou só eu que acompanho as crianças, não tem equipe multidisciplinar, nada disso, elas vem aqui pra uma consulta. A gente não é um grupo multidisciplinar que atende junto, faz reunião clínica, discute os pacientes... Isso a gente infelizmente não tem. Não é feito nada de... Ah, a assistente social avalia pra ajudar? Não. O fisioterapeuta tem aqui? Não. Fono tem aqui? Não. O que tem aqui é assim, tem o ortopedista, eu preciso do ortopedista eu encaminho, mas essa criança vai praquele ortopedista como qualquer outro paciente, não existe um atendimento especial ou de grupo porque é uma criança com Zika**” (HEINSG 1).*

A esse respeito, as três primeiras versões dos protocolos do MS (sendo a 1ª de 2015, ano em que foi criado o ambulatório) citam a assistência por equipe multiprofissional, especificamente, ao recomendarem a estimulação precoce (EP),

ou seja, os CER devem ofertar este tipo de assistência. Nestes documentos, a atenção primária deve ser o elo entre os demais serviços, incluindo especialistas, ressaltando uma orientação intersetorial e de articulação entre os diferentes serviços e níveis de atenção da rede.

Já a partir da quarta versão, elaborada em 2017, ao tratar da alta do recém-nascido (RN), o MS orienta que o plano de alta da criança seja vinculado “[...] aos serviços que promovem o cuidado ambulatorial e/ou domiciliar para atendimento multiprofissional” (BRASIL, 2017a, p. 79) citando vários profissionais, entre eles o neuropediatra. Contudo, o documento sempre que menciona o trabalho multiprofissional não diz que os profissionais devem estar alocados no mesmo serviço. Esta recomendação só é especificada no que se refere à EP, ao destacarem a promoção de “[...] um modelo de atuação multiprofissional e interdisciplinar” (BRASIL, 2017a, p. 92) como um dos objetivos de um programa de EP.

Em termos estruturais do serviço, não houve nenhuma mudança no HEINSG para o funcionamento do ambulatório de SCZ. Contudo, o aumento da demanda para SCZ, fez com que o ambulatório geral de neurologia infantil ficasse a cargo de outros profissionais. Também não houve nenhum tipo de treinamento para o atendimento às crianças, o que não é visto como um problema para a entrevistada no âmbito da sua prática profissional. Entretanto, no que se refere às necessidades dos usuários que estão para além da medicina, a ausência de uma equipe multiprofissional é percebida.

*“Laudo para passe já é automático pra mim. O benefício do INSS já é automático pra mim, agora assim, fralda? Não sei. Leite? Não sei. [...] de repente seria interessante eu ter tido um treinamento pra isso: as crianças do Zika tem direito a tudo isso aqui, de acordo com a sua avaliação você vê e no quê que se encaixa. Esse preparo eu não tive... **Falta uma equipe multidisciplinar interessada. Isso falta, e isso é muito ruim**” (HEINSG 1).*

Entre os profissionais citados pela entrevistada, e que poderiam fazer parte do ambulatório, está o serviço social. O trabalho do assistente social no HEINSG é situado pela entrevistada como restrito ao ambiente interno do hospital. No entanto, também não houve nenhuma tentativa de acionar estes profissionais para o ambulatório de SCZ diante das demandas sociais. Ou seja, a articulação entre setores e serviços no interior de uma mesma instituição (HEINSG) não se apresenta

simples ou automática. Requer que a instituição e os profissionais destinem tempo e ações concretas para tal, corroborando algo que dissemos anteriormente.

“Dentro das minhas consultas aqui são quase três páginas de anamnese, de exames, de técnicas, mas às vezes eu não faço uma anamnese social nessa mãe... Pra mim as assistentes sociais que ficam lá na salinha são pros pacientes internados [...]. Eu tenho essa característica de querer abraçar tudo, fazer tudo, mas eu sei que tem profissionais que se prepararam pra isso, que estudaram, eu não posso querer dar conta de tudo. Até porque, quando você tá dando conta de tudo, ninguém quer saber se você tá precisando de alguma coisa” (HEINSG 1).

A assistência ofertada no HEINSG esbarra em dificuldades importantes, mas também encontra êxito em algumas ações. No âmbito do atendimento neurológico que depende do uso de medicação para controle de crises, a médica referência relata que o acesso à medicação foi garantido pela SESA, sendo esta uma grande aliada no acompanhamento neurológico.

“O que tá no meu escopo, isso eu consigo. Falta de remédio não é um problema que eu enfrento aqui, por exemplo. E o grande aliado meu é a criança ter acesso a medicação pra gente conseguir tratar. Então isso a gente consegue fazer direitinho” (HEINSG 1).

As principais dificuldades relatadas referem-se à **gestão**; acesso a serviços de **reabilitação**; demora no acesso a outros **especialistas** (gastroenterologista, oftalmologista) e ausência de geneticista; demora para a realização de **exames**, além da ausência de **equipe multiprofissional**. Estas e outras dificuldades também foram citadas pelos profissionais dos demais serviços, conforme veremos adiante. Em linhas gerais, nossa entrevistada sente falta de alguém que abrace o ZIKV como sua responsabilidade e os problemas enfrentados estão ligados à ausência de vontade para gerir o serviço e não à falta de recursos.

“Falta gestão, falta vontade, falta aquilo que eu te falei lá no início, a pessoa se comprometer. As paredes do hospital aqui dentro, dentro dessa enfermaria, acho que a última vez que elas foram pintadas foi quando eu fiz residência aqui, eu saí daqui em 2010, tá assim sabe, rancando os pedaços. Sabe, assim, mão suja? Tá tudo preto, você olha e fala assim: meu Deus, que lugar é esse?! Não tem dinheiro pra comprar uma tinta pra poder pintar ali? Lixar e pintar? Então, dinheiro tem. Não tem é gestão e assim, vontade pra sabe... Tipo assim, vamos criar uma pessoa aqui pra ficar de olho nessa parte. Às vezes até tem a pessoa né, mas... [...] Então assim, e pessoa eu sei... Por isso é que eu acho que tinha que ter uma pessoa que abraçasse o Zika como seu, é minha responsabilidade, eu tenho que fazer esse negócio funcionar” (HEINSG 1).

Se consideramos o que já apontamos em linhas anteriores, temos motivos para ponderar sobre essa visão que atribui todas as dificuldades à gestão. Também acreditamos que **a falta de vontade** ocorre, em muitos casos, pois o SUS se faz com pessoas, além de recursos, e pessoas divergem ideologicamente, moralmente, profissionalmente, entre outras questões. Entretanto, a gestão não é o problema central (apesar de ser uma dificuldade importante), se assim o fosse, não teríamos estudos apontando falhas persistentes e aumento de gastos sem melhora de qualidade em serviços geridos por OS's e ainda, o distanciamento do SUS de princípios como a participação social e a democracia (MORAIS et al., 2018; TRAVAGIN, 2017; ANDREAZZI, BRAVO, 2014; LIMA, BRAVO, 2015, entre outros). Queremos dizer que a estruturação da rede de assistência aos casos de SCZ, e também a outras demandas postas ao SUS, carece de um olhar ampliado, através do qual podemos descobrir a complexidade de elementos que impactam a conformação da rede de cuidados.

Seguindo com o protocolo estadual, no que tange ao acesso a outros especialistas, o acesso também inclui outros serviços tanto em nível estadual quanto federal. O Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), ficou responsável pelo ambulatório de gestação de alto risco e triagem oftalmológica dos bebês, além dos exames de rotina já recomendados após o nascimento da criança. Já a triagem auditiva ficou a cargo da Policlínica da UVV e do CREFES. Este último, apesar de incluído no fluxo como serviço para ofertar estimulação precoce, funcionou como apoio a famílias e crianças que não conseguiram atendimento em seus municípios, ou até os serviços locais se adequarem para absorver a demanda. Abaixo (Figura 12), ilustramos como o HEINSG se insere na rede.

Figura 12: Os elementos que perpassam o HEINSG para a oferta da assistência aos casos de SCZ.



Fonte: Entrevistas. Sistematizado pela autora (2019).

4.2.2 – O CREFES, apoio na estimulação precoce.

“É tudo muito previsto, mas na prática...”

(CREFES 1)

O Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES) está cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Clínica e Centro de Especialidade e para funcionar como Hospital Geral ambulatorial, sob responsabilidade estadual. A instituição consta no fluxo estadual como serviço de referência para o Teste da Orelhinha e reabilitação auditiva, bem como estimulação precoce e reabilitação. O CREFES é um Centro Especializado de Reabilitação (CER) e segundo dados do MS/SAGE (2019) não está cadastrado como serviço de estimulação precoce. Conforme a Portaria nº 1.303, de 28 de junho de 2013 (MS,

2013a), os CER são classificados segundo tipo e área de reabilitação em que atuam. O CREFES é um CER de tipo II, prestando serviços nas áreas de reabilitação auditiva e física (MS/SAGE, 2019e).

A Constituição Federal (BRASIL, 1988), em seu artigo 23, capítulo II, estabelece que “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”. Seguindo esta normativa, a Portaria do MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002, instituiu a **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. As principais diretrizes desta Política devem ser implementadas com **esforços dos três níveis de gestão**, além das parcerias institucionais necessárias visando: promover a qualidade de vida; prevenir deficiências; **ofertar atenção integral à saúde**, melhorar mecanismos de informação; capacitar recursos humanos e organizar o funcionamento dos serviços.

No contexto do ZIKV, o governo federal recomendou a ampliação do número de Centros Especializados de Reabilitação (CER), além de anunciar a ampliação do Plano Viver sem Limite¹³⁶. Em 2017, o Ministério da Saúde (MS) informou que há no Brasil 190 CER e 1.862 serviços de reabilitação credenciados pelos gestores locais (municipal/estadual). Até agosto de 2017, os dados também apontam a implementação de 67 novos CER (MS, 2017e). Entre estes, foi o incluído o CREFES, único serviço do tipo no ES e já existente antes do ZIKV.

Identificamos que a maneira como o CREFES foi acionado para orientar quanto às ações de EP se deu de modo informal, a partir do contato entre profissionais, apesar do serviço estar elencado como parte da rede assistencial do estado. Havia uma demanda reprimida, que foi identificada e levada até os profissionais da instituição pela neurologista de referência para SCZ no ES. O contato se deu, pois havia a necessidade de agilizar os atendimentos no âmbito da reabilitação enquanto instituições como APAE e Pestalozzi se organizavam para atender. No caso de Vitória, o serviço conveniado ao município, ou seja, a APAE de Vitória, absorveu a demanda que lhe cabia (segundo entrevistados/as da APAE). O mesmo não ocorreu nos serviços de reabilitação do interior do estado. Assim, os munícipes destas

¹³⁶ Sobre o Plano Viver sem Limite ver página 126.

localidades conformaram, majoritariamente, o número de casos atendidos em EP pelo CREFES.

*“[...] nosso primeiro contato com a Zika foi uma reunião que nós tivemos com a médica que é neuro, e o CREFES se propôs então a agilizar o atendimento dessas crianças. Então o que nós fizemos pra agilizar? Fizemos essa triagem em conjunto. E nesse mesmo dia já colocamos as primeiras orientações às crianças, né. E fechamos as reuniões de equipe que sempre acontece uma vez por semana com essas crianças. **A demanda maior que a gente viu foi do interior, né. E o pessoal que era da grande Vitória, que eu lembro, a indicação, né, a questão da deficiência intelectual sempre tava ficando nas APAE's e Pestalozzi's. Enquanto essa demanda não era absorvida a gente ficou com essas crianças em tratamento, priorizou o tratamento delas**” (CREFES 2).*

*“[...] A função do CREFES não é ser uma APAE, o CREFES é um Centro de Referência de Reabilitação, então, assim, você vai lá, é avaliado por uma equipe, mas a fisioterapia, a fono que tem que fazer, aquilo ali tem que ficar perto do domicílio da criança. [...] **a gente não tava conseguindo eu pedi socorro pro CREFES e ela foi pra lá. 1 ano e não sei quantos meses esperando. Isso não é um bom atendimento. Eu achei que na época do Zika isso ia mudar. Não mudou nada [o atendimento em reabilitação], continua tudo a mesma coisa**” (HEINSG 1).*

As diretrizes para EP, elaboradas pelo MS, propõe que essa deve ser ofertada em Serviços de Reabilitação que devem atuar articulados na rede de saúde, além das redes de educação e de assistência. Também devem criar fluxos e práticas assistenciais contínuos e coordenados. Estes serviços devem estar localizados o mais próximo possível da residência das famílias. Todavia, resguardada a beleza das letras da Lei, os relatos de nossos entrevistados evidenciaram que no ES, o ZIKV denunciou um cenário de insuficiência na capacidade dos serviços de reabilitação vinculados aos municípios, o que obrigou as famílias a se deslocarem para Vila Velha¹³⁷ em busca de atendimento. Neste caminho, a distância para chegar ao serviço e o transporte são dificuldades e, resguardados os esforços dos profissionais em acolher a demanda, a estrutura do serviço não possibilitou a oferta de atendimentos com mais frequência.

*“[...] **tem o problema da distância dos municípios né, e às vezes o transporte né, faltam muito as vezes né, porque não conseguem o transporte. Mas em termos de acompanhamento é de 3 em 3 meses. Até 1 ano de idade elas vieram e a gente fez a reunião a cada 1 mês de algumas crianças. Teve umas demandas de crianças com um quadro motor um pouquinho melhor, então você traz mais né. A gente trouxe mais perto, mas na grande maioria ficou de 3 em 3 meses. Devido à distância e até nossa estrutura de absorver toda essa demanda mesmo, então ficou de 3 em 3 meses. Mas essas demandas individuais eram realizadas**” (CREFES 1).*

¹³⁷ Município vizinho à capital Vitória.

*“É esse mesmo entrave assim, eu acho que tinha que ter mais profissionais pra poder fazer essas... Esses meninos, tudo que eles precisam assim, 80% do que eles precisam é reabilitação. Eles precisam muito, muito, e eles respondem sim, quando a coisa é feita você vê que eles respondem, sabe. Às vezes não vai, não é que a criança vai sair correndo, pulando, andando, mas **você vê a diferença da criança que é bem assistida, daquela que não é**” (HEINSG 1).*

As diretrizes de estimulação precoce recomendam a estimulação diária, várias vezes ao dia, mas alertam que deve ser um processo contínuo que deve continuar no ambiente doméstico. Na impossibilidade de a família estar todos os dias nos serviços, recomenda de uma a duas vezes por semana de atendimento com participação de profissionais e cuidadores, onde devem ser dadas à família orientações adequadas para a inclusão da estimulação na rotina diária da criança (BRASIL, 2016b).

Ousamos dizer que a EP é a intervenção mais importante junto às crianças afetadas pelo ZIKV. No entanto, os serviços que executam esta assistência carecem de melhorias, que não foram implementadas nem mesmo diante do cenário alarmante desenhado pelo ZIKV e pela síndrome a ele associada, sendo necessário recorrer à assistência do CREFES, para além de sua função matricial.

Conforme veremos adiante (ao falarmos da APAE de Vitória), no âmbito da estimulação precoce, o município não aumentou os investimentos, ao passo em que direcionou esforços em outras frentes, como por exemplo, o combate ao vetor e a assistência às gestantes. Não se trata aqui, de minimizar os esforços da SEMUS nas ações ofertadas (que são necessárias), inclusive, porque a APAE de Vitória foi citada como um “um ponto fora da curva” (HEINSG 1), no entanto, é preciso dizer que a **integralidade** e a organização da rede pode ser comprometidas, caso os olhares não contemplem todas as direções.

Ao receberem as crianças e suas famílias, os próprios profissionais do CREFES determinaram a prioridade no atendimento, especialmente para a confecção de órteses, pedido de cadeiras ou demais materiais produzidos diretamente na oficina ortopédica do serviço. O CREFES, apesar de ser um serviço importante na área da reabilitação, também não foi consultado ou incluído no Comitê instituído na SESA, já que esse Comitê funcionou apenas para a conclusão de diagnósticos e não para a discussão de outras ações. Também não houve a oferta de qualquer tipo de treinamento junto aos profissionais, apenas a disponibilização dos Protocolos do

MS: *“Foi nos dado o material que o ministério elaborou. Os Protocolos, tudo isso aí foi nos dado. Mas ninguém treinou... Não houve isso não”* (CREFES 1). A ausência de treinamento não é vista como problema pelos/as profissionais do serviço, tendo em vista que as ações ofertadas já fazem parte do cotidiano da instituição, ou seja, a estimulação precoce não é uma nova proposta de ação, conforme dissemos em linhas anteriores.

Para a oferta da assistência, os profissionais do CREFES apontam como dificuldade o acesso a outros especialistas (gastroenterologista e oftalmologista) que não compõem a equipe do serviço, contudo, apesar da demora relatada, o acesso tem sido possibilitado pela rede. Também relatam dificuldade em encontrar profissionais de reabilitação capacitados na área de neurologia, além da ausência de terapeutas ocupacionais (TO) nos serviços municipais. A rotatividade de profissionais nos outros serviços também é vista como problemática, pois prejudica o vínculo e a comunicação afetando o mecanismo de referência e contrarreferência. Outro problema se refere à burocracia e morosidade dos processos licitatórios para compra de cadeiras adaptadas e materiais para órteses e próteses. Estas questões criam entraves à oferta da assistência.

“Qual a maior dificuldade? Oftalmo! Até neuro tá um pouco melhor né, bem melhor com a estrutura de rede. Agora, oftalmo é difícil. Os exames, o gastro consegue, mas é sempre as mesmas dificuldades, é uma demora... Mas tá sendo visto, mesmo com a demora. Agora, no interior a gente tem a dificuldade do quê? Profissional. Não tem TO, aí eles ficam sem TO. A prefeitura troca profissional muito né, tem a questão política, tem a questão da dificuldade de salário, enfim... Mas o que a gente vê é as mães buscarem, né, os seus direitos, umas que não conseguem procuram o Ministério Público, tem até atendimento particular né, elas conseguem. Mas, assim, o que de demanda chegou a nós, elas tão bem encaminhadas nesse sentido, nas necessidades deles” (CREFES 1).

*“O que a gente tem um pouco de dificuldade aqui, mas aí é pra além do Estado, não é uma responsabilidade que é só do Estado, é que **quando a gente prescreve a órtese, as cadeiras e tudo mais, isso depende de uma licitação né, e isso é um processo que costuma ser muito devagar**”* (CREFES 2).

*“O que eu acho que poderia ser melhor é viabilizar uma **comunicação maior entre a gente e os profissionais das APAE's, das prefeituras que atendem essas crianças, principalmente no interior.** [...] esses profissionais tão lá e a gente tá aqui. A gente orienta a família, a família vai pra lá, mas não tem essa troca entre os profissionais”* (CREFES 3).

“O profissional troca muito lá. Quando você tem um profissional no interior que já tá há mais tempo nas APAE's, é automático já... Ou pelo encaminhamento que eles mandam por escrito, eles mesmo ligam, cria o

vínculo. Mas essa mudança toda... As trocas de profissional é sempre dentro da equipe um problema [...]” (CREFES 1).

Aqui, temos problemas em diferentes esferas: a) **garantia de benefícios e serviços**; b) **articulação intersetorial** e, c) **rotatividade nas equipes técnicas**. Problemáticas que configuram um cenário onde as famílias precisam da ação do poder judiciário para acessar direitos, e estes problemas não são infelizes novidades que vieram na bagagem do ZIKV. Desde seu surgimento, o SUS funciona com recursos insuficientes – sendo esta uma das principais bandeiras de luta dos que defendem a saúde pública – e se depara com problemas para manter sua rede de serviços, remunerar trabalhadores (garantindo concursos públicos e planos de carreira) e investir na ampliação de sua infraestrutura¹³⁸. Além disso, também enfrenta grandes interesses econômicos e financeiros vinculados às operadoras de planos de saúde, empresas ligadas à mídia, além de grandes indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares (PAIM, 2018).

Neste cenário amplamente tecnológico e baseado na priorização de procedimentos e intervenções mais rentáveis aos prestadores de serviço, vai se descortinando uma realidade dura para os que dependem majoritariamente de intervenções menos tecnológicas, porém, muito mais complexas, como por exemplo, a estimulação precoce.

Tem-se, sobretudo na área de assistência em reabilitação/estimulação precoce, o traçar de um caminho desfavorável aos que precisam destes cuidados. A fala do Estado dá ênfase à busca por novas tecnologias para controlar mosquito, ressalta a importância de engajamento e mobilização social e o fortalecimento de ações integradas, no entanto, pouco tem sido feito para apoiar as famílias de crianças com SCZ (SILVA et al., 2017). A síndrome e as múltiplas dificuldades a ela inerentes chamam a atenção para a antiga dificuldade do Estado em atender as necessidades das pessoas com deficiência, considerando os cuidados em saúde e os direitos

¹³⁸ No texto **Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente**, Lígia Bahia faz um balanço da política de saúde e destaca as relações ideológicas e de poder que perpassam o sistema, e que tem culminado em propostas reducionistas no âmbito da saúde pública. O artigo também fala da confusão entre os conceitos de público, filantrópico e privado, e também discute o lugar do SUS como um dos sistemas de saúde brasileiros, dada a existência de uma saúde suplementar privada, que conforma outro sistema. A autora destaca que o SUS não deve ser visto como um sistema preso aos limites do Ministério da Saúde, já que as políticas para a saúde não são geradas apenas nas entranhas de uma pasta específica. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00067218.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

sociais a que fazem jus (SCOTT et al., 2017). Além disso, vem à tona a necessidade de pensar as múltiplas questões que permeiam a vida de famílias com crianças que necessitarão de cuidado por toda a vida, incluindo a dependência de ações que assegurem **qualidade de vida**.

Por outro lado, os profissionais do CREFES também relatam haver êxitos na oferta da assistência. Para os/as entrevistados/as, a informação é uma importante ferramenta de trabalho, pois as orientações são utilizadas para potencializar o desenvolvimento das crianças. Após transmitirem essas informações, os/as profissionais percebem as mulheres mais seguras e compreendendo melhor o prognóstico de seus filhos e cada etapa do tratamento é entendida e aceita como fase importante do crescimento e desenvolvimento da criança. As orientações também fazem diferença na conduta da família com as crianças no ambiente doméstico, além de uma maior aceitação das condições de seus filhos. Para as/os profissionais, **a orientação bem feita ameniza os dilemas das famílias que ainda se encontram sem o atendimento adequado**. Neste serviço, a contrapartida das famílias é situada como elemento central para o sucesso do acompanhamento.

Também é visto como positivo, no que se refere ao ZIKV, a agilidade com que foi possível ofertar as órteses para as crianças e ainda, o entrosamento da equipe (junta há 30 anos), o que possibilitou maior harmonia interna para pensar a assistência a ser ofertada pelo serviço. A disponibilidade de neuropediatra na rede, especificamente para os casos de SCZ, também é relatada como facilitador da cuidado em saúde das crianças.

Em síntese, no contexto de emergência do ZIKV, o CREFES atuou respondendo a necessidades de órteses, cadeiras, na oferta de acompanhamento com fisiatra¹³⁹ e no reforço de orientações às famílias para a EP, ou seja, o esperado dentro de suas atribuições. Entretanto, o CREFES não registrou atendimento a crianças para triagem auditiva, apesar de também estar no fluxo estadual e contar com um polo de

¹³⁹A Fisiatria aborda a funcionalidade. [...] A Fisiatria é talvez a especialidade que mais traga para o centro da atenção a integração biopsicossocial do ser humano. Algumas especialidades médicas podem abordar dor ou paralisia, mas a Fisiatria vai mais adiante. Além de se preocupar com a dor, também leva em conta como esta dor impede o indivíduo de trabalhar. Além de se preocupar com a paralisia, também leva em conta como esta paralisia impede o indivíduo de barbear-se. Além de se preocupar com a doença, também leva em conta como esta doença impede o indivíduo de ser uma pessoa completa (SAAD, 2001).

audiologia. Os/as entrevistados/as não souberam nos dizer o motivo. Abaixo (Figura 13), uma síntese da participação do CREFES na rede.

Figura 13: Os elementos que perpassam o CREFES para a oferta da assistência aos casos de SCZ.



Fonte: Entrevistas. Sistematizado pela autora (2019).

4.2.3 – A Policlínica da UVV e a oferta da triagem audiológica.

“[...] acho que o serviço de saúde deveria ser melhor integrado.”

(Poli. UVV 2)

A Policlínica da Universidade de Vila Velha (UVV) funciona como um centro de práticas da Universidade e tem a função de Clínica de Especialidades na rede estadual. Está inserida no fluxo de atendimento às crianças com SCZ no ES por meio de convênio com o MS, mas contratualizado com a SESA, e específico para avaliação, diagnóstico e reabilitação auditiva.

No âmbito da emergência do ZIKV e casos de SCZ, o serviço foi acionado pelo setor de Coordenação da Pessoa com deficiência da SESA para a realização da triagem auditiva recomendada às crianças (exame PEATE, antigo BERA¹⁴⁰). Desse modo, a Policlínica da UVV passou a compor o fluxo criado pela SESA para todo o ES, no âmbito da triagem auditiva, junto com o HUCAM e o polo de audiologia do CREFES. Como dissemos, não foi possível incluir o HUCAM na pesquisa, e o CREFES não recebeu crianças para triagem auditiva. Por isso situamos a Policlínica da UVV como o serviço que, de fato, ofertou este atendimento.

O convênio com o SUS é limitado à parte de audiologia, reabilitação auditiva e fornecimento do aparelho audiológico. Sendo este também o atendimento garantido pelo SUS às crianças com a SCZ.

“A gente faz o exame, vamos supor que se caracterizou que ele tem perda auditiva, aí ele passa pelo otorrino daqui mesmo, aí é fluxo interno. Passa pelo otorrino, se o otorrino indicar aparelho auditivo ele recebe o aparelho auditivo pelo SUS. A maioria que a gente recebe, a gente tenta incluir no programa de reabilitação auditiva da gente. Só que às vezes vem um de fora e não consegue vir duas, três vezes na semana pra cá. Aí a gente pede pra eles fazerem a estimulação e reabilitação lá na cidade deles. Mas se for daqui de perto a gente acaba incluindo no programa de reabilitação auditiva, ele faz o acompanhamento aqui, com o aparelho auditivo” (Pol. UVV 2).

Quando da emergência do ZIKV, a instituição foi informada da possibilidade de uma demanda muito grande, em torno de 200 crianças, para as quais foi solicitado o atendimento de acordo com as possibilidades do serviço. Conforme ocorrido no CREFES, os/as entrevistados/as relataram que o serviço optou por priorizar os atendimentos entendendo a importância do diagnóstico precoce. Não foi estipulado um período de atendimento e esse fluxo existe desde a emergência do ZIKV, em 2015, até o momento em que realizamos a entrevista, em março de 2019. O serviço também não esteve envolvido no Comitê de Zika da SESA e, segundo as entrevistadas, após o pedido informal de triagem das crianças não houve mais nenhum contato, por parte da SESA, para tratar de assuntos referentes ao Zika.

O serviço foi orientado a atuar com **porta aberta** somente para os casos de SCZ suspeitos ou confirmados, desde que com o encaminhamento médico referente à Zika. No período citado, a Policlínica atendeu 9 crianças do município de Vitória, dentre estas, apenas 1 entre os casos confirmados de SCZ no município. “[...] houve

¹⁴⁰ Sobre o PEATE ver página 137.

um boom [sic] de casos nos anos de 2015 e 2016, em 2017 e 2018 sumiu, e agora, em 2019, estão aparecendo novos casos” (Pol. UVV 1).

*“[...] tinha uma previsão de vir umas 200 crianças. Eram muitas. A gente até ficou na dúvida: como a gente vai se programar pra atender? Porque a nossa agenda já tava lá pra abril, maio... Entendeu? Então, parar a agenda, desmarcar os pacientes, pra inserir esses... **Porque a Coordenação da Pessoa com Deficiência, do Estado, eles vieram aqui e solicitaram que a gente tivesse uma agenda pra essa demanda porque seriam muitos.** [...] a gente tem um convênio via Ministério da Saúde, mas o contrato é feito com a Secretaria né, porque a verba vem federal pro estado, e o estado repassa pra gente. E aí a porta era meio que aberta né, G¹⁴¹?” (Pol. UVV 2).*

“Era totalmente aberta! Telefone, presencial pela família ou pelo telefone também pela Unidade de saúde, entendeu? Eles não estipularam data que viria, de quando a quando, até hoje liga pra falar que tem suspeita de Zika.” (Pol. UVV 1).

Na Policlínica as crianças são avaliadas por pediatras, sendo o tempo de acompanhamento uma questão que ainda causa dúvidas. Atualmente as crianças recebem alta aos 2 anos de idade, caso tenham exames sem alterações.

“Aqui retorna com 6 meses, fez, deu normal, volta com a idade de 2 anos, deu normal, tem alta. Porque assim, isso é uma coisa que me preocupa... Porque o citomegalo¹⁴² ele pode ficar escondidinho e reativar, e a perda aparecer de 2, 3, 4, 5 anos. A minha grande dúvida com o Zika é se eu vou dar alta ou se eu vou ficar acompanhando igual citomegalo. Esse é um grande problema. Ainda não achei um estudo que me mostrasse. De repente a gente pode já deliberar daqui que a gente não vai dar alta com 2 anos. Porque eu não sei como se comportaria esse vírus... Eu não sei se esse vírus fica escondidinho e numa queda de imunidade da criança ele faz um quadro sistêmico e pega alguma coisa de via auditiva, não tem estudo sobre isso, a gente até procurou. Então, a alta aos 2 anos as vezes me preocupa, eu fico: meu Deus e se for uma coisa desse jeito?” (Poli. UVV 3).

Conforme relatado, ainda não há estudos que orientem a tomada de decisão quanto ao tempo de acompanhamento audiológico das crianças atingidas pelo ZIKV. Nos protocolos que analisamos também não encontramos nenhuma informação a esse respeito. Mas há um consenso: **as crianças devem ter seu crescimento e desenvolvimento monitorados.**

Na Policlínica, **os êxitos na oferta da assistência se referem ao que depende exclusivamente do serviço**, já que o mesmo possui todos os recursos para realizar as avaliações auditivas. O fato de a SESA ter autorizado o serviço a atender os

¹⁴¹ Inicial fictícia.

¹⁴² Refere-se ao citomegalovírus, um dos vírus que compõe o grupo de doenças verificadas durante a gestação, o chamado STORCH (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes). Após o ZIKV o acrônimo passou a ser STORCH+Zika.

casos de suspeita ou confirmados de SCZ com porta aberta foi avaliado como positivo.

As dificuldades aparecem quando há a necessidade de exames de imagem (ressonância e tomografia) ofertados em nível estadual, pois a demora no acesso atrasa o retorno dos pacientes com os resultados. Muitas vezes a Policlínica **perde o paciente na rede** e a troca de profissionais nos serviços municipais dificulta a obtenção de informações.

*“Eu posso te falar a verdade? Eu acho que **troca muito profissional na Unidade de Saúde e aí se perde**. Porque quem sabia não passou, entendeu? Quem assumiu não sabe. E aí isso acontece demais. Então eu acho que o grande problema tá nisso aí lá na ponta. Como é que resolve? Não sei, mas o grande problema tá nisso aí” (Pol. UVV 1).*

Aqui, semelhante ao que foi dito pelos profissionais do CREFES, a rotatividade de profissionais nos serviços da rede é um complicador para o acompanhamento dos pacientes. Medeiros et al. (2010) destacam que a rotatividade de profissionais se relaciona com: estilo de gestão (sendo a gestão participativa a que pode resultar em mais satisfação e comprometimento com a proposta da ESF); equipe e processo de trabalho; regime de trabalho e remuneração; influência político-partidária; condições de trabalho; oportunidades de mercado e ainda, o processo formativo e o perfil dos profissionais. Os autores apontam a necessidade de melhorar os vínculos trabalhistas através de concursos públicos e de planos de cargos e salários, a fim de estimular os profissionais. Mais recentemente, analisando a mesma problemática, Tonelli et al. (2018), concluíram que a maior causa de rotatividade é a transferência de profissionais entre USF's, seguida pela precariedade de vínculos devido ao fim de contratos de trabalho, evidenciando uma problemática que persiste na gestão dos recursos humanos em saúde, mas que também se relaciona com dificuldades enfrentadas pelo SUS desde sua criação, por exemplo, o financiamento.

O avanço da ESF perpassa pela gestão de pessoal, especialmente no que se refere aos mecanismos de contratação dos profissionais das equipes, muitas vezes, com base em contratos temporários e relações trabalhistas precárias, o que acaba por gerar uma dificuldade de fixação da mão de obra, resultando em equipes incompletas e prejudicando o processo de cuidado continuado à população (TONELLI et al., 2018, p. 184).

Buscando apontar alternativas à questão de retorno dos pacientes, os profissionais da Policlínica da UVV apontam que a possibilidade de realizar o agendamento de

exames diretamente pela Policlínica seria um facilitador do processo de triagem e acompanhamento audiológico. Por ser um serviço privado e localizado fora de Vitória, não há a possibilidade de compartilhamento de prontuários ou acesso à regulação estadual via rede, ficando a cargo dos usuários o contato com os serviços.

“Porque a gente não sabe a previsão da pessoa voltar. Então o uso do aparelho fica condicionado a isso, entendeu? Vai lá, resolve, depois você volta. Mas e aí? [...] se pelo menos: ah, o paciente não vai precisar ir lá, a gente que vai ligar daqui e vai resolver. Porque aí a gente teria a resposta mais rápido também, entendeu? Já que a gente não tem acesso ao agendamento lá direto” (POL. UVV 1).

Aqui, cabe destacar as dificuldades inerentes à relação entre serviços públicos e particulares de saúde: trata-se de serviços que funcionam em lógicas distintas (saúde como mercadoria X saúde como direito). Desta forma, os serviços passam a fazer parte de sistemas de saúde diferentes e que não compartilham perspectivas nem informações sobre os pacientes atendidos.

O compartilhamento de informações entre os próprios serviços públicos é uma das dificuldades enfrentadas pelo SUS, situação que se agudiza ao se articular com serviços privados. Mesmo ofertando serviços de saúde para os usuários do SUS (via contratos), as instituições privadas não têm acesso ao histórico de saúde dos pacientes do sistema público, tampouco ao sistema de regulação, configurando uma problemática de difícil solução e que impacta diretamente a integralidade da assistência. Abaixo (Figura 14), ilustramos esse e outros elementos que perpassam a assistência ofertada pela Policlínica da UVV.

Figura 14: Os elementos que perpassam a Policlínica da UVV para a oferta da assistência aos casos de SCZ.



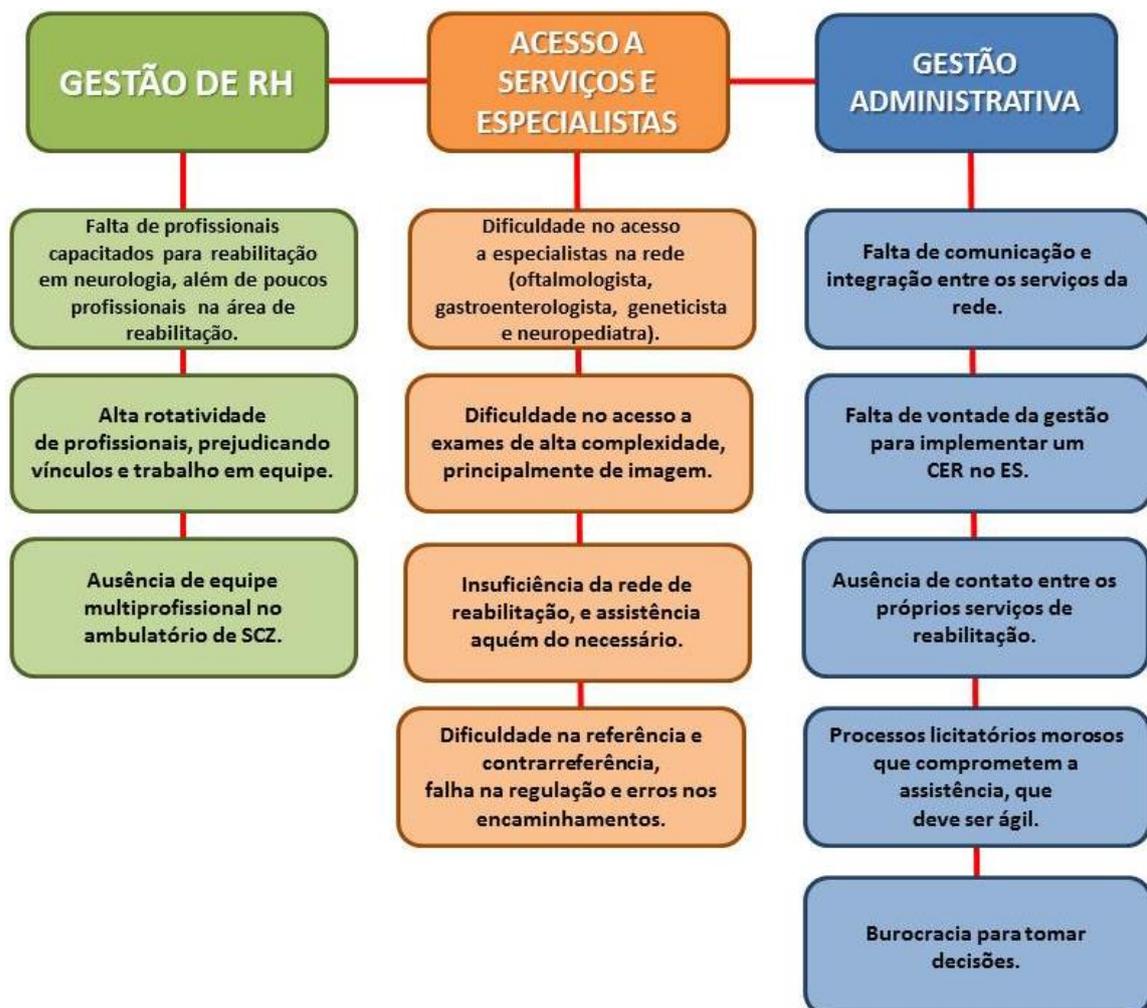
Fonte: Entrevistas. Sistematizado pela autora (2019).

4.2.4 – Fazendo uma primeira síntese: em nível estadual, uma rede (des)articulada

Os fatos narrados até aqui nos permitem dizer que em nível estadual há uma rede articulada, se pensarmos no fluxo estruturado pela SESA para ordenar a assistência necessária aos casos de Síndrome Congênita do Zika (SCZ). Por outro lado, as problemáticas que permeiam a oferta da assistência às crianças com SCZ decorrem de dificuldades que já estão postas à saúde pública antes do ZIKV e conformam desde sempre o lado desarticulado da rede. O ZIKV trouxe à cena novos e velhos problemas denunciando os pontos onde há falhas no sistema de saúde. Podemos dizer que o ZIKV trouxe prejuízos financeiros e sociais importantes, mas também apontou os pontos da rede assistencial de saúde que precisam ser melhorados.

A difícil comunicação entre serviços e profissionais em diferentes níveis de atenção em saúde; a rotatividade de profissionais prejudicando o vínculo e o trabalho em equipe; a dificuldade para acessar especialistas e exames de alta complexidade ofertados pelo estado; a burocracia dos processos licitatórios, entre outros, são problemas antigos, mas que foram potencializados e que permanecem mesmo após a emergência do ZIKV e da SCZ, ou seja, ainda há uma lição a ser aprendida. Entretanto, aprender com o ZIKV requer entendê-lo como o classificamos: é apenas como a ponta de um *iceberg* de relações complexas e perversas que contribuem para que o SUS enfrente problemas estruturais desde sua criação. No âmbito dos serviços sob responsabilidade da SESA, as dificuldades relatadas podem ser agrupadas em três áreas principais: a) **gestão de recursos humanos**; b) **acesso a serviços e especialistas** e, c) **gestão administrativa** (Figura 15).

Figura 15: Dificuldades encontradas pelos serviços sob-responsabilidade estadual, por área.



Fonte: Entrevistas. Sistematizado pela autora, 2019.

Pensando na lógica de rede, as dificuldades identificadas não ficam restritas à realidade dos serviços em nível estadual, pois impactam a rede em sua totalidade, conformando um paradoxo onde mesmo uma articulação limitada, une os serviços em torno de dificuldades em comum. O reflexo das falhas ou o sucesso das ações em nível estadual também é sentido na oferta da assistência no município de Vitória-ES, demonstrando a importância da pactuação de responsabilidades feita entre os diferentes níveis de gestão.

Vitória, apesar de contar com uma rede relativamente bem estruturada (segundo avaliação da representante da gestão e demais profissionais entrevistados), vivenciou um processo conturbado de organização da assistência aos casos de SCZ, que exigiu agilidade e empenho dos profissionais atuantes nos serviços e gestores. Esta é a história que contamos a seguir.

4.3 – NA ILHA, A URGÊNCIA E OS DESAFIOS PARA A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS CASOS DE SCZ.

“As coisas mudam no devagar depressa dos tempos.”

(Guimarães Rosa)

A partir do caminho determinado pelo estado, o processo de organização de um fluxo de atendimento em Vitória exigiu rapidez da gestão municipal, além da oferta de capacitação aos profissionais dos serviços. Havia a necessidade do município se preparar para um surto de magnitude desconhecida que causou pânico nos profissionais e colocou sobre o poder público uma grande responsabilidade: evitar impactos sociais e financeiros. Era necessário agir rápido para minimizar a ocorrência do ZIKV no município.

*“Então, a **primeira coisa a gente pensou na responsabilidade**, que era muito grande, de pensar rapidamente **o que a gente tinha que fazer pra minimizar o efeito disso no município**. [...] a gestão precisou, **em um tempo muito curto, articular todas as ações e serviços** com todas as áreas afins. Então isso também nos preocupou e gerou mesmo uma correria para ver se com o menor tempo possível a gente podia se organizar” (GESTÃO MUNICIPAL).*

*“Então, **a primeira coisa foi um espanto, depois foi um pânico**. O que nós vamos fazer pra dar conta desse monte de grávida? Como é que você ia acompanhar e vigiar essas grávidas? **E as pessoas estavam displicentemente vivendo! Sem saber o risco que corria**” (USF/JP 2).*

*“[...] principalmente pra equipe NASF né, que é a equipe que eu estou integrada, é que assim... Diante das inúmeras suspeitas de caso isso poderia né, gerar pra unidade... [...] **pra gente poder já pensar que isso poderia estar comparecendo pra gente, e a gente precisava de se preparar pra isso também**” (USF/R 2).*

Os primeiros casos de doença exantemática misturados com dengue chegaram à Vigilância Epidemiológica junto com as informações dos noticiários, o que despertou a gestão para a ocorrência de algo diferente da rotina já internalizada de trato com as arboviroses. No entanto, foi nos serviços que o ZIKV chegou primeiro, ainda sem identidade e provocando pânico e dúvidas nos profissionais, que munidos dos alertas da mídia (inicialmente) passaram a considerar a chegada de uma nova doença. Havia a necessidade de buscar conhecer o fenômeno que se apresentava e buscar alternativas para enfrentá-lo.

*“**Todo mundo ficou assustado** quando começaram a aparecer as notícias gerais. Então, pra nós, na época foi um pânico. A gente olhou e falou assim: o quê que nós vamos fazer quando começar baixar esse monte aqui? E a gente via na televisão aparecendo cabeça da criança, daqui a pouco foi assim: oi? oi? oi?, **foi aquele desespero geral, coletivo**” (USF/JP 2).*

Nesse contexto, todas as doenças exantemáticas passaram a gerar suspeitas de ZIKV e houve a necessidade de **organizar a porta de entrada** devido ao aumento da demanda nos serviços. Entre as primeiras ações, também foi citada a ampliação da distribuição de repelentes às mulheres gestantes, para além das beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF). Inicialmente, o estado ofertou os repelentes, mas posteriormente a compra do produto foi feita pelo município. A distribuição de repelentes foi mantida após o período de ações emergenciais.

Também havia **preocupação quanto à necessidade de acesso a recursos nos níveis estadual e federal**. Além disso, houve um investimento pessoal da representante da gestão e de uma médica da SEMUS, a fim de conhecer a realidade que o ZIKV criara em Recife, sendo este o ponto de partida para montar o fluxo em Vitória, o que foi visto como uma capacitação para enfrentar a problemática no município.

*“**A princípio a Fiocruz, junto ao Ministério e outras entidades, abriu um edital pra a pessoa se candidatar a participar dos estudos que estavam tendo no Recife**. Então nós fomos, eu e uma médica de Secretaria de Saúde, da SEMUS, que não deixou de ser uma capacitação, porque a gente voltou, assim né, com uma lógica dos fluxos, do quê que devíamos ofertar.*

[...] os casos de Zika naquele momento também impactaram o serviços assistenciais no sentido da demanda, porque aí tudo que era doença exantemática virou uma suspeita de Zika, então houve um 'corre corre' [sic], então a gente precisou também organizar a porta de entrada, que naquele momento também aumentou" (GESTÃO MUNICIPAL).

A Constituição Federal, em seu artigo 200, inciso III, determina ao SUS a competência de ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde (BRASIL, 1988), e a Lei 8.080/1990, que rege o sistema único de saúde brasileiro, em seu artigo 5º, inciso III, ratifica essa determinação. A partir dessas normativas, as questões de educação e formação em saúde colocaram sobre o SUS o dever de desenvolver estratégias e políticas com o objetivo de adequar a formação e qualificar os trabalhadores da saúde para lidar com as necessidades de saúde da população e para colaborar com o desenvolvimento da política de saúde (BRASIL, 2009). A capacitação dos trabalhadores está diretamente relacionada com os princípios do SUS, particularmente, com a **integralidade** do cuidado em saúde. Podemos dizer que as ações de capacitação possibilitam o aperfeiçoamento dos profissionais para enfrentarem as questões de saúde das pessoas, sendo a primeira ferramenta de que se lança mão em momentos de urgência e surgimento de novos agravos em saúde.

Seguindo este caminho, o primeiro passo da gestão foi convocar todos os serviços de saúde e profissionais de todos os níveis de escolaridade para treinamentos. O município implantou uma ficha própria de notificação (além do RESP e demais sistemas oficiais)¹⁴³ e a existência de um sistema municipal informatizado¹⁴⁴ foi um facilitador para a disseminação de informações. Também foi priorizado o contato com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) dos hospitais e maternidades de Vitória, uma ação considerada fundamental para garantir a notificação dos casos.

¹⁴³ Conforme orientações do MS/SVS, todos os casos em acordo com as definições do documento **Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde**, deveriam ser registrados no formulário eletrônico **Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP)**, além de também poderem ser registrados em sistemas de informação oficiais (Sistema de Informações de Agravos e Notificações – **Sinam**; Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – **Sinasc**; Sistema de Informação sobre Mortalidade – **SIM**) (BRASIL, 2017). Esta orientação também aparece no protocolo estadual. No caso do ES, os casos suspeitos também deveriam ser registrados no Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS/ES). Todas as alterações identificadas nos bebês também deviam ser registradas na Declaração de Nascido Vivo DNV (SESA, 2016).

¹⁴⁴ Sobre a Rede Bem Estar ver página 94.

*“[...] foi ofertado conjuntamente, SESA e SEMUS, um treinamento pra médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonos... Nós fomos ao Centro Municipal de Especialidades que nós temos também ali no Centro, conversamos com todos os profissionais do que poderia vir né, a demandar, a gente foi em todos os espaços. [...] Fizemos também, no auditório da prefeitura, reunimos cerca de **400 agentes comunitários e de endemias**. [...] o nível superior e o nível médio, praticamente todo mundo teve oportunidade, que a gente fez vários encontros no auditório da prefeitura reunindo 200, 300 pessoas” (GESTÃO MUNICIPAL).*

Apesar do relato da oferta de treinamento, nem todos os/as profissionais entrevistados participaram das ações, inclusive, em alguns casos o treinamento foi apontado como algo que poderia ser ofertado pela SEMUS. Identificamos diferenças (que veremos adiante) entre as condutas adotadas pelas USF na assistência aos casos de SCZ, o que também pode estar relacionado ao acesso (ou não) à capacitação ofertada.

*“**Tivemos treinamento em serviço.** [...] eu falo de uma força tarefa, porque foi vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, todo mundo entrou no bolo. Foi uma roda de conversa, treinamento com profissionais especializados, infecto... Juntou regiões, a grande Maruípe, as unidades da Continental e fizeram um treinamento em serviço, assim, não muito grande, mas na expertise mesmo do trabalho” (USF/I 1).*

*“Os doutores Talib e Thereza¹⁴⁵ estavam trabalhando com um mutirão lá em Pernambuco, então eles estavam com um know-how enorme pra trazer informação, e eles começaram a trazer aos poucos informação pra gente. **Tivemos um encontro primeiro, e aí ele veio e falou um pouco. Depois tivemos uma reunião maior com todos os profissionais que pudessem participar, assim, em horários variados pra treinar todo mundo**” (USF/JP 2).*

*“Olha só, ficou tudo igual. **Eu, até hoje, assim, gostaria de um treinamento, de uma capacitação**” (USF/SA 1).*

*“**Quando tá uma doença ‘bombando’ [sic] eles vão chamar a gente e fazer uma capacitação.** E, se eu não me engano, foi feita uma capacitação sobre zika né, na época que ‘bombou’ [sic], **mas isso já tem muito tempo...** Eu não vou lembrar com exatidão, mas que foi feita uma capacitação por profissionais, isso foi” (USF/R 1).*

A capacitação segue um direcionamento semelhante ao modo de combater o mosquito *Aedes Aegypti*, ou seja, **é realizada e/ou intensificada principalmente em momentos de agudização das problemáticas de saúde**. Podemos dizer que esse direcionamento se afina com uma gestão baseada majoritariamente em indicadores, conforme já dissemos em linhas anteriores. Este direcionamento produz soluções que, em grande parte, respondem a questões imediatas. Assim, a saúde

¹⁴⁵ Drº Talib e Drª Thereza são médicos infectologistas vinculados ao Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica da SESA (Informação obtida no site da SESA em 24 mai. 2019).

acaba por ser guiada pelas prioridades de um calendário sazonal, ou por momentos em que determinadas doenças reivindicam os holofotes para si. É a peleja da saúde pública que funciona à base de prioridades, mas que nunca foi prioridade dos governos desde sua criação.

*“[...] parafraseando Mário Sérgio Cortella, quando você traz a “prioridade” no singular você consegue dar prioridade ao algo. O que a gente conseguiu fazer na Zika né. **E quando a gente traz a saúde pra “prioridades”, aí quando você põe todo mundo num bolo só, é aí onde há uma demanda reprimida, principalmente né, da Atenção Secundária e Terciária, aí a gente vê claramente as nossas falhas de assistência mesmo como um todo, em termos de serviço único de saúde, em termos de SUS né. E a Zika a gente viu, assim, parou-se tudo num país pra cuidar e deu vazão né. Só que no mundo não tem só Zika né...**” (GESTÃO MUNICIPAL).*

A necessidade de escolher prioridades, ou o fato de ser escolhido por elas é resultado de um direcionamento dado à saúde que não valoriza a Atenção Básica e sua potencialidade de atuar de forma preventiva. A Estratégia de Saúde da Família (EFS), os NASF, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os Agentes de Endemias e todos os profissionais que compõem as equipes da Atenção Primária integram o nível de atenção à saúde que deveria ser priorizado na destinação de recursos, possibilitando: reduzir as chances de ocorrer epidemias; controlar a necessidade de dispendir grande volume de recursos em curto prazo e evitar o trabalho redobrado que recai sobre a área da saúde em contextos emergenciais.

Operando na emergência, em Vitória, as ações incluíram, além do treinamento ofertado aos profissionais, a realização de ações junto à população (mutirões) para combate ao vetor em bairros com alto índice de infestação pelo mosquito *Aedes aegypti*, bem como a busca ativa de mulheres gestantes nesses territórios. A notificação de novos casos de ZIKV também disparou a ação dos agentes de endemias nos referidos territórios. Segundo a gestão, foi realizado o bloqueio focal de 100% nos territórios com casos notificados.

“Fizemos mobilização com as comunidades, principalmente com relação ao combate ao vetor, ao mosquito. É... Reunimo-nos para formar as redes de atenção. Aí a gente fez, por exemplo, bloqueio focal em 100% dos notificados, então a gente ia lá, né, como o pessoal, os agente de combate à endemias pra gente fazer uma ação imediata. Então a gente fazia o bloqueio no mesmo dia da notificação do caso. A Atenção Básica que notificava e imediatamente a gente conseguia fazer um bloqueio ali naquele local onde a pessoa residia ou que minimamente ela passava o maior tempo das horas presente, seja no ambiente de trabalho, o que for” (GESTÃO MUNICIPAL).

Em paralelo à busca de informações, treinamentos e realização de mobilizações sociais, a rede municipal foi estruturada incluindo diversos serviços: UBS/USF; os NASF; as maternidades; o HEISNG; o HIMABA¹⁴⁶; o HUCAM¹⁴⁷ e a APAE de Vitória, conformando uma rede que buscou ofertar o cuidado nos três níveis de atenção em saúde. Cabe dizer que apesar de a oferta de atendimento especializado ser responsabilidade estadual, Vitória conta com um Centro Municipal de Especialidades (CME). Este serviço não integrou o fluxo oficial da SESA e nem do município para atender às crianças com a SCZ.

Além disso, outras medidas também foram adotadas. Havia a Sala de Situação que monitorava e atualizava diariamente o número de casos no município, bem como o aperfeiçoamento do Comitê de Investigação de Mortalidade Infantil e Materna (COPEMI) e documentos orientadores do tema, englobando ações que situam Vitória como um município que seguiu todas as orientações do MS, segundo avaliação da gestão.

“Então, tudo que foi preconizado o município adotou e orientava. A gente tinha a Sala de Situação, que a gente ali atualizava a situação diariamente do número de casos, da gestante onde que tava, a gente mapeava, fazia um georreferenciamento [...]. Nós já temos o Comitê de Investigação de Mortalidade Infantil e Materna. Nós refizemos a Portaria. Quando o bebê entrava no critério, seja da exposição ou do caso confirmado de transmissão vertical da Zika, não só da Zika né, da toxo, da sífilis, ele entrava efetivamente pra dentro também da investigação do COPEMI, que é o nome hoje do nosso comitê no município, que é o Comitê de Investigação de Mortalidade Infantil. Infantil é até menor de 5 anos, e mulheres em idade fértil também e Materna” (GESTÃO MUNICIPAL).

Considerando esta rede, em 2016, Vitória elaborou a Nota Técnica (NT) de nº 006 (SEMUS, 2016)¹⁴⁸, uma atualização da nº 001, que determina o **Roteiro para seguimento na Atenção Básica dos recém-nascidos (RN) e lactentes com microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) e RN expostos intra-útero à infecção por Zika vírus**. A NT contém orientações e procedimentos a serem observados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde

¹⁴⁶ As mulheres grávidas moradoras de Vitória realizaram exames de Ultrassom (USG) no HIMABA. Cabe dizer que este serviço não está descrito no fluxo estadual, segundo o protocolo da SESA.

¹⁴⁷ Além das funções já descritas do HUCAM na rede, numa parceria da SEMUS com o Núcleo de Doenças Infecciosas (NDI) do HUCAM, as mulheres gestantes expostas ao ZIKV fizeram acompanhamento com especialistas e participaram de uma pesquisa (Informação obtida em entrevista com a representante da gestão municipal).

¹⁴⁸ Atualmente esta NT está sendo atualizada pelo setor de Saúde da Criança. Segundo a gestão, não haverá mudanças nas orientações, apenas atualizações. (Informação obtida em entrevista com a representante da gestão municipal).

da Família (USF), Centro Municipal de Especialidades (CME), Centros de Referência e unidades de Pronto Atendimento (PA), visando a definição dos casos e o seguimento clínico dos bebês.

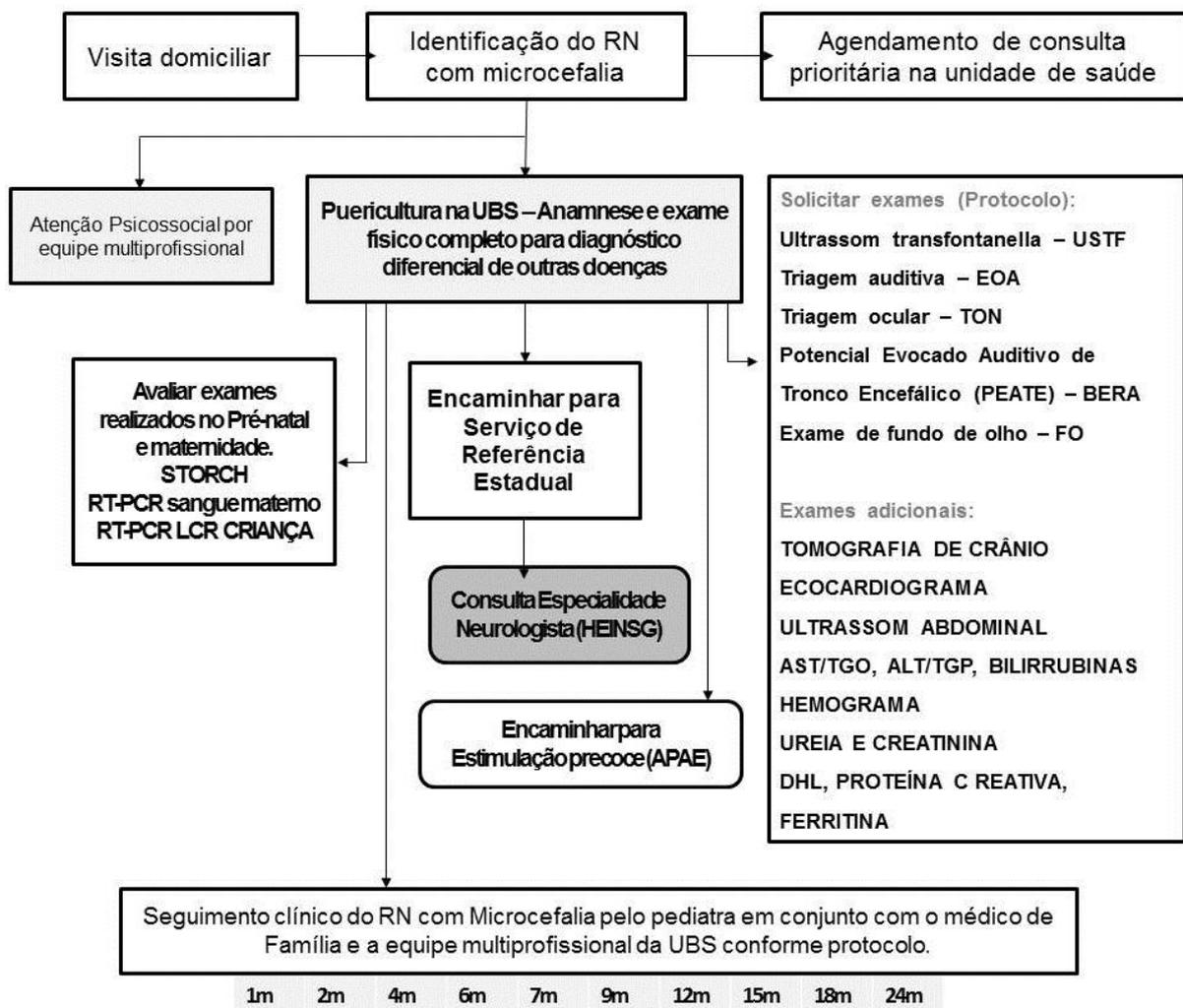
Seguindo as recomendações do MS e da SESA para o acompanhamento às crianças com suspeita ou SCZ, o documento apresenta orientações específicas para os serviços da rede municipal, das quais destacamos:

- Adoção do parâmetro de medição de PC, conforme OMS e tabela *Intergrowth*, ou seja, de acordo com as orientações mais atualizadas do MS. Crianças com 32 e 33 cm de perímetro cefálico (PC) passam a não ser classificadas com microcefalia, mas devem ser acompanhadas em puericultura, com vigilância do desenvolvimento e evolução do PC;
- Recomenda visita de enfermeiro e Agente Comunitário de Saúde (ACS) em até 7 dias após a alta do bebê, reforçando que em áreas descobertas a visita também deve ser priorizada;
- Orienta que o acompanhamento deverá ser feito pelo pediatra de referência, médico da família e equipe multiprofissional das unidades de saúde. A avaliação na Atenção Básica (AB) deve verificar se a criança fez todas as triagens e o seguimento recomendado e ainda, se a maternidade encaminhou para o HEINSG (neuropediatra);
- A avaliação do neuropediatra deve ser entregue via laudo à família, que deve levar à USF de referência para registro na Rede Bem Estar;
- Orienta que crianças com doenças neurológicas devem ser encaminhadas para receber imunobiológicos especiais no centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) que funciona no HEINSG;
- Orienta que recém-nascidos (RN) com microcefalia e/ou alterações do SNC e expostos ao ZIKV que apresentarem alterações no desenvolvimento neuropsicomotor devem ser encaminhadas ao Centro Clínico Dr. Anselmo Frizzera (CECAF/APAE) no Programa de bebês de risco;
- Orienta verificar se o caso foi notificado à vigilância epidemiológica do município, se não, a comunicação deve ser imediata.

A NT reforça de modo mais objetivo as recomendações do MS e do protocolo estadual quanto aos exames de imagem e triagens neonatais; acolhimento da família nas UBS/USF e encaminhamento para outros serviços da rede de saúde e

assistência social; seguimento de puericultura; preenchimento correto da Caderneta da Criança e encaminhamento para estimulação precoce. Abaixo (Figura 16) o fluxo que consta no documento (partindo da AB), para atendimento e exames nos casos especificados, ou seja, RN e lactentes com microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC) e RN expostos intra-útero a infecção pelo ZIKV.

Figura 16: Fluxo de atendimento e exames para recém-nascidos (RN) e lactentes com microcefalia e/ou com alterações do sistema nervoso central (SNC) e RN expostos intra-útero a infecção por Zika vírus.



Fonte: Nota Técnica nº 006/2016 PMV/SEMUS/GAS (SEMUS, 2016).

A NT estabelece que a intervenção da AB, após o nascimento da criança, se dá a partir da visita domiciliar, que deve ser realizada em até 7 dias após a alta do bebê. A orientação converge com o proposto pela Política Nacional de Atenção Integral à

Saúde da Criança (PNAISC). A PNAISC determina entre outras ações, o 5º Dia de Saúde Integral e a visita domiciliar na primeira semana de vida do bebê como ações para garantir a continuidade do cuidado ao binômio mãe e bebê após a alta da maternidade (BRASIL, 2018c). As ações recomendadas pelo MS, pelo protocolo estadual e pela NT da SEMUS de Vitória articulam-se à PNAISC nos eixos que a compõem (Figura 17).

Figura 17: Eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).



Fonte: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - Orientações para implementação (BRASIL, 2018c).

Para ofertar assistência às crianças com SCZ, o município precisou agir movimentando todos os eixos da PNAISC, exceto o de Atenção integral à criança

em situação de violência, organizando uma rede de cuidados baseada no protagonismo da AB na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Seguindo proposições da PNAISC, o acompanhamento de crianças em Vitória também é ofertado a partir de um programa chamado **Vitória da Vida**, cujo objetivo é “Acolher a todas as crianças de 0 a 10 anos, residentes em Vitória, prestando assistência à saúde de forma integrada, acompanhando o processo de crescimento e desenvolvimento e as doenças prevalentes na infância, monitorando os fatores de risco [...]”¹⁴⁹. O chamado **Protocolo Vitória da Vida**¹⁵⁰ se constitui enquanto uma ferramenta importante para o manejo clínico das doenças e para a coordenação do cuidado. Propõe um conjunto de ações, procedimentos técnicos e reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde e atenção à saúde materno infantil.

Esse Protocolo foi atualizado em virtude do ZIKV e da associação do vírus com a ocorrência de malformações congênitas, passando a incluir entre as ações recomendadas, o **acompanhamento das Crianças notificadas com Síndrome Congênita do Zika Vírus e Microcefalia**. É proposto o monitoramento dos casos até os 3 anos de idade, além de encaminhamento para neuropediatra, estimulação precoce, realização de exames especializados e acompanhamento na AB desde a gestação até a primeira infância (SEMUS, s.d). Estas orientações convergem com o proposto pelo MS.

Apesar de um maior cuidado com as gestantes e crianças, o município ofertou acolhimento e assistência a toda a população, partindo da primeira infância até o público idoso. No entanto, no momento em que há um crescimento no número de casos de microcefalia a assistência às crianças e mulheres gestantes foi priorizada.

“Então, a gente teve um olhar pra população em geral, depois, por uma questão de prioridade da coleta, que a gente foi afunilando e deixando só pra crianças, por conta também do que tava se prevendo que questões neurológicas em crianças que estavam ainda em formação inicial, né, no primeiro ciclo de vida, e pra gestantes. Mas a assistência, o tempo todo, no sentido de acolher, notificar e acompanhar, ela foi pra toda a população em geral. Desde a primeira infância até o idoso” (GESTÃO MUNICIPAL).

¹⁴⁹ Projeto Vitória da Vida atualizado. Acesso via e-mail após solicitação junto à Área técnica Saúde da Criança da SEMUS.

¹⁵⁰ Este documento não compõe nossa análise documental. Trata-se de documento elaborado antes da emergência do ZIKV, sendo apenas atualizado com a inclusão do acompanhamento às crianças com SCZ repetindo as orientações do MS.

Passado o período de emergência do ZIKV e de urgência em organizar a assistência, não há mais a determinação de prioridade para o atendimento. Atualmente, as crianças diagnosticadas com SCZ entram no fluxo normal de atendimento aos bebês de risco, juntamente com outras crianças que tenham malformações neurológicas e/ou alterações.

A gestão também encontrou dificuldades para organizar a rede e entre os desafios relatados estão:

- Poucas informações científicas sobre o ZIKV e a síndrome congênita, ao passo em que a situação exigia rapidez nas ações;
- A existência de uma demanda reprimida para acesso à neuropediatria e exames de alta complexidade em nível estadual;
- Baixa resolutividade da AB, exemplificada pela falta de comprometimento em identificar o que pode ser resolvido neste nível de atenção (problema não só de Vitória, mas do SUS).

*“Todos os exames de alta complexidade e o neurologista infantil são demandas reprimidas que a gente sabe que... Nós conseguimos atender, uma vez que não... Nós conseguimos assim, **os convênios estão firmados, há a oferta, mas nunca ela é talvez na mesma precisão e rapidez com que deveríamos né, ofertar. Então, a gente reconhece que há uma demanda reprimida pra essas duas especialidades, principalmente, neurologista infantil e exames de imagem de alto custo. Mas a gente vê que funciona. O fluxo funciona**” (GESTÃO MUNICIPAL).*

Por outro lado, as dificuldades apontadas pelos profissionais dos serviços municipais (que veremos adiante) não chegam à gestão. O que se evidencia para a gestão é o número de faltas às consultas. O Plano Municipal de Saúde destaca que o absenteísmo (acima de 20%) é o principal problema enfrentado pela regulação. É um desafio para a gestão reduzir para 20% a perda de consultas, exames e procedimentos ambulatoriais especializados, tanto na rede própria, quanto contratada (SEMUS, 2017).

Em algumas situações as faltas são vistas como resultado de uma compreensão limitada das mulheres, que ao não identificarem a microcefalia em seus filhos, acreditam que as crianças não necessitam de acompanhamento.

“Eu vou dizer enquanto vigilância: nunca chegou. E eu troquei uma ideia também com a Saúde da Criança para saber se eles tinham

algumas questões que geravam, assim, conflito de não integralidade de alguma assistência, e também não. Então, assim, toda a oferta que foi feita né, na medida, foi atendida. E o que a gente tem é isso mesmo, a gente faz a oferta e há um número de faltas muito grande. Ou houveram muitas mães que parece que... Como às vezes não tinha a microcefalia, não via, não achavam que... ‘Eu hein, eu tô vendo na televisão aquelas cabecinhas e meu filho tem cabeça normal!’ Então isso foi muitas vezes falado. Aí foi um trabalho de formiguinha, de convencimento também em alguns casos” (GESTÃO MUNICIPAL).

Novamente percebemos uma perspectiva de responsabilização das mulheres e famílias pela condição de seus filhos, bem como pela ausência de uma contrapartida nos moldes ideais, segundo a compreensão de profissionais e gestores. Esta percepção abre caminho para corroborar visões que situam o poder público como o agente que tudo oferta, e os usuários como aqueles que optam em não buscar assistência. O que não consideramos verdade, devido aos muitos determinantes da vida das pessoas que buscamos evidenciar neste trabalho.

Mesmo diante de uma avaliação positiva, o Relatório de Gestão de Vitória, do ano de 2017, posterior ao período mais crítico do ZIKV (segundo os dados oficiais já citados em linhas anteriores), o município faz um balanço de que ainda precisa implementar as seguintes ações no que tange à assistência às crianças e que se relacionam com a SCZ (SEMUS, 2018):

- Atualizar o protocolo Municipal de Atenção à Saúde da Criança;
- Implantar na Rede Bem Estar o monitoramento de gestantes infectadas pelo ZIKV e crianças com SCZ, bem como sífilis e outras doenças infecciosas;
- Ampliar o monitoramento de recém-nascidos e crianças em alta hospitalar;
- Priorizar o atendimento em puericultura para bebês de risco e crianças menores de 1 ano: ampliar a triagem neonatal;

O Relatório de gestão também recomenda algumas ações com vistas a melhorar problemas que já citamos ao longo deste trabalho, e que se repetem nas USF (conforme veremos a seguir): rotatividade de profissionais, dificuldade de acesso a especialistas, melhora na Central de Transporte Sanitário, entre outros, ratificando as dificuldades apontadas pelos profissionais e demonstrando que a SEMUS tem ciência de alguns dos fatores que impactam a oferta da assistência (SEMUS, 2018):

- Discutir estratégias para **adesão e manutenção dos pediatras** nos Pronto Atendimentos (PA's) de Vitória, tais quais, estudo de **otimização dos Recursos Humanos na área de pediatria com o intuito de propor**

alternativas para o atendimento contínuo. Conforme o relatório, esta problemática aparece nos dois PA's do município.

- Promover articulação com a SESA, visando atuação solidária, responsável e compartilhada, buscando equidade e integralidade do cuidado, fortalecendo os mecanismos de negociação para a **efetiva referência e contrarreferência dos usuários que necessitam de acesso ao nível secundário de atenção.**
- Definir estratégias e temas prioritários para treinamento em serviço;
- Implantar estratégia de Educação Permanente para capacitação dos profissionais.
- Reestruturar a Central de Transportes, entre outros.

Questionamos a gestão sobre a realização de algum tipo de avaliação a partir do fluxo organizado em 2016. Após a emergência do ZIKV e atendimento aos casos de SCZ registrado em Vitória, a SEMUS não avaliou as ações ofertadas e nem o funcionamento dos serviços. É citado como avaliação a atualização da NT de seguimento do RN e o envio de relatórios mensais sobre o acompanhamento das crianças pelos serviços de saúde vinculados ao município. Não existem dados consolidados sobre a assistência ofertada.

Quando recorremos ao Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (SEMUS, 2017), que representa o compromisso da gestão com os munícipes durante 4 anos, e que foi elaborado numa realidade pós ZIKV, identificamos que o vírus não recebe destaque nas ações programadas. No entanto, o documento diz que as arboviroses são doenças de difícil controle, principalmente quando passa a ocorrer a circulação concomitante do ZIKV, da dengue e da chikungunya (SEMUS, 2017).

Ao apresentar um diagnóstico da situação das arboviroses em Vitória, o Plano destaca que não houve no período de 2015 a 2017 uma epidemia de dengue, mas que o ZIKV forçou a organização de uma rede de assistência às crianças com microcefalia, incluindo a oferta de atendimento especializado e distribuição de medicamentos específicos. Contudo, o documento aponta baixo número de óbitos por arboviroses no município, no total de 3, e baixo número de bebês com

microcefalia, divulgando o total de 6 (no triênio acima mencionado) (SEMUS, 2017), três a menos do que o que nos foi informado pela SEMUS¹⁵¹.

É tido como desafio para a SEMUS, as velhas e as novas doenças que compõem o cenário epidemiológico, sendo as doenças negligenciadas ou relacionadas à pobreza e condições sanitárias mais precárias responsáveis por registros elevados de agravos na saúde pública. O documento destaca a necessidade de efetivar a intersetorialidade para controlar as doenças transmissíveis. O documento reconhece que as situações de vulnerabilidade social criam condições para a disseminação de doenças, além de interferir negativamente no acesso das pessoas à prevenção e assistência em saúde (SEMUS, 2017).

[...] para o controle das doenças transmissíveis, a interlocução com todas as instituições da saúde (unidades básicas de saúde, pronto-atendimentos, hospitais, instituições de ensino, entre outros) e áreas afins se faz necessária para efetivar a intersetorialidade, na definição das políticas públicas que lhe é inerente (SEMUS, 2017, p. 61).

O Plano apresenta 7 diretrizes de ação, constituídas por objetivos e metas, sendo:

- **Diretriz 1** - Aprimoramento do Sistema Municipal de Saúde com foco na equidade e integralidade, atendendo as necessidades de saúde dos municípios, apoiado na organização da Rede de Atenção à Saúde e no modelo de Vigilância em Saúde.
- **Diretriz 2** - Fortalecimento do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde.
- **Diretriz 3** - Aprimoramento da Gestão da Secretaria Municipal de Saúde.
- **Diretriz 4** - Aprimoramento da Regulação do Sistema Municipal de Saúde.
- **Diretriz 5** - Promoção da gestão de processos educacionais em saúde no âmbito da formação, pesquisa e integração ensino serviço - comunidade.
- **Diretriz 6** - Aprimoramento da Gestão de Pessoas e Processos de Trabalho no SUS.
- **Diretriz 7** - Fortalecimento do vínculo entre o cidadão e a rede de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, com ênfase na participação popular, corresponsabilidade e transparência.

¹⁵¹ Cabe dizer que quando realizamos as entrevistas nas USF, em três delas os/as profissionais entrevistados/as nos disseram que as crianças registradas como caso confirmado para SCZ tiveram esse diagnóstico descartado após serem acompanhadas e avaliadas por especialistas, num total de 3 crianças. Considerando esta informação, de fato Vitória registrou o total de 6 casos confirmados de SCZ, número diferente do que nos foi informado pela Gerência de Atenção em Saúde da SEMUS.

Se considerarmos as áreas de ação indicadas pelo MS para a assistência aos casos de SCZ, podemos dizer que indiretamente o Plano definiu as seguintes metas relacionadas à SCZ:

- Vigilância epidemiológica e combate ao vetor (mosquito *Aedes aegypti*);
- Saúde bucal;
- Ampliação de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e reorganização do processo de trabalho de agentes comunitários de Saúde (ACS);
- Ações de Atenção Nutricional; orientação domiciliar em reabilitação física e em nutrição;
- Reorganizar atenção especializada ambulatorial municipal;
- Adequar a estrutura física do Laboratório Central Municipal;
- Ampliar de 70 para 100 o número de fontes notificadoras das doenças e agravos de notificação compulsória e das demais de relevância para saúde pública em todos os serviços de saúde e de interesse à saúde de Vitória; entre outras ações.

Seguindo as diretrizes, destacamos no Plano Municipal os objetivos que se referem diretamente à SCZ. A síndrome é mencionada no Plano apenas na diretriz 1, no objetivo 1.5 que propõe: “Organizar a Rede de Cuidados às pessoas com deficiência, para ampliar o acesso e qualificar o atendimento com foco na funcionalidade, condições de acessibilidade e no aprimoramento da articulação entre os serviços de saúde e da rede intersetorial” (SEMUS, 2017, p. 128). Este objetivo contempla 5 metas, das quais apenas **uma faz referência direta à SCZ** ao abordar à estimulação precoce (EP): “Manter a oferta anual de estimulação precoce ao desenvolvimento infantil para 100% dos bebês de risco, bebês com microcefalia e/ou síndrome congênita do vírus Zika, acompanhados na UBS” (SEMUS, 2017, p. 128).

Consideramos que o Plano Municipal acompanha a avaliação feita pela gestão municipal, ou seja, no ES não vivemos uma grande epidemia. Mas também resgatamos que em termos de impacto, foi dito que 1 caso já é muito significativo devido a necessidade de cuidados por toda a vida da criança. Tivemos 6 casos confirmados, ou seja, o significado foi elevado à 6ª potência e (resguardada a importância das ações ofertadas) talvez a rede estruturada não alcance todas as necessidades das famílias e crianças atingidas. A nosso ver, o Plano foi muito

modesto em relação ao ZIKV e sua capacidade de causar danos à vida das pessoas.

O que foi **feito**, o que ainda está **por fazer** e o que **não está nos planos** também foi identificado a partir de nossa ida aos serviços. Foi possível encontrar cenários diferenciados que acabam por materializar as **orientações vindas de cima** (*top down*) permeadas por vários determinantes: subjetividade dos profissionais; capacidade de participação das famílias; compromisso dos profissionais com as orientações recebidas; nível de alcance das orientações nos vários serviços; singularidades das populações onde se situam as USF, entre outros. A seguir, apresentamos a maneira como cada USF colocou em prática as recomendações que narramos até aqui, conformando um mosaico que em alguns momentos escapa às formulações teóricas.

4.3.1 – A USF de Resistência.

“Vou ser bem sincera... Na época que bombou Zika todo mundo falava de Zika, não é isso? Agora que parou de bombar, ninguém fala mais...”
(USF/R 1).

A USF de Resistência conta com uma equipe formada por: médico pediatra; médico da família; assistente social; enfermeiro/a; psicólogo/a; farmacêutico/a; profissional de educação física; Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e técnicos. No serviço não há dificuldade para acesso a pediatra, os casos urgentes entram na vaga de demanda. O acompanhamento do RN do território é realizado a partir das notificações de alta que a USF recebe, o que também ocorreu no caso de SCZ registrado.

No caso do pré-natal, caso a gestação seja classificada como de alto risco, é referenciada para o HUCAM, seguindo as orientações dadas pela SESA. O caso de SCZ registrado nesta USF só foi notificado pela maternidade após o nascimento da criança. Durante o pré-natal a mulher gestante não fez relatos que levassem a equipe a suspeitar de infecção por ZIKV durante a gestação.

No contexto do ZIKV, a USF não encaminhou a criança à neuropediatria, já que a notificação feita pela maternidade gerou, automaticamente, o agendamento para

esta especialidade, que à época ainda era referenciada ao Hospital Infantil de Vila Velha – HIMABA.

*“Normalmente ele passa pelo pediatra, ele não vai nem pro médico da família, ele vai pro pediatra e ele faz os encaminhamentos. Mas **na época que bombou zika, qualquer suspeita a própria prefeitura que mandava o agendamento.** Foi isso que aconteceu. Foi o único caso que a gente teve. Paciente que chegava com suspeita, foi o caso dessa moça. E aí o paciente que ia com dia e horário pra consultar, pra dar entrada lá no HIMABA. **É um fluxo que foi criado**” (USF/R 1).*

Segundo o fluxo municipal (Figura 16), a visita domiciliar e a identificação da microcefalia no RN devem gerar agendamento prioritário de consulta na USF, a partir da qual seguem o atendimento com equipe multiprofissional, avaliação completa da criança e diagnóstico diferencial de outras doenças, para em seguida encaminhar à referência em neuropediatria.

O agendamento para neuropediatria vinculado à notificação no local de nascimento buscou otimizar o acesso a esta especialidade. Apesar disso, cabe dizer que a criança foi atendida pela USF e posteriormente foi descartado o diagnóstico de SCZ. Entretanto, a criança se perdeu na rede e a USF não fez nenhum outro encaminhamento. Também era desconhecida para os/as entrevistados/as a transferência da referência em neuropediatria do HIMABA para o HEINSG. Por esse motivo a criança não foi encaminhada para o HEINSG e, conforme os relatos, a criança não foi avaliada por neuropediatria. O próprio atendimento na USF identificou o crescimento normal do PC e descartou o diagnóstico inicial de SCZ.

“Nem... É isso aí. Nem a gente sabia, e como era a única referência [refere-se ao HIMABA] a gente nem sabia que tinha trocado” (USF/R 1).

“E eu vou ser bem sincera com você, eu nem sei disso [refere-se à mudança do HIMABA para o HEINSG]” (USF/R 2).

“T.¹⁵² é o médico da minha equipe. E, segundo ali... [refere-se ao prontuário da criança] a nossa rede, a gente só tem acesso ao que é da Prefeitura e PA. Mas, por exemplo, se ela foi lá no hospital infantil ela falou de boca que foi e não deu nada. A gente não tem acesso ao que ela... Ao que eles analisaram e a mãe também não trouxe nada. Pelo que eu vi ali do Dr. R.¹⁵³, ele colocou as informações segundo a mãe e o T. avaliou e falou que tava tendo um crescimento normal” (USF/R 1).

¹⁵² Inicial fictícia de um dos profissionais da equipe.

¹⁵³ Inicial fictícia de outro profissional da equipe que também atendeu a criança.

É preciso dizer que entendemos que o agendamento com neuropediatra vinculado à notificação agiliza o acesso ao especialista de referência, contudo, observamos que a SEMUS, ao mesmo tempo em que age para garantir a rapidez no acesso, causa um desvio no fluxo que ela mesma criou (Figura 12), confundindo a organização e o seguimento proposto. **Há uma duplicidade de orientação.**

Resguardada a intenção de rapidez na assistência, esta pode reforçar o distanciamento entre a USF e o serviço especializado estadual, agudizando uma problemática que persiste na dinâmica da RAS e que comparece nos relatos dos entrevistados: **falta integração entre os níveis de atenção à saúde.**

No entanto, há uma rotina de encaminhamentos na USF quando o pediatra identifica essa necessidade. Todavia, no caso em questão, nos chama a atenção a fala de um dos/as entrevistados/as: “*Se a D¹⁵⁴. tivesse dado entrada não teria se perdido, teria acompanhado*”, o que nos leva a crer que a criança não seguiu em acompanhamento.

É conhecida a dificuldade da mãe da criança em ser sua cuidadora nos parâmetros que os serviços exigem. Contudo, parece-nos que o descarte do caso como SCZ pode ter aliviado as preocupações dos profissionais em realizar busca ativa da família. Para um dos/as entrevistados/as o maior problema foi “[...] *o horário muito ruim pra ela realmente, o local [refere-se ao HIMABA ser fora de Vitória]*” (USF/R 2). A ciência de que o local de referência havia mudado para o HEINSG, em Vitória, possibilitando inclusive consultas no horário vespertino, poderia ter colaborado para o acompanhamento da criança.

O caso registrado nessa USF tem singularidades, ao mesmo tempo em que representa uma realidade que acreditamos não estar restrita à Vitória. Aqui retomamos a questão das mulheres com transtornos mentais anteriores ao ZIKV e que também tiveram filhos com SCZ. Um público invisibilizado nos debates sobre sexualidade e saúde mental, antes e depois da emergência do vírus.

A mulher e única cuidadora da criança em questão, também é mãe de outro bebê e apresenta transtorno mental grave, segundo os/as entrevistados/as, fato que a impediu de levar uma das crianças (a segunda filha) à consulta com neuropediatra. O pai da criança também é portador de transtorno mental e se separou da genitora

¹⁵⁴ Inicial fictícia da mãe da criança.

logo após a segunda gravidez. O serviço social se movimentou para possibilitar a ida da criança à consulta, mas esbarrou em limitações que ultrapassam os recursos disponibilizados para o trabalho na USF, por exemplo, a inexistência de um transporte que pudesse levar a mãe e a criança ao HIMABA. A assistente social também fez contato com o hospital para verificar a possibilidade de atendimento em outro horário (mais tarde)¹⁵⁵, o que não foi possível. Neste caso, o transporte, que é um direito previsto pela política de saúde, poderia ter colaborado para o acesso a assistência. Entretanto, trata-se de um gargalo anterior ao ZIKV e que persiste.

*“É uma mãe, né... Que, não acorda cedo porque ela toma muito remédio controlado, tem toda essa dificuldade. Mas que foi ofertado... **Ela não levou a criança.** [...] Como que o município vai dispor um carro, um profissional pra ir lá acompanhar, só que aí vai ser toda vez, vai lá, vai consultar, vai voltar. Precisa ir não sei aonde, vai botar o carro... É ter alguém pra fazer por ela, essa é a verdade, entendeu? E isso não acontece pra ninguém. **Se a gente for pegar todo caso complexo e falar assim: ah, a assistente social fulana vai acompanhar, isso daí é... Irreal isso acontecer né, porque assim como ela nós temos vários pacientes com a mesma dificuldade**” (USF/R 1).*

*“[...] não é fácil chegar lá [refere-se ao HIMABA]. Ela teria que se informar, buscar essa informação junto com o motorista, junto com o fiscal lá no próprio terminal pra saber qual ônibus que ela pegaria depois. E aí tudo isso, eu busquei essa informação pra ela, orientei justamente o passo a passo até chegar lá no HIMABA. Mas sendo 7 horas da manhã, imagina no horário de verão? Medicação... Ela limitada, né. A mãe seria uma pessoa que poderia acompanhar, mas também tem uma outra filha com transtorno mental [...]. **E essas coisas a gente sempre conversava nas reuniões de equipe, coloca as questões mas, o município também né, nos seus recursos, ele não dá essa garantia totalmente né. E se tem outros casos também, aí como garantir ainda pros outros**” (USF/R 2).*

Acerca da oferta de transporte, o Plano Municipal de Saúde (SEMUS, 2017) destaca que Vitória conta com 25 motoristas efetivos e dez (10) veículos próprios: 3 ambulâncias; 2 veículos adaptados para cadeirantes e 5 vans para transporte de pacientes. O transporte é destinado à remoção de munícipes que estão em tratamento eletivo no SUS e serviços conveniados, **objetivando garantir a continuidade do tratamento na atenção especializada de alta e média complexidade**, tais como: hemodiálise, tratamentos com câmara hiperbárica, quimioterapia, radioterapia, antibioticoterapia, fisioterapia, **consultas e exames**

¹⁵⁵ As consultas eram agendadas para 7h da manhã. Para chegar ao HIMABA, a munícipe em questão precisaria pegar dois ônibus passando por um terminal de passageiros. A medicação utilizada pela mãe, devido sua condição de saúde tem efeitos colaterais, entre eles a sonolência causando dificuldade em acordar cedo.

especializados, realização de curativos de grande porte, entre outros (SEMUS, 2017).

Reconhecemos as dificuldades do município em ofertar o transporte, inclusive porque várias outras problemáticas de saúde necessitam desse suporte gerando aumento da demanda. Todavia, é preciso destacar que ao falar em transporte sanitário, estamos falando de **um direito vinculado ao alcance da integralidade em saúde**, conforme já dissemos em linhas anteriores. A oferta de transporte para as famílias e crianças atingidas pelo ZIKV e que apresentam dificuldades em acessar os serviços de saúde não se situa na esfera do favor e não resulta da bondade dos gestores. Trata-se de um direito que não está sendo assegurado gerando **prejuízo à integralidade**.

A emergência do ZIKV também modificou algumas ações na USF. As orientações recebidas alertavam para que “[...] *toda queixa que chegasse e uma suspeita que fosse pra dengue, é... chikungunya teria que se pensar em Zika! Então, a princípio ia ser olhado primeiramente como Zika*” (USF/R 1). Inicialmente, a clínica tinha um peso muito grande para as avaliações, mas também havia a oferta do exame, que era enviado pelo município ao Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (LACEN/ES). Também houve modificação na distribuição de repelentes. Antes do ZIKV, apenas as mulheres gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) recebiam o repelente, após o ZIKV a oferta se estendeu a todas as gestantes.

Os/as entrevistados/as relatam que em relação ao ZIKV as ações concentraram-se na oferta de treinamento para os profissionais e intensificação do combate ao vetor, com mutirões e repasse de informações aos munícipes em grupos de idosos e gestantes, numa abordagem que agora inclui, além da dengue e da chikungunya, o ZIKV. Porém, **após período de emergência do ZIKV é percebido um esquecimento desta problemática**, que só é abordada nas ações de combate ao *Aedes aegypti* que já eram praticadas anteriormente, ou seja, conforme o calendário sazonal. Retomamos aqui o que dissemos ao falar da convivência do homem com os parasitos: **parece-nos que o ZIKV já foi incluído no cotidiano como mais uma fatalidade** com a qual temos que conviver.

Também cabe destacar a amplitude da demanda que recai sobre a Atenção Básica (AB), segundo um/a dos/as entrevistados/as, a complexidade da AB faz com que

ainda se trabalhe com foco em datas específicas. Este formato não é visto como ruim pelos/as profissionais e pela gestão.

*“É porque na verdade é assim, a gente que é da saúde trabalha da seguinte forma: bomba [sic] uma doença você vai trabalhar aquilo, passa logo um mês bomba [sic] outra doença, então **acaba meio esquecido até que começa os casos de novo.** Entendeu?” (USF/R 1).*

*“É porque é assim, a gente é atenção básica, e **na atenção básica chega tudo! Tudo! Tudo que não é também doença, propriamente dito né!** E aí assim, pra gente pensar algo né, pra ir pra linha da promoção da saúde e prevenção, a gente ainda traz muito também o calendário das datas comemorativas do mês pra gente falar daquele assunto pras pessoas não esquecer daquilo né. **Infelizmente a gente tem que ir por essa via ainda, por essa via**” (USF/ R 2).*

*“Eu penso assim, por exemplo, se no outubro eu faço essa campanha maciça né, da questão da mulher, do câncer de mama, eu proporciono ali unidades de saúde abertas até mais tarde, nem que eu garanta uma vez ao ano aquele preventivo né, aquela mamografia, que você se empenhe naquele mês pra determinados problemas de saúde [...] **Eu acho que isso tem bons resultados sim. Eu acho que faz parte.** Não acho que atrapalha, ou melhora, talvez... Não sei se isso é mensurado, se houveram pesquisas né” (GESTÃO MUNICIPAL).*

É importante para a epidemiologia, a percepção de que os fenômenos relacionados à saúde pública apresentam repetições organizadas no tempo, ou seja, de que há um ritmo a seguir. Essas variações, que podem ser sazonais ou cíclicas afetam a medida de muitas doenças e servem como balizadores para o planejamento em saúde (ANTUNES; CARDOSO, 2015). Ao estudarem a comunicação sazonal sobre a dengue em grupos socioeducativos na atenção primária à saúde, Silva et al. (2011) destacam que seguir essas variações objetiva atender a ocorrência de urgências epidemiológicas, contudo, operar nesta lógica pode difundir junto à população a falsa percepção de que algumas doenças só ocorrem em determinadas épocas do ano, causando um enfraquecimento das ações de prevenção e combate dos agentes causadores das doenças (SILVA et al., 2011). Os autores constataram que entre os fatores que interferem na adesão das pessoas às práticas preventivas está a **ausência de canais de comunicação contínuos** entre serviço e comunidade. Os autores identificaram que existe um **silêncio sazonal** que desafia os profissionais a criar estratégias que fomentem o debate continuado nas comunidades acerca das questões sanitárias que constituem problemas de saúde pública.

A permanência da comunicação sazonal nesses casos pode também prejudicar outras iniciativas de prevenção, o que potencialmente dificulta as ações de controle da dengue no País. Além disso, assuntos relativos à comunicação para a prevenção e controle de doenças infecto-parasitárias ainda são incipientes, sendo necessário intensificar e aprimorar pesquisas nessa temática visando à efetividade dessas ações comunicacionais (SILVA et al., 2011, p 1162).

É importante dizer que, muitas vezes, os profissionais se encontram numa relação onde recebem informações e reproduzem em sua prática profissional. Há uma perspectiva verticalizada de construção de ações, que acaba por ser reproduzida junto à população. No entanto, também há crítica. Um/a dos/as entrevistados/as na USF Resistência acredita ser necessário repensar as práticas de educação em saúde. Neste sentido, relata que a comunicação com a comunidade deve ser melhorada, convergindo com o citado acima. Deve-se começar a pensar em formas de **dialogar com o cotidiano das pessoas e não apenas reproduzir informações**.

*“[...] então, eu hoje estou nesse processo de pensar outras possibilidades. Pensar outras práticas né, inovadoras, que sejam diferentes, porque eu acho que as pessoas também querem isso, querem ver práticas diferentes que despertem nelas o desejo de estar. **E numa mudança de você se colocar pra ouvir mesmo, a partir da vivência, do que elas trazem desse cotidiano, e não algo pronto e colocar pra elas. É mais receber e dialogar, receber e dialogar com aquilo que elas trouxeram**” (USF/R 2).*

O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) busca aprofundar o processo de regionalização e de organização do SUS, e contempla os Pactos de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS. O Pacto de Gestão definido a partir dos espaços regionais integra os entes federativos a partir da divisão de responsabilidades que devem estar integradas. Entre as ações relativas ao Pacto de Gestão estão as de Educação em Saúde. Em 2013, o MS, a partir da Portaria nº 2.761, instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), buscando fomentar a “[...] promoção, a proteção e a recuperação da saúde a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, a produção de conhecimentos e a inserção destes no SUS” (BRASIL, 2013b). Entre os onze objetivos da Política, destacamos três que se relacionam diretamente com o relato de um de nossos entrevistados:

- I - promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços

de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras;

- V - incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde;
- VII - contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e de informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares (BRASIL, 2013b).

A PNEP-SUS determina que é necessário falar a língua dos usuários da política de saúde e aproximá-los dos serviços, da gestão e dos profissionais como parte do fazer coletivo em saúde, convergindo com a busca pela universalidade, integralidade e equidade, princípio caros ao SUS e dependentes da participação de todos/as.

À época da entrevista (fevereiro de 2019), não havia mais nenhuma criança sendo acompanhada na referida USF por SCZ, e o caso outrora confirmado pela GAS/SEMUS, havia sido descartado para SCZ. No entanto, quanto ao atendimento ofertado à criança também houve algumas dificuldades.

Apesar de a Rede Bem Estar ser citada como uma ferramenta “avançadíssima” (USF/R 2), ela é limitada por se restringir ao nível municipal. Quando a criança é encaminhada para serviços em outros níveis de atenção o relato do acompanhamento é feito apenas pela família/cuidadores da criança. Quanto ao caso registrado, a família não apresentou nenhum documento ou relato que comprovasse o atendimento com neuropediatra. Tem-se aí a **ausência de comunicação entre os serviços da rede**, e que reforçamos: trata-se de um mecanismo que **não se opera per si**. Apesar disso, os/as entrevistados/as relatam que não houve grandes dificuldades para acompanhar o caso, devido à construção do fluxo pelos gestores. No entanto, citam desafios quanto a participação da família nos cuidados da criança e também relatam pendência quanto a realização do exame de ressonância.

*“[...] a nossa referência na época era mandar pro HIMABA, e o HIMABA que ia fazer a avaliação e ele dava os direcionamentos. Se a criança ia pra APAE ou pra outro lugar era serviço deles. **A gente desconhece, a gente manda pro especializado. Pra onde o especializado manda depois a gente desconhece**” (USF/R 1).*

*“Na verdade, as dificuldades que podem surgir no processo são situações ou de vida da família, o contexto social né, das relações mesmo. É... Porque **por todo um fluxo da rede, estando ele muito bem escrito,***

pactuado né, a equipe não encontra dificuldade nesse sentido” (USF/R 2).

Novamente, o mecanismo de referência e contrarreferência foi prejudicado. Além disso, a família também foi situada como centro da responsabilidade pelo cuidado. Em linhas gerais, os/as profissionais deste serviço relatam ter tido muito apoio do município (organização de fluxo, acesso a exames, capacitação dos profissionais), sendo as ações ofertadas suficientes para o enfrentamento da problemática. Mas também destacam que como não tiveram casos confirmados de SCZ, não sabem dizer exatamente o que deu certo e o que poderia melhorar. Há também o reconhecimento de que a rotina do serviço impede um melhor acompanhamento da realidade do território. Não houve relato sobre a continuidade do acompanhamento da criança após o descarte do diagnóstico de SCZ.

4.3.2 – A USF de Bairro da Penha.

“O que a gente pode fazer aqui dentro do consultório com o paciente a gente tenta fazer né, às vezes o problema é a corresponsabilidade [...]” (USF/BP 1).

A USF de Bairro da Penha conta com: psicólogo; médico clínico; enfermeiro; ACS e técnicos. À época que fizemos a entrevista (fevereiro de 2019) a USF estava sem assistente social e sem pediatra. Havendo a necessidade de consulta em pediatria, ao atendimento é referenciado às USF de Maruípe, Bonfim ou Itararé. A rotatividade de profissionais é citada como um problema, reforçando o que identificamos em outros serviços.

“[...] igual a pediatra, foi embora daqui e não veio outro. Às vezes essas especialidades são difíceis de conseguir, de manter na rede. Essa coisa de ser concursado, da estabilidade, mantém o profissional no lugar. Igual aqui, a gente já mudou de assistente social duas vezes, a gente teve uma assistente social 10 anos, aí ela foi convidada a trabalhar na Serra, depois já passaram duas e agora a gente tá sem por causa de negócio de contrato” (USF/BP 1).

O caso de SCZ vinculado a esta USF foi diagnosticado e notificado ainda na gestação. A mulher gestante foi acompanhada durante todo o pré-natal, fez todos os exames recomendados pelos protocolos e quando a criança nasceu continuaram as investigações. A mulher gestante em questão trabalha como auxiliar de serviços gerais em uma UBS, motivo pelo qual ficou sendo acompanhada no ambulatório de

gestão de alto risco e em duas UBS, na que está vinculada como moradora do território (USF Bairro da Penha) e na que trabalha (USF Maruípe), devido à facilidade de atendimento.

A paciente também fez acompanhamento psicológico, pois os exames do pré-natal demonstraram que a cabeça do bebê não estava se desenvolvendo, o que a deixou muito abalada. Posteriormente passou a aceitar melhor a situação de seu bebê. O acompanhamento psicossocial à mulher gestante e/ou demais cuidadores da criança com SCZ está em acordo com o proposto pelos protocolos do MS e da SESA e NT da SEMUS. A profissional também refere não ter participado de nenhum Comitê de discussão do ZIKV, mas destaca que o serviço recebeu o apoio devido:

“Pode ser assim que se precisar discutir algum caso aqui, se a gente precisar, eles vem. Igual a... A pediatra que é a referência da Saúde da Criança, na época, ela veio com a gente aqui, fez um treinamento com a gente aqui, falou sobre Zika né, falou sobre até da medição do PC. Aí ela veio de lá e veio pra cá com a gente né, falando do problema, pra gente ficar vigilante” (USF/BP 1).

A USF não registrou grandes mudanças em sua rotina, apenas a introdução das recomendações dos protocolos. Também aumentou a necessidade de vigilância e a determinação de prioridade para os casos de mulheres gestantes infectadas pelo ZIKV e crianças com SCZ. A principal mudança foi na medição do perímetro cefálico (PC), ação na qual foram observados muitos erros de aferição. O olhar mais atento ao PC não fazia parte da rotina de assistência antes do ZIKV, corroborando a análise que fizemos acerca dos protocolos do MS.

*“E agora é uma coisa que eu adotei nas visitas né. Inclusive de RN sou eu que faço também, com algum agente, e é uma das coisas que eu faço. Independente **se teve algum problema ou não no perímetro cefálico, eu sempre dou uma olhada**. E o que eu observo é o erro na medição” (USF/BP 1).*

Faz parte da rotina da USF a visita domiciliar feito pelo/a enfermeiro/a, o agendamento de consulta com pediatra e encaminhamentos necessários. A notificação da maternidade também gerou o encaminhamento para a neuropediatra e houve a priorização do atendimento à criança diagnosticada com SCZ. Já no nascimento a microcefalia foi descartada conforme parâmetros atuais, mas a criança seguiu em acompanhamento e apresentando repetidos problemas respiratórios, além de dificuldades de fala e autismo.

“Então, geralmente eu faço a primeira visita assim que a gente sabe que a criança saiu da maternidade. Na época eu acho que já marquei logo consulta pra pediatra, que aí a primeira consulta, quando tinha pediatra, a gente priorizava a consulta de recém-nascido com pediatra. E aí ela já foi dando todos os encaminhamentos né. Geralmente no hospital quando eles diagnosticam alguma coisa, algum problema também, eles já dão os encaminhamentos também né. Na época tinha pediatra aqui né... Mas se não tivesse pediatra, o médico da equipe, ou se o médico da equipe não pudesse atender por algum motivo, férias ou afastamento, a gente agendaria pra outro né, e priorizaria o atendimento. [...] Ele seguiu todo o protocolo mesmo [refere-se ao bebê], e aí agora eu tava vendo, deu autismo nele. E a mãe tá faltando muito fono né, que ele tava com problema na fala também” (USF/BP 1).

A criança foi acompanhada de acordo com as recomendações dos protocolos e realizou exames laboratoriais específicos e inespecíficos, entre eles Ultrassom Transfontanela (UST), Ultrassom abdominal e Ecocardiograma. Após a alta foi encaminhada para fazer o exame de Fundo de olho e triagem auditiva. Os exames realizados na maternidade foram repetidos por solicitação do pediatra da USF. Quanto aos exames audiológicos identificamos que o encaminhamento foi feito para a APAE de Vitória¹⁵⁶ e não para o CREFES ou Policlínica da UVV conforme protocolo estadual. Havia desconhecimento deste fluxo.

Também nos chamou a atenção o encaminhamento da criança para neuropediatra da Santa Casa. Não sabemos se essa informação procede de um erro nas anotações do prontuário da criança, pois em seguida a entrevistada nos relata encaminhamento da criança para neurologista do HEINSG, que avaliou ausência de alterações. Mesmo assim, entramos em contato com a Santa Casa por telefone, e obtivemos a informação que este serviço não realiza atendimento neurológico infantil desde 2016, mesmo ano de nascimento da criança.

Nesta USF não foram identificadas dificuldades no âmbito das ações ofertadas pelo município, o que muda quando é preciso recorrer ao estado. Seguindo o relato de profissionais de outros serviços o acesso a oftalmologista é citado como uma dificuldade.

*“Quando tem outros encaminhamentos, por exemplo, pediatra a gente faz assim, de básica pra básica, mas quando é neuropediatra, a gente não tem na rede, a gente encaminha pra Regulação. **Geralmente quando é da rede, a oferta da rede, não demora não. As vezes quando a gente depende do estado é que demora, em alguns casos. Um que demora***

¹⁵⁶ A APAE de Vitória é credenciada para realizar o Teste do pezinho e o Teste do suor, mas não para realizar a triagem auditiva nos casos de ZIKV. A entrevistada desconhecia essa informação, bem como o serviço com porta aberta na Policlínica da UVV para os casos de ZIKV.

*muito na rede é o oftalmo. Nutricionista eu não sei como é que anda...
Oftalmo, a procura é muito grande e a oferta é pouca" (USF/BP 1).*

Os outros problemas enfrentados pela USF de Bairro da Penha referem-se a poucos pediatras na rede municipal (informação que também aparece no Relatório de Gestão da SEMUS), além da rotatividade de profissionais devido a contratação por tempo determinado. Como em outros serviços, a corresponsabilidade da família é citada como elemento que dificulta o acompanhamento, mas no caso em questão não houve problemas, pois *“essa mãe aí, ela foi muito presente, ela **não era faltosa né, então essa não deu trabalho**”* (USF/BP 1). A falta de comunicação entre os serviços de diferentes níveis também é citada como problema, e como na USF de Resistência a restrição da Rede Bem Estar ao nível municipal é um entrave.

*“É o que a gente faz assim, com o paciente, pergunta e pesquisa dele as vezes né. **Mas não existe essa contrarreferência não. O que existe contrarreferência às vezes é dentro da própria rede né. Dentro da atenção básica.** Porque aqui a gente tem acesso a qualquer prontuário, e de qualquer unidade, aí é mais fácil de a gente até olhar. **Agora quando é pro estado ou coisa assim...** [...] Ah tá, o HUCAM, às vezes eles entram muito em contato com a gente, o serviço social de lá, pra falar de algum paciente. Acho que é o único que entra em contato com a gente, só. O restante não”* (USF/BP 1).

Na USF de Bairro da Penha também há êxitos. A Rede Bem Estar é citada como uma ferramenta que facilita o acompanhamento a nível municipal, bem como a possibilidade de os encaminhamentos serem enviados para a rede diretamente pelo médico em atendimento, não havendo mais a necessidade do paciente se dirigir à sala de especialidades para ingressar com pedido na regulação. Na visão da entrevistada Vitória ofertou o necessário para o enfrentamento do ZIKV e SCZ e tudo correu a contento, apesar de na atualidade ser identificado um arrefecimento nas ações de prevenção e capacitação relacionadas ao ZIKV.

4.3.3 – A USF de Itararé.

“[...] nós estamos num novo período aí de flavivírus e precisa ser estruturado, discutido com as equipes possíveis epidemias né. Eu acho que a gente não tá pensando hoje com isso antes de acontecer” (USF/I 1).

A USF de Itararé conta com profissionais de: enfermagem; serviço social; educação física; farmácia; psicologia; medicina da família; ACS e técnicos. Os casos que necessitam de atendimento com fonoaudiólogo/a são encaminhados para a USF do bairro Andorinhas, na região de saúde vizinha, Maruípe. O atendimento com

fisioterapeuta é ofertado através de um convênio com a clínica de fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM)¹⁵⁷. As crianças que demandam atendimento na APAE e no CREFES são encaminhadas, mas essa conduta parece não estar muito presente na rotina da USF. Também não foi relatada prioridade no atendimento às crianças com SCZ, por outro lado houve um incremento para garantir algumas ações, por exemplo, compra de novas vagas para exames.

*“Então, fono a gente tem referência, que é na unidade de Andorinhas. E fisio nós temos um convênio com a EMESCAM, que eles vem também dar aulas aqui e a professora atende os nossos pacientes quando a gente precisa, então assim, quando tem uma necessidade ela nos dá apoio. Ela atende aqui. Aquilo que ela não consegue dar vazão aqui ela mesma encaminha pra lá. [...] Lógico que crianças que precisam de APAE e CREFES a gente encaminha via Regulação, **mas a gente não tem isso como rotina na discussão. Fica longe pra gente isso**” (USF/I 1).*

O caso registrado nessa USF começou a ser acompanhado a partir do diagnóstico de infecção por ZIKV na mulher gestante, a partir disso, a paciente foi referenciada ao ambulatório de gestação de alto risco do HUCAM e acompanhada concomitantemente neste serviço e na USF. O acesso ao ambulatório do HUCAM, bem como o atendimento com neuropediatra foi possibilitado sem dificuldades, “[...] com acesso imediato quase, não vou dizer imediato, mas sem nenhuma demora que prejudicou o atendimento” (USF/I 1). A criança nasceu no HUCAM e seguiu todas as orientações dos protocolos assistenciais, sendo acompanhada em puericultura na USF, bem como em demais serviços da rede de Vitória, até os 2 anos de idade, momento em que a família se mudou para outro estado.

“A triagem, no caso da criança foi o pré-natal. Foi descoberto o Zika no pré-natal, hoje essa criança não tá nem mais no território, não tá nem no estado, tá em outro estado. Então, assim, acompanhou até os 2 anos, depois que fez 2 anos, a mãe muito responsável conversou pra ver se tinha algum problema ela voltar pro estado dela de origem, aí esperou a criança ficar tranquila e aí viajou. Não tivemos dificuldade” (USF/I 1).

Ao nascer, a criança foi encaminhada para atendimento com neuropediatra de referência, seguindo o agendamento gerado pela notificação da maternidade. A USF

¹⁵⁷ A EMESCAM faz parte da estrutura organizacional da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (ISCMV) e tem como hospital de ensino o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV). A instituição é governada por uma Mesa Diretora, e por isso, se caracteriza em instituição sem fins lucrativos. Disponível em: <<http://www.emescam.br/paginas/conteudo/institucional/sobre-a-emescam/historico>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

de Itararé registrou apenas 1 caso de SCZ, o que não gerou grandes dificuldades para o acompanhamento. Conforme relato, a criança recebeu atenção multidisciplinar e a ocorrência do caso foi uma oportunidade para o compartilhamento de informações entre as equipes da USF através de “[...] **estudo de caso que a gente trouxe como sentinela mesmo né, mostramos pra todo mundo o que foi feito, como que estava**” (USF/I 1). Nota-se uma integração entre os profissionais da equipe, sendo a lógica do acolhimento dos usuários (incluindo as crianças com SCZ) uma das direções para o trabalho.

“[...] pode ser o pediatra, pode ser o enfermeiro, o médico da família. Na verdade, é um primeiro acolhimento, então não importa quem acolha, o importante é que acolha. E que tenta absorver qual é a demanda dessa família né. Então, assim, como é uma criança de Síndrome Congênita de Zika, ou outra criança é o mesmo pensamento, é o acolhimento” (USF/I 1).

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, criada em 2003 pelo MS (BRASIL, 2013d) e estabelece que o ato de acolher é “[...] reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações” (BRASIL, 2013). No contexto do ZIKV, a AB foi situada pelos protocolos oficiais como nível de atenção protagonista no acolhimento das mulheres, famílias e crianças atingidas pelo vírus.

A integração entre a equipe e o trabalho de acolhimento também interferem no vínculo entre profissionais e usuários, serviço e comunidade. O fato de estar há muito tempo na mesma USF é visto pelo profissional entrevistado como facilitador do processo de educação em saúde no território, além de favorecer a oferta do cuidado em saúde aos usuários. A rotatividade de profissionais é vista como dificuldade, ao passo em que a permanência dos profissionais favorece o aperfeiçoamento do aprendizado e melhor incorporação dos fluxos à rotina do serviço.

“O fato de a gente ter um tempo de permanência no território, e do reconhecimento daquele cidadão de que eu estou pra ele, para o atendimento dele nessa unidade facilita uma abordagem das equipes, do profissional, pra diversos temas. Um dos temas é a questão do cuidado com seu quintal, da sua casa. A população já entendeu que é preciso cuidar do território pra que minimize os efeitos da Zika, da dengue... [...] então a educação em saúde facilita o processo [...]. E no atendimento básico né, no diagnóstico precoce, eu acho que a gente consegue fazer com excelência. Não 100%, mas na tentativa do cem” (USF/I 1).

Nesta USF também foi relatado que houve uma aproximação dos profissionais do serviço com o corpo técnico da SEMUS, além dos treinamentos ofertados. O entrevistado relata que à época da emergência do ZIKV a SEMUS fez um Plano de Contingência que incluía um Comitê para estudo dos casos¹⁵⁸, mas não sabe se este comitê ainda existe. No âmbito da SESA não participou de nenhum grupo de discussão de casos.

Nessa USF notamos uma maior integração entre o serviço e a gestão, além de maior articulação entre os profissionais da equipe. Essa articulação foi benéfica para o acompanhamento da criança: “[...] nós fizemos busca ativa né, com relação às consultas, se está acompanhando, se não tá. Qual exame nesse desenvolvimento, se foram feitos... O atendimento multidisciplinar mesmo” (USF/I 1).

Entretanto, essa sinergia ficou restrita aos serviços de saúde e o nível de gestão municipal. A **articulação intersetorial foi uma das dificuldades** apontadas pelo entrevistado. A ideia de uma rede territorial composta por serviços de saúde e assistência é avaliada como interessante, mas difícil de ser colocada em prática.

“Na verdade, as demandas que não consegue é trabalhar em rede né. Mas a ideia da rede territorial é interessante porque, apesar de muitas vezes não funcionar, mas se a gente puder intensificar, ajudaria. Quando eu falo rede territorial é CRAS, CREAS, escolas né, aqui eu tenho o CAJUN, tenho dispositivos que posso lançar mão dentro de uma rede, mas que muitas vezes é fragilizada” (USF/I 1).

A intersetorialidade está diretamente ligada à ideia da saúde como resultado de múltiplos determinantes da vida social, de acordo com a definição ampliada de saúde que rege o SUS. Neste sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) (BRASIL, 2014) criada em 2004, a partir da Portaria nº 687 de 30 de março de 2006 e atualizada em 2014, propõe que **as intervenções na área da saúde devem ser ampliadas, de modo que o cuidado abarque ações e serviços direcionados a intervir no adoecimento, mas também nos demais determinantes sociais da vida das pessoas**. Há que se ter “[...] um olhar para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis” (BRASIL, 2014, p.9). As ações interssetoriais também estão entre as recomendações dos

¹⁵⁸ Refere-se ao COPEMI, Comitê do qual falamos à página 201, na entrevista com a gestão municipal.

protocolos do MS, da SESA e da NT da SEMUS e se relacionam com a busca da atenção integral às crianças afetadas pela SCZ.

Além das dificuldades descritas, outros entraves também foram citados. Apesar da Rede Bem Estar ser citada como uma ferramenta que facilita o acompanhamento do itinerário do paciente na rede, **a comunicação entre serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção não acontece**. O prontuário municipal foi alimentado exclusivamente por laudos e pelos relatos da família da criança.

“Depois isso se fazia no nível da especialidade, a gente não ficava sabendo quando estava marcado, ou se estava marcado, a gente ficava acompanhando mediante os atendimentos realizados com a mãe e a criança. Dificulta um pouco o retorno do nível estadual para o municipal. Por não ter o prontuário eletrônico no estadual a gente não ficava sabendo do acompanhamento, o que estava acontecendo com essa criança no nível da especialidade. Mas a mãe trazia informações. Como ela pegava laudos a gente tinha esse retorno mediante a mãe” (USF/I 1).

Nosso entrevistado relatou que a participação da família foi positiva, e sua fala evidencia as condições de vida desta família como fator que impacta a assistência, mas as dificuldades apresentadas foram consideradas como parte da vida destes sujeitos e que precisam de investimento, tanto do poder público, quanto da própria família. Neste caso, **“facilitar o acesso dessa família na questão do meio de transporte”** (USF/I 1) é uma das iniciativas citadas e que o poder público poderia ofertar para fomentar a integralidade da assistência. Além disso, o **apoio familiar**, principalmente à mulher mãe/cuidadora é um investimento que deve ser feito pela família. Apesar do reconhecimento da intervenção do poder público, a família é situada como a figura central para o acompanhamento da criança.

*“[...] tinha uma dificuldade porque era a mãe e a criança filha única né, o pai trabalhador sabe, saía cedo de casa, chegava a noite e estudava ainda, tava fazendo faculdade. A grande demanda dela era a dificuldade do lidar mesmo com essa situação por estar sozinhos nesse processo. Mas era bem comprometida, não deixava de ir não. Então, assim, se a família não tiver apoiando, e muitas vezes essas mães não tem só um filho né? Um, dois, três, quatro filhos, e... **Se a família não apoiar a mãe não dá, não tem condições de fazer**, porque é muito trabalho mesmo né. Se não tiver apoio familiar é difícil mesmo **e aí abandona o tratamento**” (USF/I 1).*

Para a oferta de assistência à criança em questão não foram relatadas grandes dificuldades: **“Na questão da Zika em 2016 eu acho que foi bem estruturado”** (USF/I 1). Segundo relato, o fluxo foi bem construído tecnicamente, mesmo em meio à rapidez. O entrevistado avalia que o cabia à AB e ao município foi realizado. Foram

ofertados consultas, repelentes para todas as mulheres grávidas, houve intensificação das orientações do pré-natal, ações em escolas e nas residências e a assistência foi bem estruturada. O entrevistado ressalta que **a SEMUS poderia avaliar a assistência em 2016, fazer uma busca ativa das crianças, saber se receberam alta, como estão essas famílias e crianças atualmente.**

Ao propor a avaliação, o profissional relata que o ZIKV anda esquecido: **“Eu acho que a gente não tá pensando hoje nisso antes de acontecer. A gente tá meio amolecido com isso”** (USF/I 1), repetindo a dinâmica de outras USF visitadas. De um modo geral, o entrevistado refere dificuldades no acesso a especialistas (oftalmologista); dificuldade de comunicação entre os serviços; rotatividade de profissionais e dificuldade para realizar ações intersetoriais. A USF também enfrenta problemas como: equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) insuficiente e falta de agentes administrativos, além disso, o tráfico no território também é uma das faces da questão social que dificulta o trabalho em saúde.

4.3.4 – A USF de Santo André.

“Eu não desejaria pra mim, hoje, com tanta tecnologia que nós temos, um filho com Zika. Entendeu.”
(USF/SA 1)

A USF conta com profissionais de medicina da família; enfermagem; serviço social; psicologia; farmácia; odontologia; fonoaudiologia; educação física, ACS e técnicos. À época da entrevista as equipes estavam completas. Na USF, o atendimento fica centrado no médico e no enfermeiro. Os demais profissionais só atendem se forem solicitados.

*“Primeiro é o enfermeiro. **Sempre. Enfermeiro, depois o médico, ele também passa pelo técnico, mas atendimento em si é enfermeiro e médico. assistente social, não. psicólogo, também não. Nós temos, mas não atende, não tem um protocolo...** No caso, a psicóloga só se a família tiver que tá, mas é muito difícil também. E o assistente social, no caso, só se o enfermeiro vier pedir uma visita para avaliar como é as condições da família né, e outras cositas¹⁵⁹ [sic]”* (USF/SA 1).

¹⁵⁹ Cabe dizer que as atribuições do profissional de serviço social na área da saúde não se limitam a avaliar as condições de vida dos usuários. Segundo o documento **Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde**, o assistente social atua em várias frentes: atendimento aos usuários; ações assistenciais; ações de articulação com a equipe de saúde; promovendo ações socioeducativas; fortalecendo a mobilização, a participação e o controle social; desenvolvendo ações

Acerca desta dinâmica de trabalho, resgatamos que o trabalho multiprofissional e a integração entre os profissionais das equipes de saúde têm sido citados por vários autores (PEDUZZI, 2001; ARAÚJO, ROCHA, 2007; PEREIRA et al., 2013; NAVARRO et al., 2013; GARCIA et al., 2015, entre outros) como um dos caminhos para uma prática em saúde mais comunicativa e que favoreça a integralidade. O trabalho em equipe é estratégia fundamental para as equipes de USF, mas também coloca desafios aos profissionais. Trata-se de uma modalidade de trabalho que favorece o processo de mudança da lógica biomédica para a atenção integral em saúde (GARCIA et al., 2015).

Entretanto, resguardada a potência da Estratégia de Saúde da Família (ESF), é preciso dizer que a simples existência de vários profissionais nos serviços não garante o trabalho em equipe, já que este trabalho é permeado por incertezas e não comporta generalizações, pois advém dos sujeitos e suas particularidades. O trabalho em equipe não se arranja automaticamente (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Este tipo de trabalho também exige dos profissionais a inclusão da comunidade atendida, no entanto, os profissionais encontram dificuldades para mobilizar a população para que integrem o cuidado em saúde (GARCIA et al., 2015). Podemos dizer que tal dificuldade decorre do histórico domínio do saber médico sobre a vida das pessoas e da própria formação profissional para a saúde, que ainda não superou o paradigma biologicista fragmentado.

Embora a ESF se sustente na participação e no controle social, formas verticais de relacionamento continuam deixando o usuário passivo na dinâmica de cuidar da sua saúde, o que tende a excluí-lo da esfera das decisões que lhe dizem respeito. O usuário fica, portanto, sem autonomia e sem voz para cumprir o que dele se espera, constituindo uma situação de desigualdade e mais um obstáculo para a oferta de um serviço de qualidade (GARCIA et al., 2015, p. 5).

A mãe da criança diagnosticada com SCZ não fez acompanhamento pré-natal, pois segundo entrevistado “*A mãe é usuária de drogas e não tava nem aí pra criança* (USF/SA 1). Para pensar essa questão, recorreremos à Rangel (2018), que ao analisar os acolhimentos institucionais impostos a recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas em Vitória, aponta que a justificativa para acolhimento das crianças considerou fatores como negligência, abandono e violação de direitos

resultantes do uso de drogas. Além disso, a principal razão que levou o judiciário a colocar as crianças sob modalidade de guarda em famílias substitutas ou em família extensa e adoção foi a **baixa adesão das mulheres aos serviços de saúde** e de assistência social. O caso registrado na USF de Santo André não difere da realidade apontada por Rangel (2018), neste caso, a “[...] *criança fica com a avó, segundo a avó estão legalizando a guarda da criança*” (USF/SA 1). Todavia, também é preciso considerar que não se trata de uma situação simples com resolução centrada no julgamento e posterior condenação da genitora:

A retirada da criança de sua família de origem e o seu encaminhamento para o abrigo funciona, **ainda que sob o discurso de proteção da criança, como mecanismo de punição da mulher, não só pelo seu uso de drogas, mas também por sua situação de pobreza, responsabilizando-a, individualmente, por não usufruir de condições dignas de cidadã, que o Estado deveria, mas não provê** (RANGEL, 2018, p. 155, grifos nossos).

Apesar de o HUCAM ser o serviço indicado pelo fluxo para o acompanhamento de gestação de alto risco, a criança nasceu na Pró-Matre¹⁶⁰, tendo realizado Teste do pezinho, da orelhinha e do olhinho com resultados sem alterações, além disso, também recebeu as vacinas recomendadas logo após o nascimento. A criança ficou 6 dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da Pró-Matre e o perímetro cefálico (PC) de 30.5 ao nascer foi o critério utilizado para a notificação de SCZ, motivo pelo qual a maternidade orientou acompanhamento com pediatra na USF para dar seguimento ao protocolo de ZIKV.

Na USF, a rotina para acompanhamento do RN é a visita domiciliar em no máximo 10 dias após a notificação de alta da maternidade, a ser realizada pelo enfermeiro. À época da entrevista o profissional responsável não tinha conhecimento do caso de SCZ registrado no território sob sua responsabilidade, mas seguindo as anotações do prontuário respondeu nossas perguntas e nos disse que a criança foi devidamente acompanhada.

¹⁶⁰ A Unidade Pró-Matre – antiga Associação Beneficente Pró-Matre – é a nova maternidade da Santa Casa de Vitória. Adquirida pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória em agosto de 2016, é considerada uma maternidade preparada e equipada para receber partos de risco habitual. É um hospital de porta aberta, ou seja, atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), de convênios e também particulares. Este serviço não faz parte do fluxo oficial da SESA e da SEMUS para os casos de SCZ. Disponível em: < http://www.santacasavitoria.org/?page_id=10127>. Acesso em: 04 jun. 2019. Este serviço não foi incluído em nossa análise, pois não faz parte do fluxo construído pela SESA para atendimento aos casos de SCZ.

Em puericultura na USF, a criança foi avaliada por pediatra, que solicitou exames de Ultrassom Transfontanela, Ultrassom Abdominal e PEATE com resultados sem alterações. A criança foi encaminhada à APAE de Vitória para o programa de bebê de risco e para a Policlínica da UVV para triagem auditiva, seguindo os protocolos federal, estadual e municipal.

No que se refere ao encaminhamento para neuropediatria e oftalmologia identificamos um trajeto diferente do proposto pela SESA. A criança foi atendida nestas duas especialidades no Centro Municipal de Especialidades de Vitória (CME)¹⁶¹. A avaliação neurológica concluiu por ausência de anormalidades seguida de alta. Posteriormente, a criança foi avaliada pela neuropediatra de referência do HEINSG, que também não registrou alterações. Não nos foi informado se a criança seguiu em acompanhamento neurológico. No que se refere à oftalmologia, a triagem não constatou anormalidades, mas a criança seguiu em acompanhamento.

Na USF de Santo André, o entrevistado relata não ter recebido nenhum tipo de treinamento relacionado ao ZIKV e também desconhece a existência de algum Comitê que discuta o tema, o que é avaliado como um problema. Ainda segundo relatos, no território da Grande São Pedro (a qual pertence a USF Santo André) há muitos adultos com microcefalia: “só aqui na área de São Pedro eu conheço umas dez” (USF/SA 1). Duas destas pessoas são acompanhadas por meio de visita domiciliar, mas não recebem nenhum outro atendimento especializado por opção (se é que assim podemos dizer) da família.

“Nada. Nada. Porque não tem. TO não tem, seria muito bom. Fisio também não, fisio é especialidade... Nesse caso das minhas pacientes a família não quer. É muito do mundinho deles, na casinha deles e tal. Porque também a mãe e o pai tem vergonha né, da microcefalia. [...] Falam: não Dr., precisa não e tal, tá bom minha vida assim, minhas filhas tão aí vivendo 10 anos, 15 anos, a outra 30. Só mesmo nos procuram quando estão passando mal, quando a situação tá ruim, entendeu” (USF/SA 1).

Esta realidade identificada em Vitória retrata apenas mais uma das dificuldades que as famílias com crianças portadoras de deficiência enfrentam: o preconceito. No caso das crianças com SCZ não é diferente. Chama nossa atenção um estudo feito por Félix e Farias (2018), em que as autoras abordam o tema microcefalia e paternagem, especificamente, a participação e percepção dos pais frente à condição

¹⁶¹ À página 58 justificamos a não inclusão deste serviço na pesquisa de campo.

de saúde dos filhos. O artigo traz diversos relatos de homens, pais de crianças com microcefalia, a respeito do preconceito com que se deparam, uma passagem nos impactou tristemente:

Os pais relatam o sofrimento diante do preconceito. “Até hoje, muitos ainda não sabem, porque são cheios de preconceito. Por exemplo, tem uma roupa dela que você viu que não dá mais. Se quiser dar, eles não querem receber, tem medo de passar a doença. A pessoa não pode nem dizer a muita gente, que acontece isso aí, o preconceito” (P3). “Teve gente que falou que, quando nascesse, ia ter cara de sapo. Nessa rua aqui mesmo, teve gente que falava isso, achava que a gente não sabia [...] (FÉLIX; FARIAS, 2018, p. 6).

O preconceito não se restringe à população em geral, ele também pode existir dentro da própria família e ainda, por parte de profissionais do serviço público, inclusive na área da saúde. Em matéria intitulada: **Mães de filhos com microcefalia: desafios e preconceito**¹⁶², há relatos de mães que encontram dificuldade para incluir os filhos no sistema educacional e ainda, a dificuldades de locomoção para chegarem aos serviços de saúde. Na maioria das vezes, não há transporte, mas em locais onde o transporte é ofertado, o preconceito parte de motoristas e passageiros dos veículos.

O preconceito perpassa questões subjetivas, mas acima de tudo culturais e sociais dos indivíduos. As reações frente à deficiência são diversas e o “‘olhar estranho’ e ‘esquisito’ com que todos olham para o bebê causa incômodo e leva muitos pais a evitarem que seus filhos tenham convívio com outras pessoas, **podendo comprometer inclusive a adesão ao tratamento**” (FÉLIX; FARIAS, 2018, p. 6-7, grifos nossos). Para as autoras, a própria palavra **deficiente** conduz a uma percepção estigmatizante e pode determinar processos de inclusão ou exclusão social (FÉLIX; FARIAS, 2018).

A USF de Santo André também enfrenta problemas semelhantes aos de outras USF visitadas: dificuldade no acesso a especialistas como neuropediatra, cardiologista e oftalmologista, sendo este último o mais difícil; exames de alta complexidade; dificuldade em referência e contrarreferência (má vontade de alguns profissionais da rede); pouca credibilidade e valorização dos profissionais e dificuldades para controlar o vetor de transmissão do ZIKV, devido a problemas estruturais do bairro,

¹⁶² Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/maes-de-filhos-com-microcefalia-desafios-e-preconceito>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

mas, segundo o entrevistado, majoritariamente à falta de higiene e consciência da população.

*“Vou te dar um exemplo: a pessoa tem um prédio legal, rebocado, tudo encanado, esgoto, água, tudinho... Porém, a caixa d’água dela é destampada né... Uma coisa simples. Aí você chega pra ela e fala: mas senhor, vai dar dengue isso aqui, vai dar Zika..., aí logo responde: não, não tem nada a ver não... **Infelizmente, não é estrutura que o bairro está bem estruturado hoje, é a falta de cultura, é a falta de higiene das pessoas, consciência**” (USF/SA 1).*

Podemos dizer que a área da saúde é um das mais complexas e de maior transversalidade no âmbito das políticas públicas. Sua discussão é atravessada pelos chamados Determinantes Sociais de Saúde (DSS) uma teoria recente, adotada pela OMS¹⁶³, e que ganhou visibilidade no século XX, em meio a conflitos com a perspectiva biologicista de compreender as doenças (SOUZA et al., 2013). Entretanto, há que se perceber que mesmo a análise dos DSS ainda se apoia (na maioria das vezes) em indicadores de morbidade e mortalidade, favorecendo uma compreensão restrita de que “as desigualdades em saúde devem ser estudadas tomando por base unicamente as **diferenças empiricamente detectáveis entre os grupos populacionais**” (NOGUEIRA, 2014). Este caminho favorece uma compreensão individualista dos fenômenos sociais, onde as pessoas acabam sendo consideradas únicas responsáveis pelos agravos em saúde que as afeta.

Seguindo outra direção, nos apoiamos na perspectiva da **Determinação Social do processo saúde-doença**¹⁶⁴ (GARBOIS et al., 2017) – e convergimos com as

¹⁶³ A OMS adota o modelo de DSS de Solar e Irwin *onde as causas estruturais assumem uma posição de destaque, mais próxima ao alcance da ideia de 'raiz' ou 'base', representando a prioridade causal (que foi dada neste marco conceitual) aos fatores estruturais na geração das iniquidades em saúde e na modulação das condições de vida. Muitas críticas têm sido estabelecidas a essa abordagem da OMS sobre os determinantes sociais da saúde. Essas críticas têm sido articuladas especialmente por meio de debates no interior da saúde coletiva e da medicina social latino-americana, circulando ao redor da diferenciação entre determinante sociais da saúde e a determinação social do processo saúde-doença. Os críticos aos DSS adotados pela OMS entendem há uma abordagem dos DSS sob o ponto de vista de fatores (condições de vida, de trabalho, de moradia, de educação, de transporte etc.), 'contextos', 'circunstâncias' e 'condições', adotando, assim, uma perspectiva reducionista e fragmentada da realidade social. Isso ofusca sobremaneira o entendimento dos múltiplos processos socioeconômicos, culturais, ecobiológicos e psicológicos que compõem as articulações dinâmicas do objeto saúde-doença, uma vez que não reconhece que o perfil patológico é criado e transformado por cada sociedade em diferentes momentos históricos, ao mesmo tempo que converte as estruturas sociais em variáveis e não em categorias de análise do movimento de produção e reprodução social (GARBOIS et al., 2017).*

¹⁶⁴ Trata-se de uma perspectiva que emerge no final dos anos 1970, a partir do questionamento da capacidade da medicina em dar repostas à causa de diferentes doenças que emergiam na sociedade industrial da época. Entre os autores que convergem nessa corrente de pensamento estão: Luiz

propostas do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), da década de 1980 – a fim de destacar que ao adotar uma abordagem higienista fatalmente alcançaremos uma compreensão limitada do ZIKV e de suas consequências para a vida das famílias e crianças atingidas. Em termos práticos, corre-se o risco de ofertar uma assistência em saúde restrita ao paradigma biomédico de saúde e distante da integralidade.

Considerar a lógica da determinação social da saúde também nos ajuda a entender porque as mesmas dificuldades para a oferta da assistência em saúde podem ser identificadas em diferentes serviços e territórios (resguardadas suas particularidades). Ponderar que há (para além de ausência de consciência ou práticas de higiene) uma determinação social da saúde é compreender que a raiz do ZIKV e da síndrome dele decorrente (bem como das demais arboviroses que circulam no território brasileiro) está **essencialmente** assentada na chamada **Questão Social**¹⁶⁵ e não apenas no modo de vida da população.

Não se trata de excluir o modo de vida das pessoas do conjunto de fatores que afeta a saúde, o que queremos é sinalizar que há uma determinação fundamental que está em relação constante com os indivíduos, possibilitando-lhes (ou não) condições de vida que são devolvidas à sociedade através da ação dos sujeitos, ou seja, há uma relação dialética entre o processo de saúde-doença e o modo de produção e reprodução da vida em sociedade¹⁶⁶.

Como parte da dinâmica social e semelhante ao que ocorre nas outras USF pesquisadas, atualmente, o ZIKV está esquecido na USF de Santo André. Ao questionarmos sobre as ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, nos foi relatado que o foco das ações é a dengue e não há um trabalho que também destaque as demais doenças transmitidas pelo mesmo vetor.

“Só no dengue. Não, talvez eu posso ver ou alguém perguntar, mas sempre é dengue, dengue, dengue. O foco é o dengue. Por isso que eu falo que o

Augusto Facchini; Asa Cristina Laurell; Jaime Breilh; Anamaria Tambellini Arouca e Sérgio Arouca, entre outros (GARBOIS et al., 2017).

¹⁶⁵ Não é objetivo de nossa pesquisa estender as linhas teóricas no trato desta categoria, mas registramos uma de suas faces (ou expressões, como bem definem os/as assistentes sociais) quando discorreremos sobre a origem da pobreza na sociedade capitalista, no capítulo 3 desta dissertação.

¹⁶⁶ Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil considera que epidemia não é apenas problema de saúde pública, mas é resultado de desigualdades persistentes na sociedade brasileira, que afetam mulheres, negros e jovens. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/unfpa-zika-a-epidemia-da-desigualdade/>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

investimento no Zika deveria ser maior. Não sei se é porque não tem muita pesquisa, não é falado. Aham: ah, a microcefalia não vai acontecer comigo... Não teve treinamento, não teve incentivo, a SESA mesmo que peca demais. Só querem dados, eu vejo muito isso. Eles querem dados tá” (USF/SA 1).

Apesar de intensificadas em períodos eminentes de epidemias, as campanhas divulgadas pelo MS¹⁶⁷ para profissionais de saúde e população em geral sempre alertam para o potencial de **transmissão de diferentes doenças** pelo mosquito *Aedes aegypti*, sendo as principais: dengue, chikungunya, febre amarela e, desde 2015, o ZIKV.

A título de sínteses, algumas das dificuldades encontradas na USF de Santo André assemelham-se às que foram relatadas nas demais USF visitadas. Também converge a avaliação feita acerca da organização da rede pela SEMUS. Segundo o entrevistado, a SEMUS fez uma gestão proativa que resultou na oferta adequada da assistência, pois *“Vitória ela tem uma visão diferente. A SEMUS, a GAS, na verdade, ela contrata, faz contrato de urgência, aumenta né. A única coisa que peca é essa questão do treinamento”* (USF/SA 1). Diante da emergência do ZIKV, a SEMUS promoveu uma grande mobilização e uma verdadeira força tarefa na comunidade. Na avaliação do profissional, Vitória ofertou tudo o que cabia à AB e as ações convergem para o enfrentamento do ZIKV e da síndrome associada ao vírus.

4.3.5 – A USF de Jardim da Penha.

“[...] em muitas coisas a gente não vê a secundária e a terciária, a gente tem dificuldade. Mas no Zika a gente viu. A gente viu a primária, a secundária e a terciária funcionando perfeito [...]”
(USF/JP 2)

Por se localizar em território conhecidamente melhor estruturado do município de Vitória e habitado por moradores com *“um padrão social bom, baixo nível de estresse com violência, condição financeira razoável, nível de escolaridade e morando bem”* (USF/JP 2), a USF de Jardim da Penha, desde sua implantação, foi impactada por uma relação de estranhamento entre a população e o equipamento.

¹⁶⁷ Para saber mais ver, entre outras páginas oficiais: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/mosquito/>> e <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/combate-ao-aedes>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

“Aqui é uma população que tem uma condição de saúde, que muitas vezes vê o SUS como algo de terceira, quarta, quinta, décima ou vigésima categoria, não tá acostumada a olhar pra profissionais de SUS. Tanto é que na primeira reunião que nós tivemos aqui, antes de abrir a unidade de saúde, as pessoas olharam na nossa cara e falaram: então, a prefeitura mandou os piores profissionais né? Aqueles que ninguém quer. Porque a gente não precisa de vocês pra nada” (USF/JP 2).

“Aqui o problema que a gente tem é que tem muito morador que não abre a porta mesmo. Não deixa entrar mesmo e acabou. Fala: não preciso, não quero” (USF/JP 1).

A USF de Jardim da Penha é situada por USF/JP 2 como a primeira USF em bairro de classe média do Brasil e à época de sua implantação neste território os moradores não queriam uma USF, mas sim um Pronto Atendimento (PA) com especialistas. O desejo dos moradores afina-se com uma cultura ainda presente na área da saúde, ou seja, o modelo biomédico centrado na busca por especialidades e procedimentos de alta complexidade, relegando o trabalho de prevenção em saúde e a AB a lugares inferiores dentre os níveis de atenção.

Por outro lado, o território tem alto índice de infestação pelo mosquito *Aedes Aegypti*. Trata-se de um território com muitos edifícios, moradores que cultivam muitas plantas, além da existência de escolas e de um dos campi da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). O campus tem uma grande área verde, uma lagoa, área de mangue e condições favoráveis para a existência de focos do mosquito.

“É comum [refere-se à existência de focos de mosquito], corriqueiro, muito. Até dentro da unidade de saúde a gente já teve, entendeu? Porque tem caixa de esgoto, o esgotamento dos prédios fica aberto, as casas aqui, muitas plantas, os idosos... Aos poucos foi mexendo nisso, mas a gente ainda tem muitos focos. O bairro Jardim da Penha, a UFES ali que é uma maravilha... [sarcasmo], as escolas...” (ESF/JP 2).

A USF tem equipes formadas por médico generalista, enfermeiro, assistente social, psicólogo, dentista, fonoaudiólogo, educador físico, psiquiatra, ACS e técnicos. A USF já teve pediatra, mas atualmente não tem, pois não há público para essa especialidade. Quando há casos para pediatria é feita uma comunicação com a USF de bairro República e normalmente o atendimento é ofertado sem problemas. Os/as profissionais sabem da existência de um Comitê do ZIKV na SESA, mas situam esse espaço como algo restrito a instâncias superiores, das quais a coordenações da Saúde da Criança e da AB fazem parte e tomam decisões.

No contexto de emergência do ZIKV, instalou-se grande inquietação nos profissionais sobre como alcançar as mulheres gestantes do território, tendo em vista que a maioria não faz o pré-natal na rede pública de saúde. Grande parte das mulheres tem plano de saúde e opta por não ir à USF devido à inexistência de uma garantia sobre o local e qual profissional realizará o parto. Para os/as entrevistados/as esta é uma situação que prejudica o vínculo e a adesão ao serviço público. O processo de busca ativa das mulheres gestantes foi descrito como uma tarefa muito trabalhosa para os profissionais da USF, especialmente para os Agentes Comunitários de saúde (ACS).

*“A agente de saúde começou a ir atrás, a fazer a visita mais amiúde, acompanhar mais detalhadamente, ver o que é que tava acontecendo, ia depois do horário de trabalho, aí teve que negociar hora extra, folga né, pra tentar encaixar e achar essas meninas né. Foi feito aquele mutirão. **Aí você levantar todas as grávidas, onde fazia pré-natal, quem eram os médicos, se tinha feitos os exames, se ela sabia informação da Zika, se ela usava o repelente, foi assim, um trabalho enorme. Foi uma correria, isso pouco [sic] em pleno assim outubro, novembro, dezembro, janeiro... E epidemia de dengue pocando [sic] por aí”** (ESF/JP 2).*

Os/as entrevistados/os referem que as ações de capacitação e treinamentos¹⁶⁸ ofertados pela SESA e pela SEMUS foram muito importantes, pois iam disseminando novas informações à medida que surgiam novas descobertas sobre o ZIKV. Ao mesmo tempo, os/as profissionais trabalhavam essas informações junto à população, orientando o uso constante de repelente e tentando criar uma cultura de utilização de preservativos, devido a possibilidade de transmissão por via sexual. Neste sentido, muitas mulheres se desesperaram por já estarem na faixa dos 40 anos de idade e ainda estarem tentando engravidar. Aqui retornam os dilemas vividos pelas mulheres e os impactos do ZIKV no planejamento reprodutivo, onde de um lado orienta-se para o adiamento da gravidez¹⁶⁹ e, por outro, se obriga as

¹⁶⁸ Segundo os/as entrevistados/as, os treinamentos eram mais intensos no auge da epidemia, passado o período considerado de maior gravidade, as ações foram reduzidas às capacitações que normalmente são realizadas anualmente pela SEMUS.

¹⁶⁹ Em vídeo intitulado **Zika vírus e microcefalia: eugenia não é prevenção**, Débora Diniz e Sinara Gumiere discutem as primeiras medidas adotadas pelo MS diante da possibilidade de associação do ZIKV com a microcefalia. Débora diz que na história da saúde pública quando emergem situações perturbadoras que associam reprodução humana e doenças, a primeira conduta adotada é a do controle dos corpos das mulheres, controle do útero. À época do vídeo ainda não havia a confirmação da associação do ZIKV com a microcefalia, mas o MS optou por recomendar às mulheres que não engravidassem, conduta que poderia gerar sofrimento e uma sensação de responsabilização individual das mulheres por quaisquer ocorrências de saúde em seus filhos. O vídeo alerta para a responsabilidade do Estado, através de suas políticas de saúde, para que as medidas adotadas não

mulheres a gestar e parir filhos com malformações devido ao conservadorismo na pauta do aborto.

O território de Jardim da Penha registrou 3 casos de SCZ. Destes, 1 caso é acompanhado pela rede privada de saúde; 1 caso não está na rede devido a mudança da família para outro estado e 1 caso é o que nossos/as entrevistados/as consideraram para nos contar sobre a assistência ofertada, ou seja, o relato acerca do atendimento nesta USF considerou o acompanhamento de apenas uma criança.

O caso em questão foi diagnosticado no pré-natal. A rotina era o atendimento inicial feito pelo/a enfermeiro/a, que pedia o Hemograma e encaminhava para o/a médico/a. A partir deste exame de sangue inicial e da avaliação clínica o médico solicitava a sorologia para ZIKV, que devia ser colhida até o 5º dia do aparecimento dos sintomas.

*“Essa foi a primeira paciente e bateu justamente no meu colo. Eu olhei pra ela e falei: O que você tá sentindo? Aí ela: Ah, tão achando que é dengue. Eu falei: tá coçando? Aí ela: demais! Eu pensei: nossa, é Zika... Olhei os olhos, bati em tudo que a médica tinha falado, o olho vermelho, a pele irritada, coçando, febre não muito alta, febre baixinha. Nossa, isso não é dengue... Aí corri e pedi os exames pra ela, eu pedi todos que eu podia pedir. **Aí ela fez a pergunta fatal: isso é Zika?** Eu olhei pra ela e falei assim: olha, eu não sou médica. Eu sou enfermeira e eu tô pedindo os exames todos que eu posso te solicitar. Você vai ter que pegar esse resultado com uma médica. Eu vou tentar encaixar você com a médica da sua área, porque aí ela vai ver os seus exames e vai ver o quê que ela suspeita de fato. Aí ela encheu os olhos dela da água, aí foi paralisando, e mesmo com a pele vermelha ela foi empalidecendo na minha frente, aí passou a mão na barriga... Aí eu pensei: misericórdia, se isso for Zika essa mulher, meu Pai... **A triste notícia quando chegou me falaram assim: aquela menina que você atendeu era Zika mesmo**” (USF/JP 2).*

A partir do diagnóstico, a mulher gestante continuou o pré-natal na USF, não necessitando frequentar o ambulatório de gestação de alto risco. O protocolo de atendimento a gestante e crianças foi incorporado à rotina do serviço e as mulheres e crianças com quadros relacionados ao ZIKV tornaram-se prioridade na USF, conforme orientações da gestão municipal, conduta que se mantém: *“[...] na hora de fazer a regulação da marcação de especialidades essas crianças foram todas e continuam sendo até hoje prioridade, se aparece um caso ela continua sendo prioridade e vai passar na frente de todo mundo pra resolver logo”* (USF/JP 2). Caso a criança necessite de especialistas que não atendam na rede municipal, o acesso é

via estado. O estabelecimento da prioridade para os casos de SCZ foi a única mudança que os/as entrevistados/as nos contam.

Ao nascer, a criança seguiu o protocolo de ZIKV e recebeu toda a assistência de que precisava. Os/as entrevistados/as não relataram dificuldades em acessar os especialistas e exames para atender ao caso de SCZ, devido a prioridade que foi dada pela regulação. A criança foi atendida pela neuropediatra de referência no HEINSG; recebeu atendimento odontológico; fez triagem auditiva no HUCAM e foi encaminhada para a APAE, ao passo em que mantinha acompanhamento de puericultura na USF. Os/as entrevistados/as disseram que a tranquilidade em ofertar o atendimento é justificada por ter sido apenas 1 caso registrado no serviço e a dificuldade para a oferta da assistência é vista como um problema geral, mas que não ocorreu em relação ao ZIKV.

“[...] ela fez todos os exames que precisavam ser feitos né, a nível de tomografia, ressonância, ultrassonografia que fez de abdômen, tudo que precisou ser feito, atendimento geral. Ela tinha especialista que ela ia de 3 em 3 meses, e assim, direitinho mesmo sabe, tudo foi muito dentro de todos os prazos. Eles deram, assim, uma atenção muito específica” (USF/JP 1).

*“Mas de forma geral, a dificuldade tá pra todo mundo, mas na Zika funcionou. Só que a gente queria que funcionasse pra tudo. Se fosse assim pra tudo você não precisaria de plano de saúde. Na saúde da família a gente veio pra implementar o SUS e infelizmente, nesses últimos 20 anos a gente não viu isso acontecer. **No caso do Zika foi tudo tranquilo. Também, a gente só teve uma criança**” (USF/JP 2).*

Apesar de o fluxo ter seguido com tranquilidade, algumas dificuldades também foram relatadas: restrição de pedido de exames pela enfermagem; realização de encaminhamentos somente pelo profissional de medicina; ausência do teste rápido para ZIKV e problemas na referência e contrarreferência. Como nas outras USF, o acesso ao itinerário do paciente em nível municipal é citado como uma facilidade devido a Rede Bem Estar, no entanto, quando há o encaminhamento para outro serviço, as informações são acessadas por meio de laudos (enviados por alguns serviços, não todos) e pelos relatos da família da criança. O mecanismo de contrarreferência não funciona como previsto.

*“Isso aí pega... Às vezes o profissional manda por escrito, mas são raros. Quando é dentro da rede a gente sabe, mas fora da rede... **Deveria, porque já tem uma pactuação de ter isso já. Estado, município, serviço de referência e contrarreferência, de mandar pra gente a contrarreferência. Só que infelizmente isso não é respeitado dessa maneira**” (USF/JP 1).*

“O psicólogo, se ele te atender e achar que você precisa de um psiquiatra pra medicalização, ele não pode te encaminhar. Ele precisa mandar você pro médico pra ele avaliar se ele concorda ou não de você ser atendido. Se a fono avaliou você e ela viu que você tá com um problema nas cordas vocais e precisa de um otorrino ela não pode encaminhar. Se o educador físico te avaliar e ver que você tá com risco pra problemas cardíológicos pra Fazer atividade física e ele quer um teste de esteira, ele não pode encaminhar. [...] os profissionais de saúde da família ficam presos no médico sempre” (USF/JP 2).

Tanto os encaminhamentos, quanto o mecanismo de referência e contrarreferência estão ligados à ideia de integralidade da atenção. O encaminhamento, porque é parte do trajeto do usuário para os diferentes níveis de atenção; a referência e contrarreferência, porque é o elo que une os serviços, a fim de possibilitar a continuidade do cuidado.

Ao implementar a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o governo brasileiro assume o processo de reorganização da AB convergindo com os princípios do SUS¹⁷⁰. Mas embora a ESF conte com equipes multiprofissionais, o modelo de atenção à saúde ainda se baseia na hegemonia do saber médico, paradigma que, apesar de questionado, ainda resiste (RIBEIRO; FERLA, 2016).

Conforme Macedo e Martin (2014), a atenção à saúde na AB requer que os vários campos do saber se relacionem, sejam eles científicos ou não. A interdisciplinaridade aliada à ampla compreensão do processo saúde-doença na AB marca a diferença entre a possibilidade de práticas mais horizontalizadas nesse espaço e as práticas em âmbito clínico-hospitalar, que na maioria das vezes são pouco dialógicas.

No espaço da Atenção Primária, a técnica não se mostra resolutiva isoladamente; não prescinde das relações intersetoriais, dos diálogos com o movimento da vida, com as diferentes formas de trabalho humano e sua produção de conhecimento, de saúde e de adoecimento; não é eficaz senão nas mediações interdependentes de sua função (e do produto de sua ação) com os demais trabalhos necessários às práticas sociais e, conseqüentemente, com seus produtos (MACEDO; MARTIN, 2014).

Embora citem o protagonismo do médico nos encaminhamentos, ao mesmo tempo, os/as profissionais entrevistados/as ponderam que esta questão não gerou entraves para a oferta de assistência à criança com SCZ devido à boa integração e comunicação entre a equipe.

¹⁷⁰ <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/implantacao-da-estrategia>. Acesso em: 05 jun. 2019.

*“[...] a gente trabalha em equipe. Então, quando você pede você tem liberdade de conversar com seu colega médico e ele te ajuda. Então não esbarrou por isso. **A gente consegue por essa relação de respeito e de parceria, senão a gente teria problema**” (USF/JP 2).*

Problemas relacionados à mãe da criança também foram relatados e a mesma tem sido acompanhada por um psiquiatra na USF. Ao engravidar, a paciente foi abandonada pelo companheiro e também se viu muito abalada com a possibilidade da filha nascer com alguma malformação. Os/as entrevistados/as relatam que a mulher passou a viver em função da filha, deixando-se manipular por ela e abandonando o cuidado consigo mesma. Temos aqui mais uma das questões que atingem as mulheres em decorrência do ZIKV.

Uma questão interessante apontada pelos/as profissionais e que não foi observada em nenhum dos outros serviços municipais (apenas na Policlínica da UVV) refere-se ao tempo de acompanhamento das crianças (0 a 3 anos), que é considerado insuficiente devido às incertezas que ainda rondam a SCZ. Nesse caso seria necessário *“monitorar por mais tempo. Acho que 3 anos é pouco tempo. Acho que é muito novo né, pra falar somente em 3 anos”* (USF/JP 1).

Em Jardim da Penha identificamos algo inusitado que ousamos chamar de lado positivo do ZIKV. Conforme dissemos, os profissionais da USF deste território enfrentam dificuldades para se aproximar e trabalhar com a população local. Entretanto, o protagonismo do SUS frente ao ZIKV fez com que a USF passasse a ser vista de outra forma pelos moradores do território, o SUS passou a ser visto de modo positivo, um paradoxo quando identificamos que o ZIKV evidenciou muitos dos problemas enfrentados pela política de saúde pública brasileira.

Os/as entrevistados/as, ao relatarem a organização de uma força tarefa para enfrentamento do ZIKV, capacitações, monitoramento dos casos, entre outras ações destacam que os Agentes de Endemias também passaram a visitar empresas onde trabalhavam mulheres grávidas, com o objetivo de orientar os proprietários e destacar a importância de proteger as mulheres gestantes. As pessoas *“elas viam assim, o SUS de uma maneira que eles nunca viram. E a empresa particular espantou: que isso, agente ambiental aqui?”* (USF/JP 2) Ou seja, os trabalhadores do SUS chegaram a lugares onde as pessoas não imaginavam que eles pudessem estar. Isso mostrou que o SUS é para todos, em consonância com o princípio da universalidade.

*“[...] porque as pessoas começaram a olhar o SUS assim: Oi? Não, mas o agente de saúde tá indo na minha casa, eu tô conversando com a enfermeira, eu tô com o médico aqui... **Aí eles começaram a olhar e dizer assim: nossa, o SUS faz isso? Então houve uma quebra de paradigma sim.** A gente começou a ver gestante vindo pra perguntar assim: me explica aleitamento materno? Como é que eu faço? Aí eu orientei, também falei do Banco de Leite. Aí eles começaram a olhar pra gente como uma fonte de conhecimento, alguém que pode auxiliar. **O respeito pelo agente de saúde, pra quê que o agente de saúde é necessário, foi um ganho pras meninas, foi um ganho pra unidade de saúde, pro respeito do serviço de maneira geral**” (USF/JP 2).*

Passado o período de emergência institucional as orientações aos munícipes permanecem e reforçam alertas sobre todas as arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*, bem como a entrega de repelentes às mulheres gestantes e as ações de busca ativa dessas mulheres. Entretanto, algumas “*sumiram mais*” (USF/JP 2) da USF.

De maneira geral, com relação à SCZ, os/as profissionais consideram que o município acolheu os profissionais e junto com o estado forneceu toda a retaguarda necessária. A ação de todos: estado, município e profissionais da ponta foi vista como muito positiva. Ainda segundo os/as entrevistados/as, todo o necessário foi ofertado e, com relação ao ZIKV, **foi possível ver o SUS funcionando na integralidade dos três níveis de atenção**. Diferente das demais USF, não houve dificuldade no acesso a especialistas e exames de alta complexidade, e também não foi relatada a alta rotatividade de profissionais.

“Eu acredito que tudo que compete à unidade de saúde a gente deu conta, entendeu? Em relação aos exames, em relação às especialidades, o que a gente pode encaminhar foi encaminhado, foi feito. A mãe, ela sempre falou que os prazos, ela foi atendida na HUCAM também, ela fez algumas coisas na HUCAM, algumas vezes no Hospital Infantil, os prazos foram rápidos, eu acho que tudo foi respeitado bem o prazo. Até porque a gente sempre pede, pedia né, um feedback” (USF/JP 1).

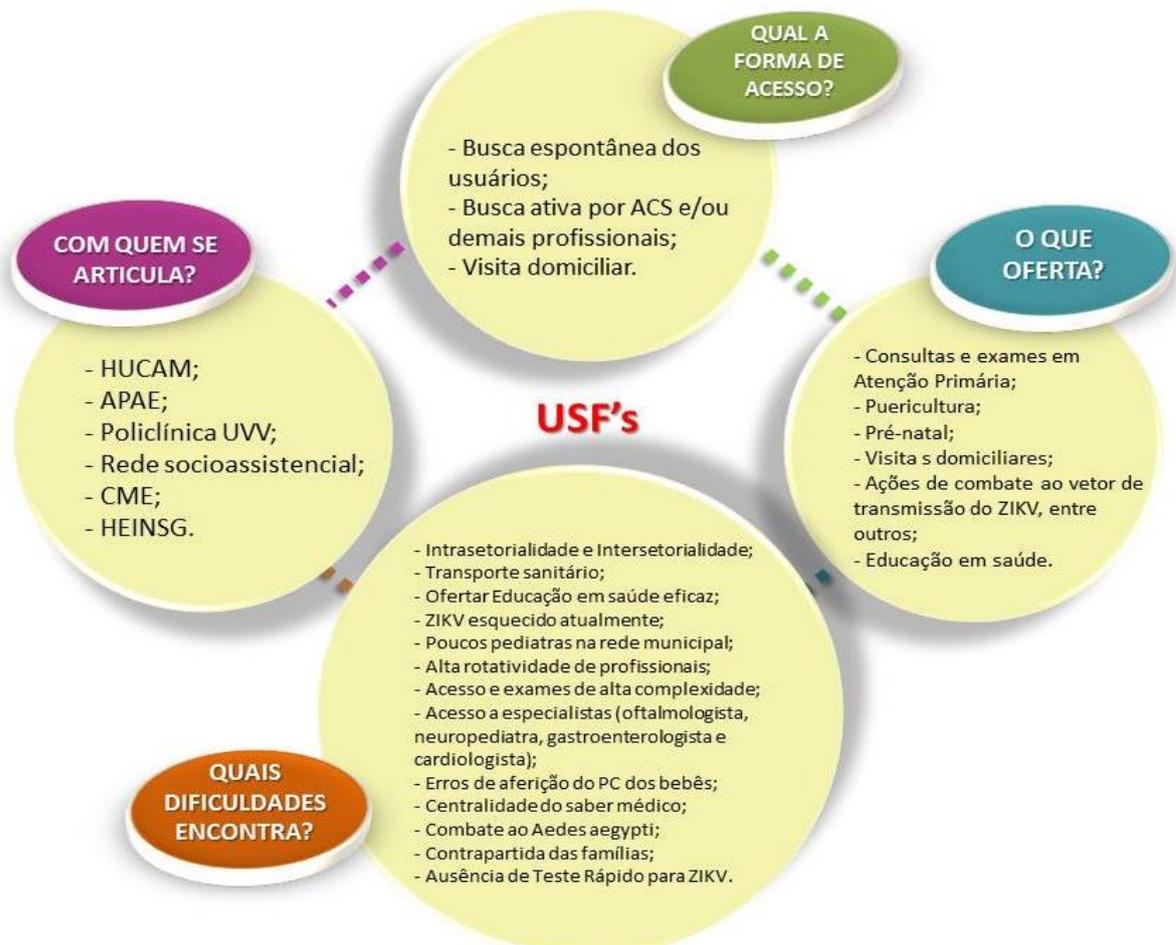
“[...] em muitas coisas a gente não vê a secundária e a terciária, a gente tem dificuldade, mas no Zika a gente viu. A gente viu a primária, a secundária e a terciária funcionando perfeito, seria bom se funcionasse assim pra todos os outros problemas. Aí você teria o SUS funcionando do jeito que a gente sempre quis que ele funcionasse. Saúde da família é o SUS funcionando a pleno vapor” (USF/JP 2).

Falar em integralidade requer ampliar o olhar para muitos lugares, pois esta palavra pode assumir muitos sentidos: pode ser entendida como busca dos profissionais e serviços em compreender as necessidades de saúde dos usuários; também pode ser associada à organização das ações e serviços em saúde baseada na

epidemiologia como direcionadora de caminhos frente às doenças e, por último, pode significar as ações do governo materializadas em políticas para responder às problemáticas de saúde (SILVA et al., 2017b).

Preferimos, para além das definições apontadas, o destaque dados pelos autores ao sentido mais amplo da **integralidade** – e que ultrapassa as práticas assistenciais em saúde, mesmo quando alcançam certa completude. Pode-se dizer que a integralidade é **bandeira de luta**, ela enuncia características do SUS que são consideradas desejáveis. A integralidade resume valores pelos quais vale a pena lutar, pois está ligada a um ideal mais justo de sociedade. **É em essência “uma noção amálgama, preñhe de sentidos** (SILVA et al., 2017b, p.590, grifos nossos). Na Figura abaixo, sintetizamos as principais questões identificadas nas entrevistas com os profissionais das Unidades de Saúde da Família.

Figura 18: Síntese dos elementos que perpassam todas as USF visitadas para a oferta da assistência aos casos de SCZ.



Fonte: Entrevistas. Sistematização da autora, 2019.

4.3.6 – A APAE de Vitória.

“Não fazendo a prevenção primária, tem que aumentar recurso aqui na ponta.”

(APAE 1)

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Vitória é uma instituição com gestão mista (estadual e municipal) prestadora de serviços na saúde no âmbito da estimulação, reabilitação e diagnóstico. As APAES são definidas como associações não governamentais e sem fins lucrativos¹⁷¹.

A APAE de Vitória é credenciada junto ao Ministério da Saúde (MS) para realizar Teste do Pezinho, Teste do Suor, Teste da orelhinha e audiometria, além das ações na área de reabilitação. O serviço conta com profissionais das áreas de neurologia, psiquiatria, pediatria, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, terapia ocupacional, psicologia, serviço social e geneticista. Especificamente para os casos de SCZ, o atendimento foi centralizado na área de estimulação precoce. A maior parte do trabalho realizado pela instituição deriva do contrato com o município de Vitória.

*“O do estado a gente faz um convênio que é oriundo da Portaria 1.635, então é um convênio pra atender pessoas com deficiência intelectual e/ou autismo, num código específico desse convênio, então a gente faz estimulação neuropsicológica. E **no município a gente tem um contrato renovado**, que na verdade a gente passa por uma licitação anualmente. Esse contrato é pra fazer avaliação dos municípios de Vitória **pra identificar deficiência. A gente faz testagens neuropsicológicas, a gente faz os atendimentos terapêuticos, fisio, fono, tudo aquilo que eu te falei, e atendimentos médicos.** Acho que é isso, basicamente. Mas é um contrato grande, anual grande, **é quase 80% do meu serviço hoje**” (APAE 1).*

As crianças com SCZ ou suspeitas foram incluídas em um serviço que já ofertava ações de estimulação e reabilitação, motivo pelo qual os/as entrevistados/as não veem problema em não terem recebido nenhum tipo de treinamento referente à SCZ tanto por parte da SESA, quanto da SEMUS. Nesta questão, houve apenas a divulgação dos protocolos oficiais do MS.

A instituição começou a receber crianças com SCZ ou suspeita mesmo antes de a SCZ ser mais conhecida pela sociedade. Para início do acompanhamento a APAE a triagem inicial é composta por 4 etapas, este caminho é para todos/as os/as pacientes, tendo sido ou não expostos ao ZIKV:

¹⁷¹ Federação das Apaes do estado do ES. Disponível em: <https://www.apaes.org.br/>. Acesso em: 06 jun. 2019.

- I) Acolhimento e entrevista com assistente social;
- II) Avaliação com psicólogo/a e pediatra (crianças até 4 anos) e psicólogo/a e psiquiatra (crianças acima de 4 anos);
- III) Avaliação multiprofissional conjunta com profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional;
- IV) Elaboração de Projeto Terapêutico Individualizado (PTI)¹⁷².

Após estas avaliações, as crianças que apresentam algum tipo de alteração no desenvolvimento são classificadas como elegíveis para atendimento. As crianças que não apresentam alterações, mas foram expostas ao ZIKV são incluídas no Programa de Atenção ao Desenvolvimento Infantil (PADI).

“Ele [o paciente] é regulado, aí passa por um acolhimento, que é uma entrevista com a assistente social. Depois ele passa por uma triagem, e aí tem o médico, o psicólogo, fisio, fono e TO. Os casos suspeitos, quando eles apresentam algum sintoma, já algum atraso, já uma microcefalia instalada, por exemplo, ele entra no atendimento clínico, ele fica elegível. Esse é o caminho. Quando ele não tem, é... Ele teve a suspeita, quer dizer, ele teve um fator de risco, mas ele não tá apresentando nada, a mãe disse: ó eu fui diagnosticada e tal, mas não tá apresentando nada, essas crianças entram num programa de acompanhamento e de monitoramento que chama PADI, é Programa de Atenção ao Desenvolvimento Infantil” (APAE 2).

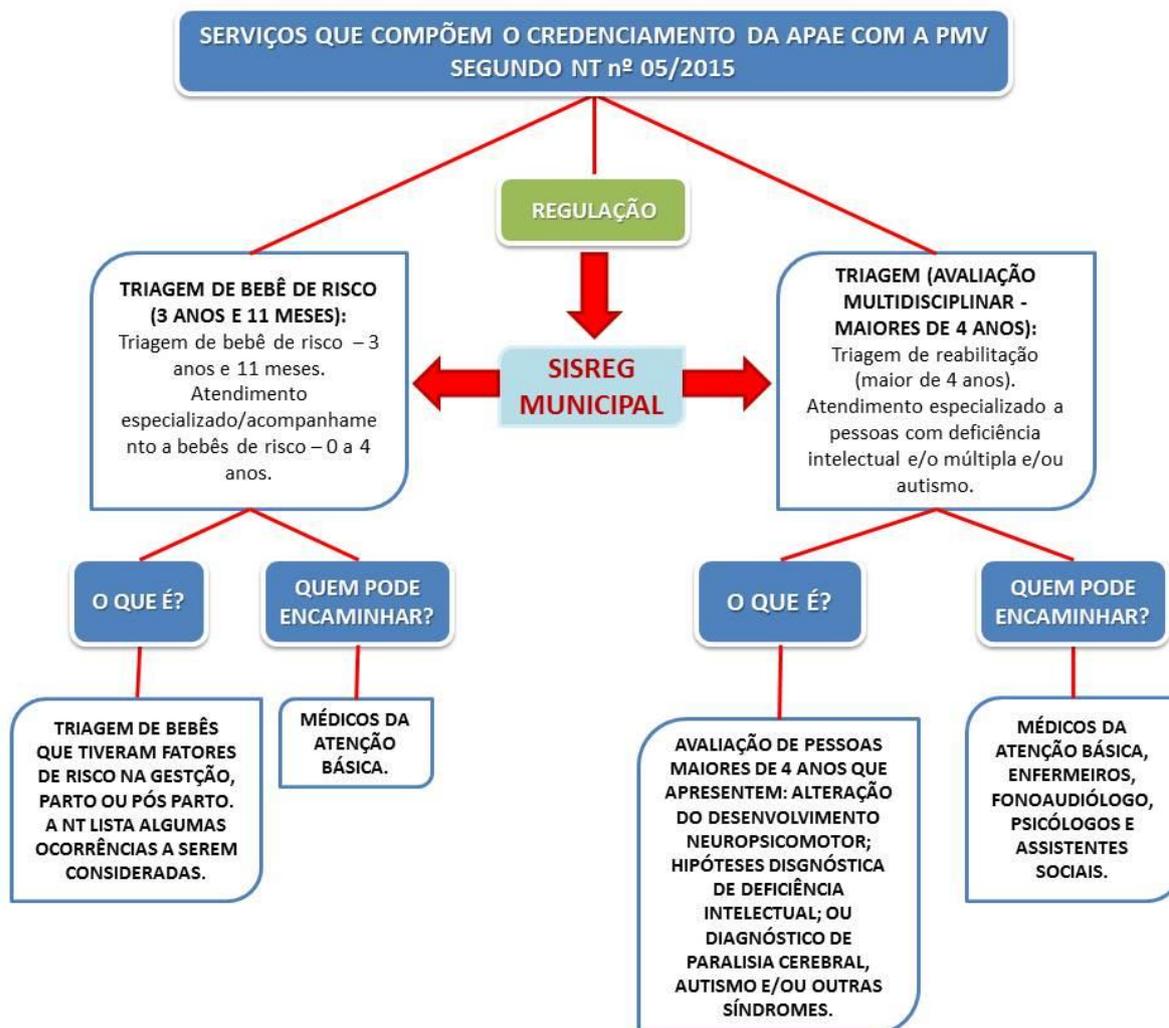
Quanto ao PADI, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) e a Gerência de Atenção à Saúde (GAS) elaboraram a Nota Técnica (NT) nº 02/2015. A nota esclarece sobre a forma de contratação da APAE (credenciamento) junto à Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) e orienta o preenchimento da solicitação de triagem junto à CECAF¹⁷³/APAE para inclusão no Programa.

A NT inicia definindo o que é a APAE, e em seguida descreve os serviços que fazem parte do credenciamento com a PMV, bem como os profissionais aptos a encaminhar crianças ao serviço (Figura 14).

¹⁷² Dissemos o que é o PTS à página 146. PTS é o antigo nome do PTI.

¹⁷³ Centro Clínico Anselmo Frizera. O CECAF é a porta de entrada da Instituição e dispõe de uma equipe multidisciplinar que avalia o indivíduo e sua família, composta por assistente social, dentista, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Disponível em: < <https://www.apaees.org.br/vitoria/servicos/detalhe/centro-clinico-anselmo-frizera-cecaf>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

Figura 19: Serviços ofertados pela APAE conforme credenciamento com a PMV.



Fonte: NT 02/2015 PMV/SEMUS/GAS. Sistematização da autora (2019).

No PADI a criança é acompanhada por equipe multiprofissional (pediatra, fisioterapeuta, fonoaudiólogo/as, terapeuta ocupacional e psicólogo/a) até os 7 anos de idade. A avaliação considera o olhar dos profissionais e também da família (relatos de sono excessivo, convulsões, entre outros). O fluxo de atendimento no Programa é igual para todas as crianças, independente de terem sido (ou não) expostas ao ZIKV.

“Nesse Programa a gente tem um protocolo de acompanhamento. Essas crianças voltam de 3 em 3 meses, depois vai aumentando esse espaço. A gente acompanha essa criança até os 7 anos, e essa criança é acompanhada pela equipe: pediatra, fisio, fono, TO, e psicólogo. Então a gente reavalia essa criança, a mãe fala como a criança tá no dia a dia... Identificando algum problema, qualquer coisa que a gente acha que é um sinal de alerta, ou a criança não tá evoluindo como o previsto pra idade dela, a gente pega e coloca pra atendimento, tá? Eu tô te falando de como é

pra qualquer criança que chega aqui. E nos casos do Zika vírus também foi desse modo” (APAE 2).

Seguindo o determinado pela NT, os/as entrevistados/as nos disseram que a porta de entrada para o serviço é a regulação via AB. No entanto os relatos colhidos nas USF demonstram que nem todas as Unidades de Vitória encaminharam para a APAE, este encaminhamento ficou mais a cargo da neuropediatra de referência, mas via regulação municipal.

Para conseguir atendimento na APAE as crianças e suas famílias enfrentam uma fila de espera, mas quanto aos casos de SCZ (suspeitos ou confirmados) houve a priorização do atendimento. Esta determinação desagradou os profissionais, devido à desconsideração do estado de saúde de outras crianças que precisavam do serviço e que, segundo avaliação dos profissionais, por vezes apresentam um quadro muito mais delicado e urgente do que as crianças atingidas pelo ZIKV. Os/as entrevistados/as relatam que a única mudança ocorrida na rotina do serviço no contexto de emergência do ZIKV foi a determinação de prioridade.

*“Então, por exemplo, hoje eu tenho uma fila aqui de 200 crianças esperando vaga. **Eu poderia te dizer que um Zika vírus, na minha opinião, não é o mais urgente entre as que estão esperando vaga. Aí o Ministério vai lá e define que essa criança é prioridade.** E aí eu tiro uma criança que na opinião da equipe ter avaliado é uma prioridade [...] e aí eu tenho que botar um Zika vírus, independente da avaliação que a gente fez. **Com isso houve uma mudança. É uma mudança que eu, particularmente, não concordo.** Dificil pra mim aceitar, mas a gente muitas vezes é obrigado o acatar porque é o protocolo do Ministério. Independente de ter uma criança esperando há 3 meses pra ser avaliada, chegou um Zika vírus ontem, ele vai entrar na frente” (APAE 1).*

Cabe dizer que em nossa análise documental não identificamos orientações oficiais para o estabelecimento da prioridade a que os/as entrevistados/as se referem. Nos documentos as prioridades referem-se às seguintes ações:

- Priorizar a realização de teste rápido considerando alguns critérios;
- Priorizar a realização de rastreio laboratorial para STORCH+Zika dentre os exames para diagnóstico;
- Priorizar o atendimento de gestantes com relato de exantema;
- Realizar o segundo Ultrassom (USG) prioritariamente em mulheres com resultado positivo para STORCH+Zika.

Especificamente, no documento que orienta a estimulação precoce também não aparece a palavra prioridade. O que se recomenda é que a criança seja inserida em

programas de estimulação **o quanto antes** e assim que estiverem clinicamente estáveis (o que pode dar margem para o estabelecimento da prioridade pelos gestores locais). O protocolo estadual também não fala em prioridade para atendimento às crianças na estimulação precoce e as NT da SEMUS, incluindo a que trata da APAE (NT 02/2015) também não falam em prioridade.

A lógica da prioridade relatada na APAE exemplifica a fala da gestão que destacamos anteriormente, quando se elege uma prioridade é possível dar conta da demanda, por outro lado, quando há prioridades (no plural) haverá ações, serviços e pessoas que ficarão prejudicados. Assim, o relato destaca a política do “cobertor curto” – a proteção a um é a desproteção do outro. Esta realidade caminha em direção oposta aos princípios do SUS, pois fere os princípios da universalidade, integralidade e equidade em saúde.

Uma vez que a família e a criança são incluídas para atendimento na APAE, o desenvolvimento da criança é que determina o tempo de acompanhamento. O trabalho envolve o estímulo às crianças, mas também é preciso trabalhar junto às famílias as ansiedades e expectativas com relação ao desenvolvimento e crescimento das crianças. Muitas famílias comparam seus filhos com outras crianças, o que pode gerar frustrações. Nesse sentido, os profissionais trabalham nos pais e/ou cuidadores a comparação da criança com ela mesma, destacando que o tratamento é uma longa escada que deve ser percorrida degrau por degrau. Na APAE também há regras para a continuidade do acompanhamento. O absenteísmo pode causar a perda da vaga.

“A gente faz a proposta pra eles de comparar o filho dele com ele mesmo. Então ele hoje não consegue fazer isso, qual o primeiro passo? Ah, a primeira coisa que o bebê consegue é firmar o pescoço, sustentar bem a cabeça. Então é isso que você vai estimular. Além da gente orientar ele de qual é o primeiro degrau que ele deve subir, pra chegar no segundo andar a gente tem que subir vários degraus, e o primeiro degrau é esse. Então a gente dá pra família esse tipo de explicação, as vezes mais simplificada, as vezes menos simplificado, de acordo com a condição de compreensão da família e faz os pais parceiros nesse processo. Costuma dar certo assim, costuma ficar tudo bem” (APAE 2).

*“A gente não determina fim. O que determina é a evolução da criança e a capacidade da família de vir né, porque aqui o que acontece, a gente tem regras. Como nós temos uma fila de espera, as nossas regras são as seguintes: **três faltas consecutivas ela sai do horário**. Aí ela tem que entrar e pedir o horário de novo e justificar, entendeu? **Se a família não tem condições de vir, muitas vezes ela perde**” (APAE 1).*

Na APAE, assim como nos demais serviços, a família é tida como elemento central para o sucesso do tratamento das crianças. Há que se ter “*um família estruturada, uma família boa*” (APAE 1). Na APAE as famílias são atendidas uma vez por semana, a ideia é que a família tenha condições de estimular a criança em casa e dependa menos do serviço. Ao ofertar o atendimento uma vez por semana, a APAE segue a recomendação mínima do MS, através das diretrizes de estimulação precoce (BRASIL, 2016b).

*“Quando você fala bem assim: ah, boa você tá querendo dizer o quê? Recurso? Não. Você tá querendo dizer que ela é graduada? Não. Às vezes eu tenho mãe aí que é terapeuta ocupacional e não funciona! Eu tenho mãe que é analfabeta e funciona. Tem a ver com interesse e com amor, dedicação. **É família que define o sucesso do tratamento de uma criança**” (APAE 1).*

*“O sucesso do desenvolvimento ele vai muito mais de uma conscientização da família de como ela pode ajudar, de qual é o papel dela. Porque, terapeutizar uma criança desse tamanho, de uma forma dessa, até afasta ela do afeto familiar. **O que a gente faz é uma proposta da família vir menos aqui e se sentir mais empoderada, de ter a capacidade de tá atuando com aquele filho.** Então o que a gente propõe aqui é isso, é um profissional bom, que saiba orientar, que possa fazer essa família se sentir capaz de dar conta desse filho em casa **e fazer a família vir aqui o mínimo de vezes possível. Então, a gente tenta fazer os atendimentos 1 vez por semana, mas é uma vez por semana bem feito, entendeu?** É uma vez por semana em que a família vai entender o que esse menino precisa nas 24 horas do dia e não só naquela horinha. Ah, eu fui lá na fisio e acabou. (APAE 2).*

Há duas formas de responsabilização das famílias no âmbito dos serviços, uma forma prática administrativa, que envolve os movimentos relacionados à burocracia dos serviços como, por exemplo, atividades relativas ao acesso ao direito. A outra se dá na forma de participação das famílias, que pode ser requerida tanto em práticas formais, quanto em práticas informais de integração e geralmente estão relacionadas às limitações dos serviços (MIOTO; DAL PRÁ, 2015).

Assim, os serviços se colocam frente às famílias. Aquelas que acolhem e oferecem sustentação aos seus doentes e entram nos serviços para humaniza-los, são conhecidas como **boas famílias**. Aquelas que delegam seus membros necessitados aos serviços e se furtam de sua presença e de seus cuidados são tidas como **más famílias** (MIOTO; DAL PRÁ, 2015, p. 152, grifos nossos).

Os protocolos do MS orientam a inclusão da família para a estimulação da criança recomendando que as atividades diárias junto às crianças sejam utilizadas também como momento para estimulação. Os documentos recomendam que os/as

profissionais orientem e incluam as famílias no processo, mas **a oferta do acompanhamento sistemático e nos serviços é situada como essencial e de primeira importância para o desenvolvimento da criança. A família deve ser parceira** e não elemento central na estimulação precoce.

Para justificar a centralidade da família no tratamento, vários exemplos foram trazidos no decorrer da entrevista, entre eles a história de um casal cego com filhos gêmeos e que mesmo com suas dificuldades eram muito comprometidos com as crianças. Ouvimos também a história de uma mulher com deficiência intelectual e com um filho extremamente adoecido, que após perder a criança se tornou paciente da APAE. É sabido que as histórias de superação permeiam a vida das pessoas e servem de inspiração, mas também dissimulam uma crueldade meritocrática, que lança sobre o indivíduo tanto resultados de sucesso, como de fracasso. Quando falamos em saúde, é preciso cautela ao caminhar sob essa perspectiva, já que ela nos leva a passos largos para a culpabilização do sujeito (nesse caso a família) por seu processo saúde-doença.

Uma pesquisa da Fiocruz (TAVARES, 2018), ao analisar o impacto da SCZ nas famílias, estimou o custo da assistência para o SUS¹⁷⁴ e para as famílias. Para a pesquisa foram entrevistadas 487 pessoas, entre mães e outros cuidadores de crianças com SCZ, mulheres grávidas, homens e mulheres em idade fértil e profissionais de saúde. Os resultados demonstraram que 50% das famílias tinham renda entre um e três salários mínimos, e os gastos com medicamentos, hospitalização, entre outros ficaram entre 30% e 230% mais elevados se comparados com as crianças sem microcefalia, mas com manifestações da SCZ e com atraso de desenvolvimento (TAVARES, 2018). Além do aumento das despesas, as famílias também enfrentam outras dificuldades:

“[...] essas famílias também esbarraram numa assistência de saúde insuficiente e fragmentada, com problemas no cuidado, ausência de comunicação entre os diversos serviços especializados, assim como entre níveis de complexidade. Para os profissionais de saúde, a epidemia deu visibilidade às dificuldades de acesso de outras crianças com problemas semelhantes, determinados por outras patologias/síndromes

¹⁷⁴ A pesquisa demonstrou que para o SUS, o custo médio das despesas com consultas em um ano foi 657% maior entre as crianças com microcefalia ou com atraso de desenvolvimento grave causado pela síndrome (grupo 1) do que com crianças sem nenhum comprometimento (grupo 3 ou controle). A quantidade de consultas médicas e com outros profissionais de saúde foram superiores em 422% e 1.212%, respectivamente.

congenitas. Revelou, ainda, que **as ações governamentais continuam centradas no mosquito transmissor e na prevenção individual, sem atuação sobre os determinantes sociais**” (TAVARES, 2018, n.p.).

Tavares (2018) parece descrever o cenário que encontramos em Vitória, evidenciando a existência de uma realidade difícil para as famílias com crianças com SCZ em todo o país. O nascimento de uma criança com malformação cria uma nova realidade para as famílias. Inicialmente, é preciso lidar com o luto do filho imaginado e aceitar os agravos em saúde do filho real, além disso, as condições de saúde da criança criam uma dinâmica de peregrinação entre diversos serviços de saúde que exigem mais das famílias, tanto em termos emocionais e físicos, quanto financeiros (FÉLIX; FARIAS, 2018). As autoras também chamam a atenção para a sobrecarga que recai sobre os pais das crianças, mas principalmente sobre as mães. Em virtude de ter que se dedicar mais aos filhos, além de experimentarem um aumento nos gastos familiares (pois, na realidade, nem tudo é garantido pelo SUS), há também uma redução da vida cultural e social dos membros da família.

Na APAE, as famílias que apresentam dificuldades são encaminhadas para os serviços socioassistenciais, e quando a criança conclui a triagem e permanece em atendimento é possível emitir laudos para acesso a benefícios socioassistenciais. Mesmo dando centralidade à família, e impondo regras para a continuidade do tratamento pela impossibilidade de atender a todos que precisam, os/as profissionais também relatam as dificuldades que perpassam o acompanhamento: transporte; outras pessoas adoecidas na família; mais filhos que dependem de cuidados; desemprego, entre outros. Quando é feito o PTI busca-se, dentro das possibilidades, considerar as necessidades da família, o que nem sempre é possível. O PTI também ajuda os profissionais a encaixar as crianças nos protocolos de atendimento. Crianças com mais dificuldades recebem maior atenção dos/as profissionais.

“A gente faz esse Plano e a família é convocada pra receber uma devolutiva. Aí é dito pra família: olha, nós constatamos, a equipe constatou que seu filho precisa disso, essas são as necessidades do seu filho e nós vamos tentar agendar o atendimento. Quanto mais grave a criança, maior é a atenção que a gente tenta dar. Quanto mais dentro do esperado pra idade dela, menos atenção. Tem a prioridade do horário: ah eu posso no turno da manhã, eu posso no turno da tarde, especificações de como que a família vai lidar com isso, transporte... A família as vezes tem dificuldades com questões simples, como a passagem pra vir pro atendimento, problemas né” (APAE 2).

“Quando o paciente conclui toda essa triagem, a criança sai daqui com laudo, para efeito de benefícios. Mas se ela não se inserir aqui ela não consegue voltar no médico pra fazer novo laudo, renovar, isso não. Aí a

gente encaminha pro serviço onde ela tá sendo acompanhada. Os médicos aqui não servem como ambulatório” (APAE 1)

Todos esses fatores tratam apenas de um recorte na realidade vivida pelas famílias com crianças com SCZ, e é necessário considerá-los, a fim de servirem de suporte para a elaboração de políticas públicas e também para os profissionais de saúde, para que qualifiquem o proceder no trato com as famílias que necessitam dos serviços. Ao fazer essa observação não nos alienamos da realidade enfrentada pelos profissionais nos serviços, mas também não acatamos a ela com passividade, pois várias das linhas escritas até aqui nos mostraram que as famílias enfrentam muitas dificuldades para cuidar de seus filhos adoecidos, já que acabam por ter que assumir responsabilidades que deveriam pesar majoritariamente sobre o poder público.

Por outro lado, também vemos que a realidade dos serviços e as condições de trabalho dadas aos profissionais não acompanha as proposições teóricas dos gestores de saúde. Os/as profissionais entrevistados na APAE destacam que há um verdadeiro abismo entre o que os documentos orientadores exigem para o cuidado das crianças com SCZ e o que é possível fazer na realidade. O maior acesso das famílias a informações também é citado como elemento que exige mais do serviço.

*“A gente sabe exatamente o que é o que seria assim o ideal, e o que a gente consegue fazer. **Entre o ideal e o que a gente consegue fazer tem uma distância muito grande.** Não que o que a gente faça seja ruim, não é, mas as vezes em termos de quantidade a gente não... **Se a gente ofertar o que se preconiza, por exemplo, no manual, eu vou atender metade das crianças que eu atendo hoje.** E eu já tenho que ficar pensando como que eu vou fazer pra botar 200 crianças pra dentro. Porque só aumenta, mas o serviço não aumentou, nesses últimos 10 anos a gente não aumentou em nada o serviço. Tá muito longe do que é real, assim, **as pessoas escrevem isso lá nos seus escritórios de Brasília, no ar condicionado, e aí não sabe o que acontece na prática** ou fica imaginando que isso aqui é a Suécia, né” (APAE 1).*

“A demanda é crescente. A família hoje ela tem acesso a internet, ela tem acesso a outras informações, então ela acaba tendo desejos” (APAE 2).

O hiato entre o direito e a realidade já foi tratado em capítulos anteriores, e resulta da prioridade dada pelo Estado ao capital ao invés de garantir direitos sociais.

Cabe dizer que embora enfrente dificuldades para materializar a assistência proposta pelos protocolos, a APAE de Vitória foi citada como um ponto fora da

curva¹⁷⁵ se comparada às APAE's do interior do estado. Todavia, ainda há limitações na assistência ofertada. Esta é uma realidade que corrobora os dados apresentados na página 83 (Figura 7), que demonstram que do total de 2.865 casos de SCZ confirmados, de 2015 a 2018, apenas 1.000 estão em atendimento de estimulação precoce. Quer dizer, mais da metade das crianças com SCZ não recebem o atendimento de que necessitam e que as Leis e protocolos dizem que elas têm direito.

A oferta da assistência na APAE também ocorre permeada por dificuldades em comum com os demais serviços em que estivemos. O mecanismo de referência e contrarreferência também aparece nos relatos dos/as entrevistados/as como uma das dificuldades do trabalho em rede. Relatam que há um bom nível de contato com a Atenção Básica (AB), mas reconhecem que o nível de comunicação existente não corresponde ao previsto enquanto funcionamento de uma RAS.

*“De seis em seis meses a gente bota o relatório da criança lá. Só que assim, você dizer que isso é funcionamento de rede? Tá muito longe! Porque se você for perguntar um profissional do CAPS, por exemplo, tem um monte de colega que tá dizendo por aí que tá tudo maravilhoso e lindo. Na minha opinião tá tudo uma... **Uma dificuldade! Falta recurso, falta vontade, falta... Falta uma série de coisas pra que a coisa funcione como deveria funcionar. Como rede, como tá descrito? Tá longe de ser**” (APAE 1).*

Como no HEINSG, na APAE é citada a falta de vontade em realizar o que é previsto, além da falta de recursos. O acesso a especialistas (neuropediatra) na rede também é citado como um problema, além do acesso a exames complementares de responsabilidade do nível estadual. Nestes casos a judicialização é o caminho encontrado pelas famílias.

“Por exemplo, ressonância com sedação, hoje, no estado do ES não tem. SUS não faz ressonância com sedação. Se um médico nosso pedi uma ressonância, precisar disso, não faz. Não tem prestador que faça e o Estado não faz. Fica sem ou vai pra justiça. Judicializa e consegue fazer. No Multiscam, no Meridional, 800 reais o exame. Aquelas famílias que vão conseguir advogado vão judicializar, ter um laudo de urgência, aí consegue fazer. Fora isso não faz” (APAE 1).

A judicialização entra em cena não só para exames, mas também para garantir o acesso ao serviço. O número de vagas ofertadas pela APAE, conforme o contrato

¹⁷⁵ Fala da entrevistada HEINSG 1. Ver página 185.

estabelecido com a PMV é pequeno diante da demanda. Para os/as entrevistados/as, permitir que ocorra a judicialização também é uma forma de definir prioridade e estabelecer diferenças entre as pessoas. Em nível individual este tipo de medida resolve o problema, mas para o coletivo as dificuldades permanecem.

“Agora, sabe o que acontece com as liminares judiciais? O Estado define que é prioridade, o município é obrigado a comprar, aí o quê que o município faz? Ligam e falam: a primeira vaga é de fulano de tal que entrou com a liminar. Ah, mas é o resto que está na fila de espera antes? Não, a primeira vaga é da liminar” (APAE 1).

A partir dos anos 1990, houve um crescimento vertiginoso no número de mandados judiciais reativos à saúde¹⁷⁶ (GOMES et al., 2014). Tais ações derivam da tensão entre o previsto pela Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988) (que atribui ao Estado o dever de prover a saúde da população) somada à ampliação do acesso dos cidadãos (via demandas individuais ou coletivas) às instâncias de poder e a insuficiência da oferta de ações e serviços de saúde por parte do Estado. Assim, conforma-se o fenômeno chamado de **judicialização da saúde** (GOMES et al., 2014). Nas palavras de Riberio e Vidal (2018, p. 240) “a judicialização da saúde no Brasil é um fato de natureza jurídica e sócio-política”. **“Trata-se de um ‘enfrentamento social’ que ganhou proporções epidêmicas.** Os mecanismos clássicos de resolução dos conflitos acabaram por produzir externalidades negativas para o SUS, já debilitado por razões diversas” (DELDUQUE; VASQUEZ DE CASTRO, 2015, p. 510).

Cabe dizer que o fenômeno da judicialização da saúde se coloca na contramão do direito universal à saúde, pois a interpretação do poder judiciário às questões de saúde privilegia o direito individual e não a garantia de direitos pela via de políticas públicas de qualidade. Stival e Girão (2016) alertam para a necessidade de ter a saúde comunitária como base para a estruturação de políticas. Trata-se de uma escolha política que requer respostas também políticas, sendo estas ações que os tribunais não devem ter a pretensão de assumir. Para os autores, os direitos fundamentais (incluindo a saúde) não podem ser encarados como absolutos a ponto de sua aplicação em casos concretos ocorrer sem limitações ou condições.

¹⁷⁶ Matéria veiculada no site Agência Brasil, em março de 2019, destaca que entre 2008 e 2017 houve um aumento de 130% nas ações judiciais relativas à saúde. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2019-03/judicializacao-na-saude-cresce-130-no-pais-mostra-estudo>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

Neste sentido, os tribunais não devem ocupar o lugar da luta política/luta de classes no acesso aos direitos sociais. Além disso, a interferência do judiciário desarticula o sistema público de saúde, impondo custos imprevistos e transferindo “[...] o direito daqueles que não possuem condições financeiras para arcar com custos dos medicamentos e/ou tratamentos, nem mesmo têm condições de recorrer aos tribunais em prol da criação de ‘seguros privados’ para determinados indivíduos, que demandam na esfera jurídica” (STIVAL; GIRÃO, 2016, p. 149).

Ainda no campo das dificuldades, semelhante ao que ocorre no HEINSG, os/as profissionais da APAE também deparam com dificuldades provenientes da regulação dos pacientes. Há solicitação de atendimento com profissionais que não se relacionam com as hipóteses diagnósticas indicadas nos encaminhamentos

*“Hoje eu recebi da unidade de saúde aqui um pedido de atendimento de neurologista. Aí o relato do caso todo dizendo que a menina tá agitada, que a menina tá isso, tá aquilo, tá vendo fantasma, aí eu pensei... Eles tão precisando de neurologista pra quê? Tão precisando de psiquiatra infantil. **Eles não sabem nem referenciar. Não sei quem tá referenciando, mas quem avaliou tá pedindo neurologista quando... Olhando de fora, né, não vi, mas o relato é psiquiatra infantil**” (APAE 1).*

Apesar das dificuldades, em linhas gerais, os/as entrevistados/as relatam que o município de Vitória, por meio do serviço de reabilitação conveniado, fez o que podia para ofertar o atendimento. Todavia, as ações realizadas convergem para o enfrentamento da problemática da SCZ quanto ao tipo de atendimento ofertado, **mas não quanto ao acesso que é possibilitado**. Relatam também que caso o município tivesse registrado um grande número de casos de SCZ, seria mais difícil atender a demanda. Abaixo (Figura 20), os elementos que perpassam a inserção da APAE na RAS de Vitória.

Figura 20: Os elementos que perpassam a APAE para a oferta da assistência aos casos de SCZ.



Fonte: Entrevistas. Sistematizado pela autora (2019).

Os/as profissionais entrevistados/as na APAE também apresentam alternativas aos problemas enfrentados como, por exemplo: mais investimento de recursos em reabilitação para aumentar o número de vagas. Para os/as entrevistados/as, quando não há ações preventivas eficazes desde a Atenção Primária, é necessário aumentar os investimentos na ponta.

“Então assim, você não quer gastar dinheiro com criança deficiente, melhora a Pró-Matre, melhora pré-natal, melhora a vigilância epidemiológica, acaba com o mosquito, aí você não vai gastar dinheiro com criança com microcefalia ou qualquer outra criança. Então assim, é uma série de erros desde lá na prevenção primária que fazem com o governo gaste mais lá na frente” (APAE 1).

Também sugerem a implantação de um cadastro de pessoas com deficiência, objetivando saber (na realidade) quantas pessoas necessitam do serviço de

reabilitação. Esta medida auxiliaria a elaboração de políticas públicas de acordo com as reais necessidades das pessoas. Para os/as entrevistados/as, o poder público investe e acha que está cumprindo sua parte, mas não sabe quantas pessoas ficam sem receber o atendimento de que necessitam.

A seguir, sintetizamos as dificuldades relatadas pelos/as entrevistados/as dos serviços sob governança do município, ao mesmo tempo em que apontamos as dificuldades em comum com o serviços em nível estadual e que caracterizam a RAS para as crianças com SCZ em Vitória. Também ilustramos o fluxo real da assistência, com caminhos diferentes do proposto pela SESA e SEMUS (Fluxograma 6 e Figura 16).

4.3.7 – Em Vitória, uma rede funcional permeada por antigas problemáticas para a oferta da assistência em saúde.

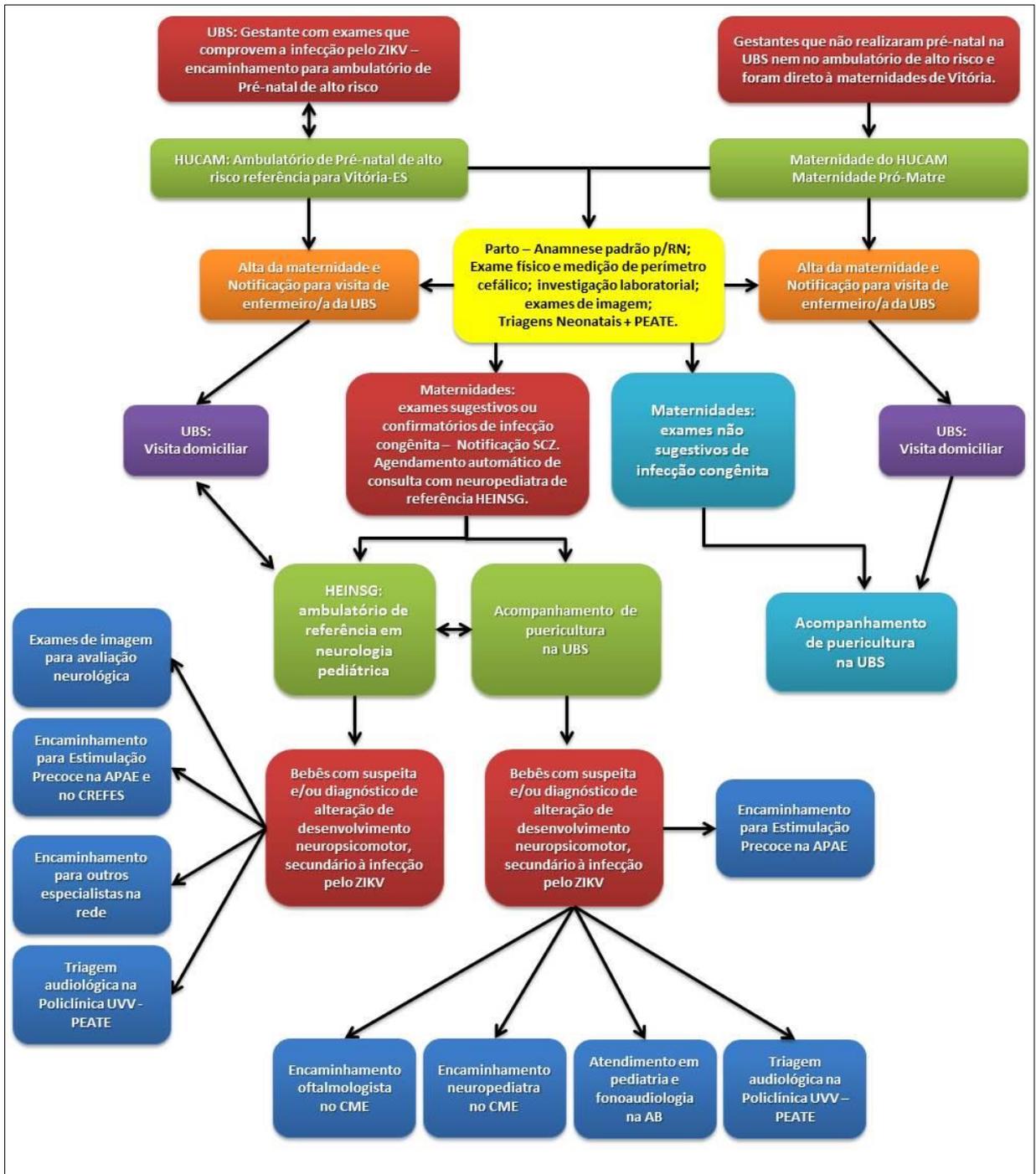
A pesquisa de campo em nível municipal evidenciou a existência de uma rede organizada e operante, mas atravessada por problemas persistentes e que já impactavam a oferta da assistência em saúde antes do ZIKV:

Difícil comunicação entre os profissionais de diferentes serviços (intra e intersetorial);

- Alta rotatividade de profissionais prejudicando a comunicação entre os serviços e o trabalho em equipe;
- Dificuldade no acesso a ações e serviços em nível estadual;
- Dificuldade na oferta de ações de educação em saúde que dialoguem e ganhem adesão da população;
- Poucos especialistas na rede estadual, principalmente oftalmologista e neuropediatra;
- Poucos pediatras na rede municipal;
- Questões socioeconômicas dificultando a contrapartida das famílias no acompanhamento das crianças;
- Falha no mecanismo de referência e contrarreferência;
- Erros nos encaminhamentos/regulação dos pacientes;
- Oferta insuficiente de atendimento em estimulação precoce, entre outros.

Além das dificuldades, também foi possível perceber desvios no fluxo estabelecido pela SESA e SEMUS para a oferta da assistência às crianças com a Síndrome Congênita do Zika (SCZ) (Fluxograma 7):

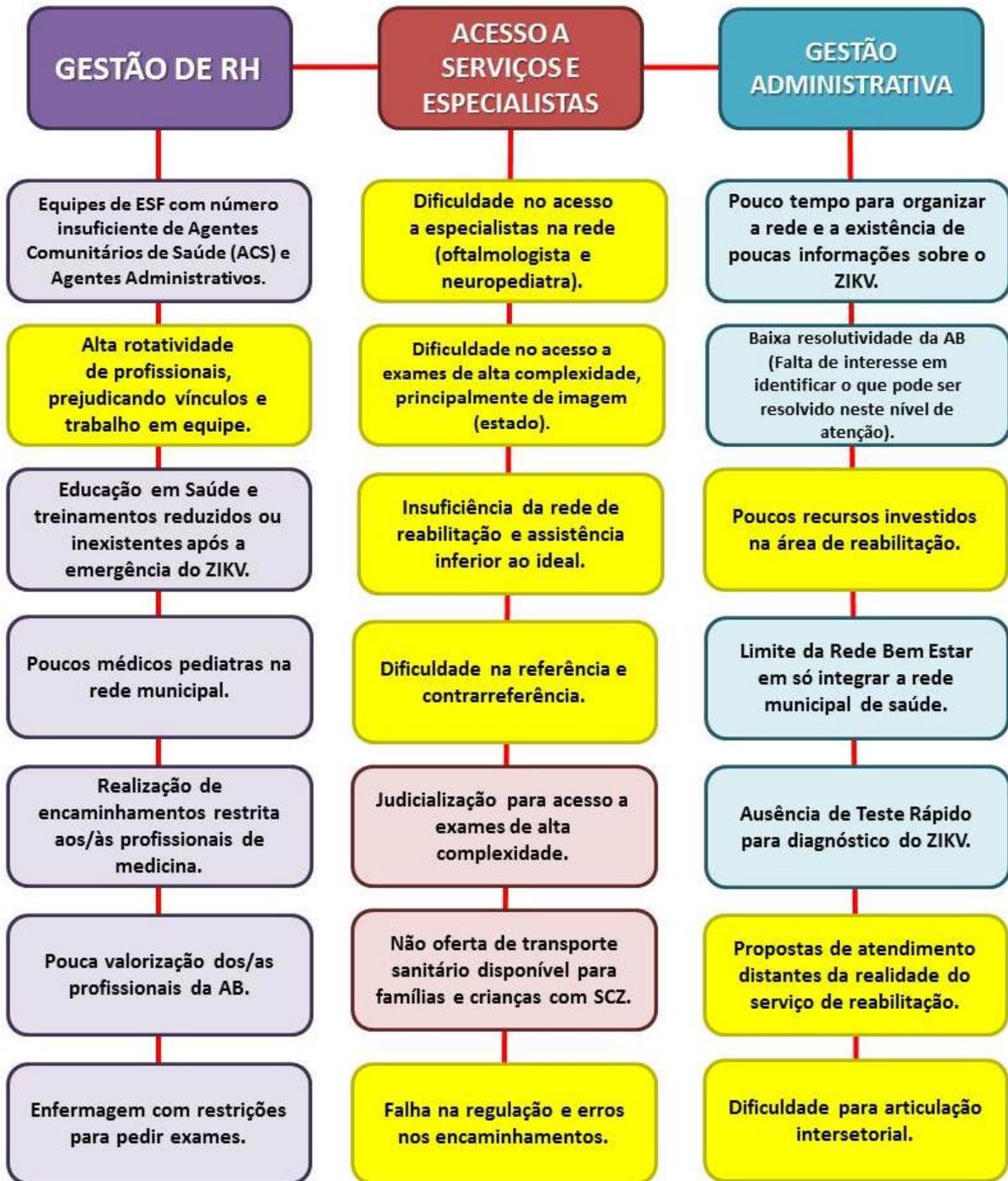
Fluxograma 7: Fluxo real de assistência às crianças com SCZ em Vitória, comparado aos fluxos da SESA e da SEMUS.



Fonte: Entrevistas. Sistematizado pela autora (2019).

Podemos dizer ainda, que as dificuldades enfrentadas pelos/as profissionais nos serviços em que estivemos revelam-se como problemas em comum entre os níveis estadual e municipal de saúde. Em nível municipal, as dificuldades também podem ser agrupadas nas áreas de: a) **gestão de recursos humanos**; b) **acesso a serviços e especialistas** e, c) **gestão administrativa**. Abaixo (Figura 21), ilustramos as dificuldades em comum entre os serviços em nível estadual e municipal.

Figura 21: Dificuldades encontradas pelos serviços sob-responsabilidade municipal, por área.



 Refere-se às dificuldades comuns aos dois níveis de atenção em saúde (estadual e municipal).

Além de dificuldades, nossa pesquisa de campo também identificou uma boa integração entre os serviços de saúde em nível municipal. Esta comunicação foi favorecida, segundo os/as entrevistados/as pela Rede Bem Estar, que integra em um único sistema os prontuários dos pacientes e o sistema de regulação municipal em saúde.

O protagonismo de algumas das USF foi mais observado na busca ativa das mulheres gestantes, no acompanhamento pré-natal e na puericultura com os recém-nascidos (RN). Foi possível observar que a assistência ofertada pelas USF às famílias e crianças com SCZ apresenta diferenças:

- Desconhecimento do registro de casos de SCZ no território;
- Desconhecimento da oferta de treinamento pelas secretarias de saúde estadual e municipal;
- Oferta de informação em saúde focada apenas na dengue enquanto doença provocada pelo *Aedes aegypti*, mesmo em um contexto de emergência de ZIKV;
- Desconhecimento acerca de alterações no fluxo da assistência;
- Equipes mais e menos integradas;
- Maior e menor investimento na busca de informações sobre o acompanhamento das crianças nos demais serviços da rede;
- Diferenças de percepção quanto às dificuldades das famílias em dar uma contrapartida para o acompanhamento das crianças;
- Culpabilização dos municípios pela existência de focos de mosquito nos territórios, entre outros.

Cabe dizer, que o trabalho e a dinâmica dos serviços de saúde são perpassados pela dimensão subjetiva dos indivíduos, pelas condições concretas de trabalho ofertadas, pela gestão, pela participação dos usuários, entre outros. Aqui, não nos cabe tecer julgamentos ou avaliar condutas profissionais. Nosso papel é apenas elencar nossos achados no intuito de oferecer subsídios para pensar o trabalho em saúde comprometido com a garantia de direitos dos usuários.

Também identificamos que a SEMUS seguiu a lógica do MS, ou seja, adequou uma rede já existente, não investindo na ampliação ou criação de novos serviços. As mudanças ficaram mais centradas no incremento das ações, mais especificamente

no âmbito do diagnóstico, combate ao vetor de transmissão do ZIKV e treinamento dos profissionais, o que aumentou o nível de cobrança junto aos mesmos.

Para a gestão, diante dos números do ZIKV e da SCZ em Vitória, não houve a necessidade de abrir novos serviços, pois a rede existente foi suficiente, já que não houve uma epidemia de grandes proporções no município. Vitória também não foi além de suas obrigações para ofertar a assistência, mas o que foi feito pode ser considerado como um **extra**, já que o ZIKV e a SCZ não constavam no *roll* de doenças a serem enfrentadas pelo município.

Em linhas gerais, apesar das dificuldades relatadas pela gestão e pelos/as profissionais dos serviços, todos/as os/as entrevistados/as disseram que **Vitória ofertou toda a assistência necessária e deu conta da demanda que recebeu**. Para a gestão, todas as orientações do MS foram cumpridas e foi destacada a **importante integração entre a vigilância e assistência**.

“O estado se organizou muito e fez uma parceria muito grande com os municípios nesse sentido, a gente teve uma retaguarda do estado maravilhosa. O município se sentiu abraçado, acolhido e ajudado, ao mesmo tempo o município fez isso conosco. Tudo bem que o nível de cobrança foi muito alto, mas a gente se sentiu apoiado” (USF/JP 2).

*“Na questão da Zika em 2016 eu acho que foi bem estruturado. O que vale ressaltar é que nós **estamos num novo período aí de flavivírus** e precisa ser estruturado, e discutido com as equipes possíveis epidemias né, prováveis surtos novamente no território. **Eu acho que a gente não tá pensando hoje nisso antes de acontecer**”* (USF/I 1).

*“Olha, a gente tem sucesso na medida em que as coisas são pactuadas e cumpridas né, naquele compromisso. E aí nesse ponto, **em relação ao Zika, a gente não tem nada a dizer que não tenha sido cumprido**. Então, acho que pra qualquer serviço, qualquer assistência diante de um agravo que você tem que lidar, acompanhar, se você tem isso muito definido e com tudo muito garantido as coisas só fluem com sucesso”* (USF/R 2).

*“Com certeza. A gente né, salvo, assim, os vários pactos que fizemos com o estado, as várias implantações de serviços que nós fizemos pra gente quantificar. É... Questões de **todas as ações empreendidas pra que garantíssemos a integralidade da assistência foram feitas tá**. Até porque a gente ainda tá no primeiro momento né, agora que temos criança indo pro terceiro ano. Então, a gente vê que eles continuam acompanhando na rede e conseguem ali ter suas necessidades atendidas”* (GESTÃO MUNICIPAL).

Em meio a relatos que apontam dificuldades, também são narrados êxitos e os/as entrevistados/as avaliam que as ações ofertadas pelo município **convergem para o enfrentamento da problemática do ZIKV e da síndrome congênita**.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Sempre vem imprevisível o abominoso? Ou: os tempos se seguem e parafraseiam-se.”

(Guimarães Rosa)

Ao longo de nosso percurso, buscamos responder à nossa indagação: como as ações e serviços implementados pelo município de Vitória-ES para a assistência em saúde às crianças com SCZ respondem às diretrizes dos documentos elaborados pelo MS e contribuem para o enfrentamento da problemática?

Nossa resposta considera 2 dimensões:

a) Que as diretrizes do MS miram o apagar das chamas provocadas pelo ZIKV, mas não tocam em questões estruturais que favorecem o surgimento de novas e a persistência de velhas doenças.

b) As múltiplas dimensões envolvidas no enfrentamento – separação entre o que é emergência e o que não é.

Na análise dos documentos elaborados do MS vimos que os serviços e ações propostos para a assistência às crianças mantêm orientações já estabelecidas de cuidado, cobram atenção redobrada sobre aspectos anteriormente negligenciados e dão ênfase em práticas pouco divulgadas anteriormente como, por exemplo, a estimulação precoce. Não há propostas no que tange aos problemas estruturais que favoreceram o triunfo do ZIKV em solo brasileiro. Prevalece a desigualdade com suas muitas faces: social, racial, de gênero, econômica, entre outras.

Os documentos também não apresentam claramente as atribuições dos entes federados no enfrentamento ao ZIKV e à SCZ, mas a partir das ações recomendadas é possível observar que o maior ônus recaiu sobre os municípios, já que a Atenção Básica (AB), articulada aos serviços de assistência social e aos serviços de reabilitação foi situada como protagonista e ordenadora do cuidado. Com o ZIKV, o SUS precisou eleger a emergência entre as emergências, a universalidade deu lugar à prioridade.

Ao identificarmos as regiões de saúde no município Vitória-ES e os territórios onde residem as famílias com crianças portadoras da SCZ foi possível descobrir como se deu o acompanhamento dessas crianças pela rede municipal de saúde. Nesse momento, evidenciamos que, apesar de situadas no mesmo nível de atenção

(primária), as USF apresentaram diferenças quanto à assistência ofertada. Foi possível notar diferentes graus de envolvimento dos/as profissionais com os casos; diferentes condições concretas de trabalho; visões diferenciadas por parte dos/as profissionais quanto à população dos territórios; entre outros fatores, que perpassaram o acompanhamento das crianças resultando em diferentes graus de integralidade, se assim podemos dizer.

Dito isto, seguimos elucidando nossos questionamentos iniciais:

A rede assistencial disponível no município de Vitória-ES para o atendimento às crianças com SCZ e suas famílias está em conformidade com o preconizado pelo MS?

As ações implementadas pelos serviços convergem com o necessário para o enfrentamento do problema?

Para responder às perguntas é mister destacar 2 dimensões:

a) A oferta dos **serviços e ações em saúde** como elementos de uma estrutura complexa chamada **rede** e que envolve:

I) a relação entre os entes – federal, estadual e municipal;

II) os limites e possibilidades evidenciados pela rede de saúde;

III) os limites e possibilidades para a articulação intersetorial;

IV) a precarização das relações de trabalho com prejuízo para o trabalho em equipe e formação de vínculos com usuários e serviços;

A pactuação de responsabilidades entre os entes federados é base para a materialização dos princípios do SUS. Quanto a isso, vimos que o município está na linha de frente da oferta de ações e serviços de saúde, mas se vê cada vez menos amparado financeiramente pelos estados e pelo governo federal. A lógica da sociedade capitalista desafia a garantia de direitos e impõe ao Estado, através dos governos, que direcione cada vez mais recursos ao mercado, ao passo em que se amplia uma conjuntura de miséria e incapacidade das políticas públicas em dar respostas às problemáticas que afetam a vida das pessoas. No caso do SUS, o subfinanciamento impõem severas restrições e dificuldades para a oferta da assistência em saúde em todos os níveis de atenção.

Também identificamos que há dificuldades para a articulação intersetorial entre as políticas de saúde e de assistência social, duas políticas citadas pelos documentos analisados como fundamentais para a garantia da assistência de forma continuada, já que grande parte das famílias atingidas pelo ZIKV vivencia uma condição de pobreza que é cada vez mais agudizada pela forma de organização social capitalista. Aumentam: a pobreza de muitos e a riqueza de poucos.

Vimos que há uma precarização dos recursos humanos em saúde, com a ausência de concursos e planos de carreira, favorecendo uma lógica de contratação por tempo determinado com más consequências: impacta os vínculos dos profissionais com o serviço e com o território em que atuam; prejudica o trabalho em equipe e, impacta negativamente a relação com os outros serviços da rede e com os usuários. Esta dinâmica compromete a integralidade e a intersetorialidade na oferta do cuidado.

b) **A relação Estado/sociedade**, marcada pela contínua ascensão do neoliberalismo, que requer um estado mínimo para os direitos sociais e máximo para o capital. Neste cenário, as medidas propõem o desfinanciamento das políticas públicas e também mudanças de gestão. A eficácia e eficiência atropelam o direito e criam um ambiente fértil para a meritocracia e a culpabilização dos sujeitos, que encontra respaldo:

I) na responsabilização das famílias para o cuidado de seus filhos adoecidos e;

II) na ausência de ações voltadas à solução de problemas estruturais e sociais, bem como de reflexões sobre a determinação social da saúde;

Quanto a isso, vimos que tanto no nível estadual, quanto no nível municipal, os/as profissionais atribuem o sucesso do acompanhamento e dos resultados positivos na saúde das crianças à contrapartida da família, com poucos/as profissionais atentos para as questões socioeconômicas e de saúde dos familiares e que dificultam este processo. O transporte para acesso aos serviços e, de modo particular, problemas de saúde mental da mãe de uma das crianças foram dificuldades importantes detectadas, e que devem ser consideradas ao abordarmos a participação das famílias no cuidado das crianças com SCZ. Como já dissemos anteriormente, deriva do contexto neoliberal a perspectiva culpabilizadora dos indivíduos, bem como a que situa a família como principal provedora do bem estar de seus membros. Ao mesmo

tempo, o Estado (inserido na luta de classes) assume essa ideologia neoliberal como norte de sua intervenção na sociedade, estabelecendo uma conjuntura onde os direitos sociais perdem para o capital. Especificamente para a saúde, os tempos são árduos e o SUS universal, integral e equânime tem cada vez menos possibilidades a seu favor. Tem-se aí a receita infalível para o mal estar social, onde as doenças que têm matrizes na desigualdade se tornam fatalidades no cotidiano da população brasileira.

No âmbito do direcionamento das ações, ousamos dizer que as propostas caminham em uma direção que visa responder majoritariamente às necessidades biológicas dos corpos adoecidos. É desconsiderada a determinação social do processo saúde-doença das pessoas, bem como as condições estruturais de moradia, saneamento, de trabalho, entre outras, negligenciadas no bojo da perspectiva ideológica assumida pelo Estado, mesmo sendo constitucionalmente responsável pela garantia dos direitos sociais, entre eles, o direito à saúde. Nesse contexto, **as novas e velhas doenças seguem como fardos para a vida da população**, ao passo em que as ações de enfrentamento seguem uma lógica apaziguadora e que não garante mudanças nas condições de vida e de saúde dos indivíduos.

Dito isto, podemos dizer que **as ações e serviços ofertados pelo município de Vitória convergem com as orientações do MS**. Em nível municipal, foi organizada uma rede que partiu da assistência ao pré-natal, passando pela atenção ao parto e nascimento até a estimulação precoce. No entanto, é preciso fazer um apontamento: a assistência ofertada responde às orientações do governo federal **quanto ao tipo** de serviço e ações, já que adequa uma rede já existente, por outro lado, **há falhas quanto ao acesso universal e integralidade da assistência ofertada**.

A nosso ver, a assistência em saúde afinada com os princípios do SUS fica comprometida quando identificamos a principal falha dos protocolos de assistência às crianças com SCZ e que se reflete na materialização das ações em nível local: há uma compreensão reduzida dos impactos do ZIKV na vida das pessoas. Dito de outro modo, **“As políticas de saúde brasileiras falaram mais de mosquitos do que de gente”** (DINIZ, 2016, p. 139, grifos nossos).

O ZIKV chegou e nos mostrou algumas das falhas da política de saúde, infelizmente, as autoridades em saúde seguem sem se abalar e requeitando soluções que não

alcançam a raiz das novas e velhas mazelas que afligem as pessoas. Aqui, nossos olhos miram o que também viu poeta: “eu vejo um museu de grandes (e tristes) novidades”.

Ao falar do ZIKV vimos que se trata de uma doença que é parte de um processo de violação de direitos humanos fundamentais que denuncia o fracasso da sociedade capitalista. A emergência do vírus levantou questões importantes, como, por exemplo: pobreza, gênero, direitos reprodutivos, meio ambiente, entre outras e que foram ignoradas ou tratadas com superficialidade e/ou conservadorismo. Aqui nos referimos à pauta da descriminalização do aborto. Neste tema, vimos que os órgãos que representam a autoridade em saúde oscilavam entre ações que ora beiravam à eugenia, ora o proibicionismo, ambos desconsiderando o direito de decisão das mulheres.

No Brasil, o ZIKV também evidenciou o que já sabemos (mas não queremos saber): somos um país com desigualdades regionais gritantes. A partir do ZIKV, não só os brasileiros, mas o mundo viu o Nordeste. Infelizmente o que mais se viu foi tristeza. Passado o susto e, em certa medida, a novidade do ZIKV, famílias – em especial mulheres jovens, mães – tiveram que incluir mais uma lida em suas lutas diárias: **brigar cotidianamente pra que seus filhos não sejam esquecidos, numa lógica perversa onde a universalidade dá lugar ao saber aonde ir e o que cobrar como possibilidade de acessar direitos.**

Resguardada a importância das ações empreendidas, a teoria que nos guiou somada a nossos achados empíricos nos permitiu ver que o contexto de aprofundamento do neoliberalismo exige do Estado através dos governos o afastamento de suas obrigações enquanto garantidores de direitos, tal qual determinam as letras da Lei. Mas, como disse Guimarães Rosa no início deste trabalho, não trilhamos este caminho de pesquisa como beócia, sabemos que é mais fácil garantir o que é de direito na completude das palavras. O grande desafio é, de fato, agir para cessar misérias e responder às necessidades das pessoas.

Ao findar nosso trajeto, descobrimos o que temíamos: o ZIKV se tornou mais um susto, mais um flagelo a pesar sobre os ombros da população empobrecida que teima em sobreviver em meio aos parasitos, à negação de direitos, às iniquidades e a desigualdade que se faz persistente em terras brasileiras.

O alargar de nossos dizeres nos chama a conter as letras, mas a história do ZIKV em Vitória não acaba aqui. Existem ainda muitas coisas a descobrir como, por exemplo, quais as propostas do MS para a assistência às crianças após os 3 anos de idade? Que tipos de ações poderão dar qualidade de vida às crianças com SCZ nas demais fases de suas vidas? A rede de reabilitação será ampliada? Estão sendo pensados outros benefícios para as famílias além do BPC e flexibilização de regras para acesso à moradia? Após o período considerado como ápice das epidemias de ZIKV e SCZ, o que revelam as publicações científicas sobre os temas? As pesquisas sobre estas problemáticas continuam, a fim de possibilitar novas descobertas?

As crianças afetadas pela SCZ estão com idade em torno de 3 anos, período estabelecido pelos manuais do MS para cessar a vigilância mais sistemática do crescimento e desenvolvimento e a estimulação precoce. Diante disso, dar voz às famílias e tentar compreender a história que existe e resiste (para além dos protocolos) no passar destes anos e ainda, como estas famílias pensam que pode ser o futuro é uma tarefa que nos inquieta o coração e as ideias, e que seguimos amadurecendo e considerando como tema de um novo estudo daqui em diante.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. C. **A Intersectorialidade Como Estratégia Técnica e Política da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial**. 2017. 294 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, BRASIL-ES.

AESBE – Associação Brasileira das Empresas Estaduais de Saneamento. **Expectativas para o saneamento básico no Brasil em 2019**. Portal de Saneamento Básico, 2019. Disponível em: < <http://www.aesbe.org.br/expectativas-para-o-saneamento-basico-no-brasil-em-2019/>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

AGUIAR, R.; ARAÚJO, I. S. A mídia em meio às ‘emergências’ do vírus Zika: questões para o campo da comunicação e saúde. **Revista Eletrônica Comunicação Informação Inovação em Saúde**. n.10, v. 1, p. 1-15, jan./mar., 2016.

ANDREAZZI, M. de F.S.; BRAVO, M.I.S. Privatização da gestão e Organizações Sociais na atenção à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00499.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2019.

ANTUNES, J.L.F.; CARDOSO, M.R.A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n.3, p. 565-576, jul./set 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00565.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2019.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 2, p. 455-464, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

BARBOSA, J.A.G. A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 20, N.

7, P. 2165-2172, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2165.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3 ed. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2004.

BARRETO JUNIOR, I. F. Regionalização do atendimento hospitalar público na Região metropolitana da Grande Vitória, ES. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, n. 2, p. 461-471, 2015.

BENITEZ PEREZ, M. E. La trayectoria del aborto seguro en Cuba: evitar mejor que abortar. **Rev. Novedades en Población**, La Habana , v. 10, n. 20, p. 87-104, 2014. Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782014000200007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, [...] e dá outras. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 20 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1** de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>. Acesso em: 14 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de Autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 mar. 2018.

_____. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**, 2010. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/18/2-B---Documento-de--Diretrizes-para-Organiza----o-das-Redes-de-Aten----o----Sa--de-do-SUS.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e suas consequências**. [recurso eletrônico], Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). **Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika (Versão 1)**. [recurso eletrônico], Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika (Versão 2)**. [recurso eletrônico], Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia – Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia (Versão 3)**. [recurso eletrônico], Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional.** [recurso eletrônico], Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce:** crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. [recurso eletrônico], Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016c. Dispõe sobre os procedimentos éticos em pesquisa social envolvendo seres humanos. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. **Governo decreta fim da Emergência Nacional para o vírus Zika e microcefalia.** 2017b. Disponível em:
<<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/05/governo-decreta-fim-da-emergencia-nacional-para-o-virus-zika-e-microcefalia>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde (n.d.). **Zika Vírus:** o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. Disponível em:
<<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/zika-virus>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. **OMS anuncia Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional.** 2016d. Disponível em:
<<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/combate-ao-aedes/50613-oms-anuncia-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.813**, de 11 de novembro de 2015. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. 2015b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html>

Acesso em: 30 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico v. 47, n. 38, SE 49/2016**, [recurso eletrônico], Brasília: Ministério da Saúde, 2016e. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/20/2016-033--->

Dengue-SE49-publicacao.pdf Acesso em: 08 nov. 2017

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico v. 49, n. 47: Situação epidemiológica da infecção pelo vírus Zika no Brasil, de 2015 a 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/2019-002.pdf>>.

Acesso em: 14 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico v. 50, n. 04, SE 52/2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/2019-002.pdf>>.

Acesso em: 14 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico v. 50, n. 10, SE 11/2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

Disponível em:

<[http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/25/2019-013-](http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/25/2019-013-Monitoramento-dos-casos-de-arboviroses-publicacao-25-03-2019.pdf)

Monitoramento-dos-casos-de-arboviroses-publicacao-25-03-2019.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS** [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2017c.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf>.

Acesso em: 10 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Zika vírus: a resposta integrada do SUS no BRASIL.** 2018a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/cgsb/sindrome%20congenita%20zika_virus.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SAS). Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COES). **Ações Realizadas para o Enfrentamento da Emergência em Saúde Pública Relacionada à Microcefalia 2016 – Resumo Executivo.** 2016f. Disponível em:<http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/527985/RESPOSTA_PEDIDO_Resumo%20Executivo.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Portaria Interministerial nº 405** de 15 de março de 2016. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia. 2016g. Disponível em:<http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/05122016/Portaria%20405.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico v. 50, n. 13, SE 12/2019.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/30/2019-013-Monitoramento-dos-casos-de-arbovirose-urbanas-transmitidas-pelo-Aedes-publicacao.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2019.

_____. FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **LIRAA aponta 357 municípios em situação de risco para dengue, zika e chikungunya.** 2017d. Disponível em: <https://rededengue.fiocruz.br/noticias/630-iraa-aponta-357-municipios-em-situacao-de-risco-para-dengue-zika-e-chikungunya>. Acesso em: 20 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia – Emergência de Saúde**

Pública de Importância Nacional (ESPIN). [recurso eletrônico], Brasília: Ministério da Saúde, 2016h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico v. 50, n. 08, SE 52/2018.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em:
<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-001.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2019.

_____. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades.** 2019d. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/vitoria/panorama>. Acesso em: 10 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017e. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 mai. 2019.

_____. Código Penal Brasileiro. **Decreto-lei nº 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 07 fev. 2018.

_____. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Perfil dos municípios brasileiros – Saneamento básico:** aspectos gerais da gestão da Política de Saneamento Básico 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

_____. **Lei nº 13.301** de 27 de junho de 2016. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da Zika; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. 2016i. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13301.htm>. Acesso em: 09 jun. 2019.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). **Viver sem Limite** – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Brasília: 2013. Disponível em:

<https://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_0.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

_____. **Lei 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. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>.

Acesso em: 21 mar. 2018.

_____. **Lei nº 11.108** de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2005. Disponível em:<

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm>. Acesso em: 09 jun. 2019.

_____. **Brasil adota norma da OMS e reduz medida para microcefalia**. 2016j.

Disponível em:< <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2016/03/brasil-adota-norma-da-oms-e-reduz-medida-para-microcefalia>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: 3 ed., 2011. 28 p. 2011a. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf>

. Acesso em: 29 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130**, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).2015b. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.htmlAcesso em: 21 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.303**, de 28 de junho de 2013. Estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. 2013a Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1303_28_06_2013.html>. Acesso em: 30 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. SAGE – Serviço de Apoio à Gestão Estratégica. **Viver sem Limite. CER II**. 2019e. Disponível em: <
http://sage.saude.gov.br/paineis/viverSemLimites/listacer2.php?tipocer=CER%20II&ufs=&ibges=&cg=&tc=&re_giao=&rm=&qs=&ufcidade=Brasil&qt=5570%20munic%C3%ADpios&pop=208494900&cor=005984&output=html&title=&codPainel=188>. Acesso em: 30 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Governo Federal disponibiliza R\$ 27 milhões para o cuidado das crianças com microcefalia**. 2017f. Disponível em: <
http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/12/PPT_Area%20tecnica_edico_mariana_portal_2016_v.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente** Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em:<
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. [recurso eletrônico], Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em:
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006. Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.
Acesso em: 09 jun. 2019.

_____. **Portaria nº 2.761** de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). 2013b. Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>.
Acesso em: 09 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. 1 ed. Brasília, 2013d. Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS)** - revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2014. Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnap_s.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Brasil firma parceria com EUA para testes de vacina contra zika em humanos**. 2017f. Disponível em:
<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/09/brasil-firma-parceria-com-EUA-para-testes-de-vacina-contra-zika-em-humanos>. Acesso em: 14 jan. 2018.

_____. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. **Assistência Social no atendimento à microcefalia**. 2017g. Disponível em:<
<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/assistencia-social-no-atendimento-a-microcefalia>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRAVO, M. I.; MATOS, M. C. de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: **Saúde e Serviço Social**. BRAVO, M. I. S. et al. [orgs.], 5 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012, p. 25-49.

BRITO, L. S. O tempo da ciência não poderá ser o tempo da garantia de direitos. **Huffpost Brasil**, set. 2016. Disponível em: < https://www.huffpostbrasil.com/luciana-brito/o-tempo-da-ciencia-nao-podera-ser-o-tempo-da-garantia-de-direito_a_21697965/>. Acesso em: 10 mai. 2019.

BRITO, P.F. de, OLIVEIRA, C.C. de. A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. **Ciências & Cognição**, v. 14, n. 1, p. 246-254, 2009. Disponível em:< http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v14_1/m318342.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2019.

BUENO, M.A.S.; GRUNSPUN, H. Reflexões bioéticas em tempos de Zika vírus. **Einstein, São Paulo**, v.14, n.2, p. p. 13-18, Abr./Jun. 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/eins/v14n2/pt_1679-4508-eins-14-2-xiii.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

BUENO, F.T.C. et al. Zika e Aedes aegypti: antigos e novos desafios. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, out./dez., p.1161-1179, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v24n4/0104-5970-hcsm-24-04-1161.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

CARDOSO, C.W. et al. Surto de doença exantemática associada aos vírus Zika, Chikungunya e Dengue, Salvador, Brasil. **CDC - Emerging Infectious Disease**. V. 21, N. 12, p. 2274-2276, dez. 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3201/eid2112.151167>. Acesso em: 12 mai. 2019.

CECCIM, R. B. Educação em saúde coletiva e formação de sanitaristas no âmbito da graduação. In: SODRÉ, F. et al. [orgs.]. **Formação em Saúde: práticas e perspectivas no campo da saúde coletiva**. [recurso eletrônico]. Vitória: EDUFES, 2016. pg. 57-99.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10 ed. Brasília: CEFESS, 2012.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília-DF, 2013.

CHAN, J.FW. et al. Febre Zika e síndrome congênita do Zika: uma doença arboviral emergente inesperada. **Journal of Infection**, Reino Unido, v. 72, n. 5, p. 507-524, mai. 2016. Disponível em: <[https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(16\)00061-X/fulltext](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(16)00061-X/fulltext)>. Acesso em: 10 mai. 2019.

COHN, A. Descentralização, saúde e cidadania. **Revista Lua Nova**, nº 32, 1994. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ln/n32/a02n32.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Siram, novo sistema do MS, chega para acompanhar o atendimento de crianças com suspeita ou diagnóstico de microcefalia**. 2016. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/siram-novo-sistema-do-ms-chega-para-acompanhar-o-atendimento-de-criancas-com-suspeita-ou-diagnostico-de-microcefalia/>>. Acesso em: 11 mai. 2019.

CORTINA ORTS, A. **Aporofobia, el rechazo al pobre Un desafío para la democracia**. Barcelona-Espanha: Paidós, 2017. 196 p.

DELDUQUE, M.C.; VASQUEZ DE CASTRO, E. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.506-513, abr./jun., 2015. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2015.v39n105/506-513/pt>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

DINIZ, D. **Zika em Alagoas: a urgência dos direitos**. Brasília: Letras livres, 2017.

_____. **Zika: do Sertão nordestino à ameaça global**. 1 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

_____. Vírus Zika e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 32, v 5, p. 01-04, mai. 2016a.

_____. Criminalização do aborto não é baseada em evidências sobre a vida das mulheres. **Conjur**, São Paulo: 2 de agosto de 2018. Entrevista concedida a Ana Pompeu. Disponível em: < <https://www.conjur.com.br/2018-ago-02/entrevista-debora-diniz-fundadora-anis-instituto-bioetica>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

DINIZ, D. et al. Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) 2016. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, Fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso>.. Acesso em: 07 jan. 2018.

DUCHIADE, M.P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M.C.S [Org.]. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. 2.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999.

FÉLIX, V.P. da S.R.; FARIAS, A.M.de. Microcefalia e dinâmica familiar: a percepção do pai frente à deficiência do filho. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 12, p. 1-11, 2018. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n12/1678-4464-csp-34-12-e00220316.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

FIOCRUZ. **Vírus Zika: perguntas e respostas**. Qual o tratamento para a infecção por vírus Zika?, 2016. Disponível em: < <https://portal.fiocruz.br/pergunta/qual-o-tratamento-para-infeccao-por-virus-zika>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

FIOCRUZ. **Estudo descobre a rota da chegada do vírus Zika ao Brasil**. 2018. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-descobre-rota-da-chegada-do-virus-zika-ao-brasil>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

FIOCRUZ. IRR – Instituto René Rachou (IRR). **Aedes aegypti**: combate pode ser mais eficiente durante o frio. 2017. Disponível em:

<<http://www.cpqrr.fiocruz.br/pg/aedes-aegypti-combate-pode-ser-mais-eficientes-durante-o-frio/>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C. et al. [Orgs.]. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 25-58.

FRANÇA, G.V.A. et al. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika em nascidos vivos no Brasil: descrição da distribuição dos casos notificados e confirmados em 2015-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n.2, p. 1-12, 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/2237-9622-ress-27-02-e2017473.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan./mar. 2017. Disponível em:< <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41n112/63-76/pt>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

GARCIA, L. P. **Epidemia do vírus Zika e microcefalia no Brasil**: emergência, evolução e enfrentamento. Texto para discussão/IPEA. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8282/1/td_2368.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

GARCIA, A.C.P. et al. O trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção do Hospital Santa Cruz**, Rio Grande do Sul, Ano V, v. 5, n. 1, Jan./Mar., 2015, p. 1-6. Disponível em:< <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/5314/4127>>. Acesso em: 04 jun. 2019

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 81-99, set. 2018. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/81-99/pt>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

GOMES, F.de C. et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 31-43, 2014. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2014.v30n1/31-43/pt>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

GUERRA, Y. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CEFESS – Conselho Federal de Serviço Social, ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. p. 38-19, 2009.

HENRIQUES, C. M. P.; DUARTE, E.; GARCIA, L. P. Desafios para o enfrentamento da epidemia de microcefalia. **Epidemiologia e Serviços Saúde**, Brasília, n. 25, v. 1, p. 7-10, jan./mar. 2016.

HRW - HUMAN RIGHT WATCH. **Relatório Esquecidas e desprotegidas: O impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no nordeste do Brasil**. Jul. 2017. Disponível em:<https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/wrdzika0717port_web.pdf>. Acesso em: dez. 2017.

IPADS. Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social. **Manual técnico Laboratório de formação do trabalhador de saúde no contexto do Vírus Zika – Zikalab**. 2016. Disponível em: <<https://ipads.org.br/wp-content/uploads/2017/10/manual-tecnico-projeto-zikalab.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2019.

LIMA_CAMARA, T. N. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. **Revista Saúde Pública**. v. 50, n. 36, p. 1-7, 2016. Disponível em:

< http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006791.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

LESSER, J. KITRON, U. A geografia social do Zika no Brasil. **Revista Estudos Avançados**. Instituto de Estudos Avançados (IEA) USP. 30 (88), 2016. p. 167-175. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n88/0103-4014-ea-30-88-0167.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

LOBATO, L. de V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 89-120.

LOBATO, L. de V. C. Políticas Sociais e de Saúde. **Projeto Formação em Cidadania para Saúde: Temas Fundamentais da Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

MACEDO, L.M.; MARTIN, S.T.F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface (Botucatu)**, JUL. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220140597.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial 1, p. 18-37, set. 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

MAIDANA JUNIOR, J.N. et al. Sexualidade e saúde mental: uma revisão integrativa. **Journal of Nursing and Health**, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 3, 2018, p. 1-9. Disponível em:<<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/11099/8910>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro (RJ), n. 52, p. 15-37, out. 2014. Disponível em: < <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

MARINHO, F. et al . Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 701-712, dez. 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-S1679_49742016000400004.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

MARTINS-MELO, F. R. et al . Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 3, p. 508-520, Jun. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000300508&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2019.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política: Livro I - o processo de produção do capital. Tradução Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDEIROS, C.R.G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15 (Supl. 1), p. 1521-1531, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/064.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

MELO, E.A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/pt>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2 ed. 2011. 549 p.

MENDES, A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, supl.1, p.66-81, 2015.

MENDES et al. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42 (spe1), Rio de Janeiro, Set. 2018. Disponível em:< <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/224-243/pt/>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. In: **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, n. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003. Disponível em:<https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

MESQUITA, M. J. **Frequência e distribuição espaço-temporal das mortes infantis associadas à microcefalia e às malformações do sistema nervoso central no Brasil entre 2000 e 2014**. 2017, 167 f. Dissertação (Mestrado) –Pós-Graduação em Medicina Tropical, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MINAYO, M.C. de S. [org.] **Pesquisa Social: Teoria. Método e Criatividade**. 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MIOTO, R.C.T.; DAL PRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da Política Social brasileira. In: MIOTO, R.C.T.; CAMPOS, M.S.; CARLOTO, C.M. [orgs.]. **Familismo, direito e cidadania: contradições da Política Social**. São Paulo: Cortez, 2015, p. 147-178.

MIRANDA, A. O desfinanciamento do SUS e o desmonte da atenção primária trazem de volta doenças evitáveis. **Sul21**, Rio Grande do Sul: 23 de julho de 2018. Disponível em: < <https://www.sul21.com.br/entrevistas-2/2018/07/o->

desfinanciamento-do-sus-e-o-desmonte-da-atencao-primaria-trazem-de-volta-doencas-evitaveis/>. Acesso em: 19 mai. 2019.

MIRANDA, F.A.de. **Doente mental: sexualidade negada?** 1996. 286f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, BRASIL – SP.

MONTAÑO, C. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 110, p. 270-287, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n110/a04n110.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

_____. [org.] **O canto da sereia: crítica a ideologia e aos projetos do terceiro setor**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

MONTEIRO, S.P.; FERNANDES, E.M. O serviço de estimulação precoce no Brasil após a política de inclusão educacional. **Pesquisa e Prática em Educação Inclusiva**, Manaus, v. 1, n. 1, jan./jun. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufam.edu.br/educacaoInclusiva/article/view/4142>>. Acesso em: 24 mai. 2019.

MORAIS, H.M.M. de et.al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p.1-13, nov. 2016. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/336/organizaes-sociais-da-sade-uma-expresso-fenomnica-da-privatizao-da-sade-no-brasil>> Acessos em 09 Jun. 2019.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, R.P. **A questão social das desigualdades em saúde e as políticas públicas da área**. 2014. Disponível em:<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5934/1/BAPI_n06_p29-33_RD_Questao-social-desigualdades_Diest_2014-nov.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2019.

NORONHA, J.C.de et al. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 365-394, 2012.

NUNES, J; PIMENTA, D. N. A epidemia de Zika e os limites da saúde global. **Revista Lua Nova**, São Paulo, 98: 21-46, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n98/1807-0175-ln-98-00021.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

NUNES, M. L. et al. Microcephaly and Zika virus: a clinical and epidemiological analysis of the current outbreak in Brazil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 3, p. 230-240, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n3/pt_0021-7557-jped-92-03-0230.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

OLIVEIRA, E. F. dos A. **Gastos da Política de Saúde Mental e os rumos da Reforma Psiquiátrica**. 2017. 276 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, BR-ES.

OLIVEIRA, C. S. de; VASCONCELOS, P. F. da C. Microcefalia e vírus Zika. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 22 (2): p. 103-105, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n2/pt_0021-7557-jped-92-02-0103.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Síndrome de Guillain-Barré**. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/guillain-barre-syndrome/pt/>. Acesso em: 20 mar. 2018.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde/OMS. Organização Mundial de Saúde. **Perguntas e respostas sobre o vírus Zika e suas consequências**. 2017.

Disponível em:

<https://www.paho.org/bra.../index.php?option=com_content&view=article&id=5292:perguntas-e-respostas-sobre-o-virus-zika-e-suas-consequencias&Itemid=882>.

Acesso em 12 mai. 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **OMS declara fim de Emergência de Saúde Pública Internacional, mas diz que resposta ao Zika e suas consequências deve continuar**. 2016. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5297:oms-declara-fim-de-emergencia-de-saude-publica-internacional-mas-diz-que-resposta-ao-zika-e-suas-consequencias-deve-continuar&Itemid=812>. Acesso em: 10 abr. 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Folha informativa - Sarampo**.

2019. Disponível em: <

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5633:folha-informativa-sarampo&Itemid=1060>. Acesso em: 12 abr. 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Folha informativa - Transtornos mentais**. 2018. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839>. Acesso em: 22 mai. 2019.

PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <

<file:///C:/Users/adm/Desktop/PAim.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

PASTORINI, A.; MARTÍNEZ, I. Tendências das mudanças da proteção social no Brasil e no Uruguai: a centralidade das redes mínimas na América Latina. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 59-67, jan./jun. 2014. Disponível em: <

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5663873>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

PEREIRA, P. A. P. Políticas Públicas e Necessidades Humanas com Enfoque no Gênero. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 12, n.1, p. 67-86, jun. 2006. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/437/391>>. Acesso em: 14 jan. 2018.

PEREIRA, P. A. P. Proteção social contemporânea: cui prodest?. **Serviço social e Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 636-651, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n116/04.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

PIMENTA, M. et al., Vírus Zika e gravidez. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**. Portugal - Lisboa, v. 10, n. 2, p. 92-94, 2016. Disponível em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/062016/04-ao_16-00030.pdf>. Acesso em 13 mai. 2019.

PINTO, D. M. et al . Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, Set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Mai 2018.

PIOLA et al. **Consolidação do gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Texto para discussão/IPEA. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td_2439.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2019.

PNUD. **Uma avaliação do impacto socioeconômico do vírus Zika na América Latina e Caribe**: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso. 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/16/UNDP-Zika-07-02-2017-Portuguese-WEB.PDF>. Acesso em: 10 nov. 2017.

PITTAS, T. M. **A resposta do governo brasileiro à epidemia do vírus Zika:** segurança em saúde e Política Externa. 2018. 184 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, BRASIL-SC.

QUEIROZ, A. A. De. Os três setores do sistema social no governo Bolsonaro. **Congresso em Foco**, 14 de novembro de 2018. Disponível em: <<https://congressoemfoco.uol.com.br/opiniao/colunas/os-tres-setores-do-sistema-social-no-governo-bolsonaro/>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

RAMOS, M.C. et al. As redes cotidianas dos currículos na formação dos trabalhadores da saúde. In: SODRÉ, F. et al. [orgs.]. **Formação em Saúde:** práticas e perspectivas no campo da saúde coletiva. [recurso eletrônico]. Vitória: EDUFES, 2016. pg. 30-56.

RANGEL, G.L.N. **Histórias não contadas:** acolhimento institucional de recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas. 2018. 194f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, BRASIL-ES.

REIS, M. C.; COELHO, T.C.B. Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, N. 4, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n4/0103-7331-physis-28-04-e280419.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2019.

RIBEIRO, J.M. et al. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1031-1044, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401031&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 09 jun. 2019.

RIBEIRO, A.C.L.; FERLA, A.A. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2,

p. 294-314, ago. 2016. Disponível em:<
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v22n2/v22n2a04.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

RIBEIRO, K.D.; VIDAL, J.P. Uma análise da produção acadêmica sobre a evolução do fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 239-261, abr./jun., 2018. Disponível em:<<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/493/548>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

RODAS, S. Psol pede que Supremo descriminalize aborto feito até terceiro mês de gravidez. **Conjur**: 2017. Disponível em: < <https://www.conjur.com.br/2017-mar-08/psol-supremo-descriminalize-aborto-feito-terceiro-mes>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

SAAD, M. A fisioterapia trata do quê? **Revista Acta Fisiátrica** - Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas - FMUSP, São Paulo, v. 8, n. 2, 2001. Disponível em:
<<http://www.actafisiatrica.org.br/faleConosco.asp>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

SABROZA, P. C.; KAWA, H.; CAMPOS, W. S. Q. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. 2 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 6 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record, 2001.

SCOTT, R. P. et al. A Epidemia de Zika e as Articulações das Mães num Campo Tensionado entre Feminismo, Deficiência e Cuidados. **Cadernos de Gênero e Diversidade da Universidade Federal da Bahia**. V. 3, n. 2, Mai. - Ago., 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv>. Acesso em: 30 mai. 2019.

SEP. Secretaria de Estado de Economia e Planejamento/IJSN – Instituto Jones dos Santos Neves. **Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios do Espírito Santo -**

2015, Vitória, 2017. Disponível

em:<www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/5986>. Acesso em: 14 mar. 2018.

SEMUS. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória - ES. **Plano Municipal de Saúde de Vitória-ES (2018-2021)**. [recurso eletrônico], Vitória: SEMUS, 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória - ES. **Relatório de Gestão Municipal 2017**. [recurso eletrônico], Vitória: SEMUS, 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória - ES. Gerência de Atenção em Saúde (GAS). **Nota Técnica nº 02/2015**. Vitória: SEMUS/GAS, 2015. Acesso restrito.

_____. Gerência de Atenção em Saúde (GAS). **Nota Técnica nº 06/2016**. Vitória: SEMUS/GAS, 2016. Acesso restrito.

_____. **Rede Bem-Estar na gestão pública de saúde de Vitória**. 2018a.

Disponível em:

<http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20181123_rede_bem_estar.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

SESA - Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo - ES. **Protocolo de Assistência a Gestantes com suspeita de Zika vírus e bebês com Microcefalia 2015-2016**. [recurso eletrônico], Vitória: SESA, 2016.

_____. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo – ES. **Portaria nº 248-S** de 05 de julho de 2016. Designa servidores para compor a Comissão para Análise de Pesquisas no Âmbito da Rede Estadual de Saúde, vinculados ao Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos (NUEDRH), da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA). 2016a. Disponível

em:<<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/GT%20PESQUISA/PORTARIA%20SESA%20n%C2%BA%20248-S-2016%20>

%20COMISS%C3%83O%20PESQUISA%20CORRIGIDA.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2018.

_____. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo - ES. **Portaria 270-S**, de 20 de julho de 2016. Institui o Comitê de Estudo dos Casos de Microcefalia e outras alterações do Sistema Nervoso Central do Estado do Espírito Santo. Vitória: SESA, 2016b. Disponível em: < <https://www.escavador.com/diarios/414100/DOEES/P/2016-07-21?page=15>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

_____. **Projeto para implantação de Serviço de Referência aos portadores de microcefalia e/ou outras Alterações Neurológicas**. 2016. Acesso restrito.

SILVA, A.C.R. da et al. Economia Política do Zika: Realçando relações entre Estado e cidadão. **Revista Antropológicas**. Ano 21, v. 28, n. 1, p. 223-246, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/adm/Desktop/231440-76792-1-PB.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2019.

SILVA M.V.S et al. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 62, p. 589-599, 2017b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160420.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

SILVA, L.B. et al. Comunicação sazonal sobre a dengue em grupos socioeducativos na atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1160-1677, 2011. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2011.v45n6/1160-1167/pt>>. Acesso em: 02 jun. 2019.

SILVA E SILVA, M.O. **A Política Pública de transferência de renda enquanto estratégia de enfrentamento à pobreza no Brasil**. Disponível em:<<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/download/3746/1800>>. Acesso em: 12 jun. 2019.

SOARES et al. Dispositivo educação em saúde: reflexões sobre práticas educativas na atenção primária e formação em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.

26, n. 3, 2017. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e0260016.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

SOARES, S. et al. Perfil da pobreza: Norte e Nordeste rurais. **IPC-IG Working Paper n. 138**. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth. 2016.

Disponível em: <https://www.ipc-undp.org/pub/port/Perfil_da_pobreza_Norte_e_Nordeste_rurais.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

SOUSA, F. de O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01283.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

SOUZA, D. de O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/06.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

SOUZA, C. Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências. **Lua Nova**, n. 52, p. 5-28, 2001.

SPOSATI, A. Tendências latino-americanas da política social pública no século 21. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 104-115, jan./jun. 2011.

STEVANIM, L.F. Febre presente. **Revista Radis**, n. 161, fev., 2016. p. 12-17.

_____. Os enigmas do Zika. **Revista Radis**, n. 174, mar., 2017. p. 18-21.

STHAL, H.; LEAL, C. Educação popular como política de saúde: interfaces com a formação profissional em saúde. **Cad. Pes.**, São Luís, v. 24, n. 2, mai./ago. 2017. Disponível em:<

<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/7518/4632>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

STIVAL, S.L. M; GIRÃO, F. A judicialização da saúde: breves comentários. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 141-158, abr./jun., 2016. Disponível em: < file:///C:/Users/adm/Desktop/285-1045-1-PB.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2019.

SUSANIBAR et al. Dia Mundial da Motricidade Orofacial. **ABRAMO - Associação Brasileira de Motricidade Orofacial**. Disponível em: <<http://www.abramofono.com.br/index.php/2015/06/23/dia-mundial-da-motricidade-orofacial/>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

TAVARES, F. Pesquisa mostra impactos sociais do vírus Zika. **Portal Fiocruz**, 2018. Disponível em:< <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-mostra-impactos-sociais-do-virus-zika>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

TEIXEIRA, M. G. Zika e microcefalia: uma pandemia em progresso. **Revista Ensaios e diálogos**. 2016, p. 32-36. Disponível em: < https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/07/Revista-ENSAIOS-DI%C3%81LOGOS_2_Pag-32-a-36.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

TEIXEIRA, G. A. et al. Análise do conceito síndrome congênita pelo Zika vírus. **Ciênc. Saúde Coletiva**, jul. 2018. Disponível em: < <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-do-conceito-sindrome-congenita-pelo-zika-virus/16883?id=16883>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

TONELLI, B.Q. et al. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**. Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, mai./ago. 2018. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/948110/8314-barbara-quadros-tonelli.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

TRAVAGIN, L.B. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 995-1006, out./dez. 2017. Disponível

em:<https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-0995.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2019.

VARGAS, A. et al . Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 25, n. 4, p. 691-700, dez. 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-S1679_49742016000400003.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

VÉLEZ, A. C. G.; DINIZ, S. G. Inequality, Zika epidemics, and the lack of reproductive rights in Latin America. **Reproductive Health Matters**, v. 24, n. 48, p. 57-61, nov. 2016. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.11.008>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

VERAS et al. Zika vírus: desafios da saúde pública no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, nº 2, São Paulo, abr./jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000200225&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt. Acesso em: 16 out. 2017.

VIANA, A.L. d'A.; SILVA, H.P. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2107-2117, 2018. Disponível em: < <file:///C:/Users/adm/Desktop/meritocracia%20neoliberal%20e%20direitos%20e%20saude.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

WILLIAMS, A. R.; HERKENHOFF, M. B. L.; LEITE, I. C. Uma breve viagem pela história da pobreza: condições de vida, representações e formas de intervenção. In: GARCIA, M. L. T.; RAIZER, E. C. [Orgs.]. **A questão social e as políticas sociais no contexto latino-americano**. Vitória: EDUFES, 2012. p. 83-111.

WILLIAMSON K.E. Cuidado nos tempos de Zika: notas da pós-epidemia em Salvador (Bahia), Brasil. **Interface (Botucatu)**. v. 22, n. 66, p. 685-96, 2018.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n66/1807-5762-icse-22-66-0685.pdf>>. Acesso em: 29 mai. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Trad. Daniel Grassi. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZILIOOTTO, G.C.; MARCOLAN, J.F. Representações sociais da enfermagem: a sexualidade de portadores de transtornos mentais. **Rev. Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 18, n. 4, p. 966-972, out./dez. 2014. Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/976>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

ZORZETTO, R. Incertezas sobre a microcefalia. **Revista Pesquisa FAPESP**. Março 2016. p. 14-21. Disponível em: < <https://revistapesquisa.fapesp.br/2016/03/18/incertezas-sobre-a-microcefalia/>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A -

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012/Resolução 510/2016)

O Sr./Sr.^a está sendo convidado a participar como voluntário do projeto de pesquisa **“Deu Zika! Serviços de saúde para os casos de Síndrome Congênita do Zika em Vitória-ES”** sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Cinthia Alves da Silva**.

Temos como objetivo *“analisar as ações e serviços implementados pelo município de Vitória-ES para a assistência em saúde às crianças com SCZ, cotejando essas ações com as diretrizes apontadas pelo Ministério da Saúde (MS), a fim de verificar se as ações convergem para o enfrentamento do problema”*.

A pesquisa se constitui enquanto Estudo de Caso e será realizada a partir de pesquisa documental utilizando documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do estado do Espírito Santo (ES) e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) do município de Vitória- ES. A pesquisa também se utilizará da técnica de entrevista, com roteiro semiestruturado de perguntas, direcionado ao gestor municipal de saúde e profissionais (um de cada serviço) dos serviços que ofertam assistência em saúde às crianças com a Síndrome Congênita do Zika (SCZ) e suas famílias.

As entrevistas serão realizadas nos serviços onde atuam os/as profissionais participantes e gestor municipal de saúde. Fazem parte deste projeto como serviços onde poderão ocorrer as entrevistas: Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG); Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES); Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE); Policlínica da Universidade de Vila Velha (UVV); Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) e Unidades Básicas de Saúde com ou sem apoio de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) onde haja crianças em acompanhamento devido à SCZ. Para tal, este projeto foi submetido à prévia anuência da SESA e SEMUS/ETSUS, além do Comitê de Ética da UFES – Goiabeiras e Comitê de Ética do HUCAM. As entrevistas terão duração mínima de 60 minutos, podendo ser acrescida de no máximo 30 minutos. Ressaltamos que por se tratar de um roteiro semiestruturado de perguntas, pode ocorrer prolongamento do tempo devido as respostas dos/as participantes, Deste modo, o tempo da entrevista pode ser aumentado, considerando que necessitamos abordar todas as perguntas que constam em nosso roteiro, por serem fundamentais para a pesquisa.

Os possíveis benefícios deste estudo aos/às participantes são: possibilidade de reflexão sobre sua prática profissional específica e em equipe; quando da divulgação dos resultados, a possibilidade de contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho da equipe e do serviço em que atua. Os possíveis riscos que este estudo pode incorrer aos/às participantes são: cansaço ou aborrecimento ao responder as perguntas; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio e vídeo; risco de quebra de sigilo. Desta forma, buscaremos conduzir as entrevistas de modo a não ferir a integridade emocional dos/as mesmos/as, nem forçar quaisquer relatos que possam acarretar prejuízos pessoais e/ou profissionais aos/às entrevistados/as e equipes da qual fazem parte. Não

serão mencionados nome ou profissão dos/as participantes (exceto de participantes cuja identificação do cargo que ocupam seja relevante ao estudo), constando na entrevista apenas a identificação do serviço e a identificação do/a participante por letra do alfabeto, ou seja, participante A, B, C e assim por diante. A gravação das entrevistas dependerá de prévia autorização dos participantes.

O Sr./Sr.^a poderá consultar a pesquisadora responsável em qualquer época, pessoalmente ou por telefone para esclarecimento de quaisquer dúvidas. O Sr./Sr.^a também poderá fazer denúncias ou reportar quaisquer intercorrências na pesquisa acionando o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, campus de Goiabeiras e o Comitê de Ética em Pesquisa do HUCAM (telefones e endereços ao fim deste documento). O Sr./Sr.^a está livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa. Todas as informações fornecidas à pesquisadora e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e, estes últimos, só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas. O Sr./Sr.^a será informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de estes poderem mudar seu consentimento em participar da pesquisa. O Sr./Sr.^a não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa. Os/as participantes não terão quaisquer despesas financeiras de locomoção, alimentação, entre outros para participação na pesquisa, ficando a cargo da pesquisadora o deslocamento para a realização das entrevistas. Caso os/as participantes tenham quaisquer despesas para participar da pesquisa, haverá ressarcimento. Também está prevista indenização aos participantes, caso haja eventuais danos a estes em decorrência da pesquisa. Este estudo é importante porque seus resultados fornecerão informações que podem colaborar para a melhoria da oferta de ações e serviços às crianças com SCZ no município de Vitória-ES, além do entendimento de como as doenças afetam a vida das pessoas para, a partir daí, estabelecer novas estratégias de cuidado e prevenção.

Diante das explicações, se o Sr./Sr.^a concorda em participar deste projeto, forneça os dados solicitados e coloque sua assinatura a seguir.

Nome: _____

Vitória, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do/a participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

OBS.: O presente Termo apresenta duas vias, que devem ser assinadas, e também rubricadas em todas as páginas pelos/as participantes e pesquisadora, sendo uma via destinada ao participante e a outra à pesquisadora.

Pesquisadora: Cinthia Alves da Silva	Cargo/Função: Estudante
Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo – UFES Programa de Pós Graduação em Política Social – Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas (CCJE).	
Endereço: Avenida Fernando Ferrari, nº 514, Goiabeiras – Vitória/ES. CEP: 29075-073	
Telefone: (27) 99628-4913	
Projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFES - Campus Goiabeiras. Avenida Fernando Ferrari, nº 514, Goiabeiras – Vitória-ES. CEP: 29.075-073 Telefone: (27) 4009-2439.	

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada – Gestão

PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTADA

Representante: _____

Função: _____

Vínculo trabalhista: _____

PARTE 2 – PERGUNTAS

1. O que significa estar na gestão de saúde do município de Vitória no momento de emergência do ZIKV e da SCZ como questões de saúde que despertam preocupação mundial?
2. Como a gestão municipal de saúde avalia o impacto das epidemias de ZIKV e dos casos de SCZ em Vitória-ES?
3. Como o município enfrentou a emergência das epidemias de ZIKV e a ocorrência de casos de SCZ?
4. Quais recursos foram mobilizados, além dos já disponíveis na rede assistencial do município de Vitória-ES, para a oferta de assistência aos casos de SCZ?
5. Como foram estruturadas as ações e serviços de saúde para as crianças com a SCZ em Vitória-ES?
6. Quais os fatores considerados pela gestão municipal para a estruturação da rede de atendimento aos casos de SCZ?
7. Alguma recomendação/diretriz do MS se mostrou mais difícil de ser cumprida pela gestão municipal? Qual (ou quais)? Por quê?
8. Foi implementada alguma ação ou serviço, além dos preconizadas pelo MS, considerando as particularidades do município de Vitória-ES?

9. Qual o fluxo de atendimento estabelecido pelo município? E, por que foi estruturado desta forma?
10. Quais ações compõem a assistência às crianças com SCZ? Existem ações prioritárias?
11. Como foi o apoio dado pelo estado e pelo Governo Federal ao município de Vitória?
12. No contexto de emergência do Zika houve alguma pactuação, convênio ou contratação de serviços e/ou profissionais?
13. Passado o período de emergência do Zika, houve alguma mudança de fluxo proposta pela gestão estadual e municipal?
14. Em algum aspecto o município tem ido além de suas obrigações, enquanto ente federativo, na oferta de assistência às crianças com SCZ?
15. O MS, a SESA ou a SEMUS ofertaram algum treinamento aos técnicos para o trabalho com as crianças com SCZ? Qual e por quê?
16. Chegam à gestão municipal queixas das famílias sobre a rede estruturada e sobre o atendimento prestado pelo município de Vitória-ES?
17. A gestão municipal acompanha o atendimento ofertado pelas Instituições que atendem às crianças? Se sim, de que forma? Se não, por quê?
18. Já foi possível realizar alguma avaliação ou readequação do trabalho ofertado pela rede assistencial de saúde de Vitória-ES para as crianças com SCZ? Se não, há planejamento para algum tipo de avaliação?
19. A gestão consegue identificar quais são as demandas que as famílias apresentam e que o município consegue atender?
20. A gestão consegue identificar quais são as demandas que as famílias apresentam e que o município não consegue atender?
21. Em sua experiência, o que deveria (ou precisaria) ser feito para atender essa demanda?

22. Em sua experiência, a rede municipal deveria prever alguma ação e/ou serviço, além dos já ofertados para o atendimento a essas crianças?

23. Em sua opinião, as ações e serviços de saúde ofertados pelo município de Vitória-ES convergem para o enfrentamento da problemática da SCZ?

24. Existe alguma proposta de acompanhamento das crianças com SCZ, por parte do município, ao findar o período de 0 e 3 anos proposto pelo MS?

25. Há algo que eu deveria ter lhe perguntado sobre a questão do atendimento ofertado pelo município de Vitória a crianças com SCZ que eu não perguntei e que você considera importante?

APÊNDICE C -

Roteiro de entrevista semiestruturada – Profissionais dos serviços

PARTE 1 – IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO:

Nome da Instituição: _____

Função da instituição na rede: _____

Tipo: () pública () privada () Filantrópica () Outra.

Qual? _____

Gestão: () Estadual () Municipal () Federal () privada

() Mista. Se sim, entre quais entes?

PARTE 2 – PERGUNTAS

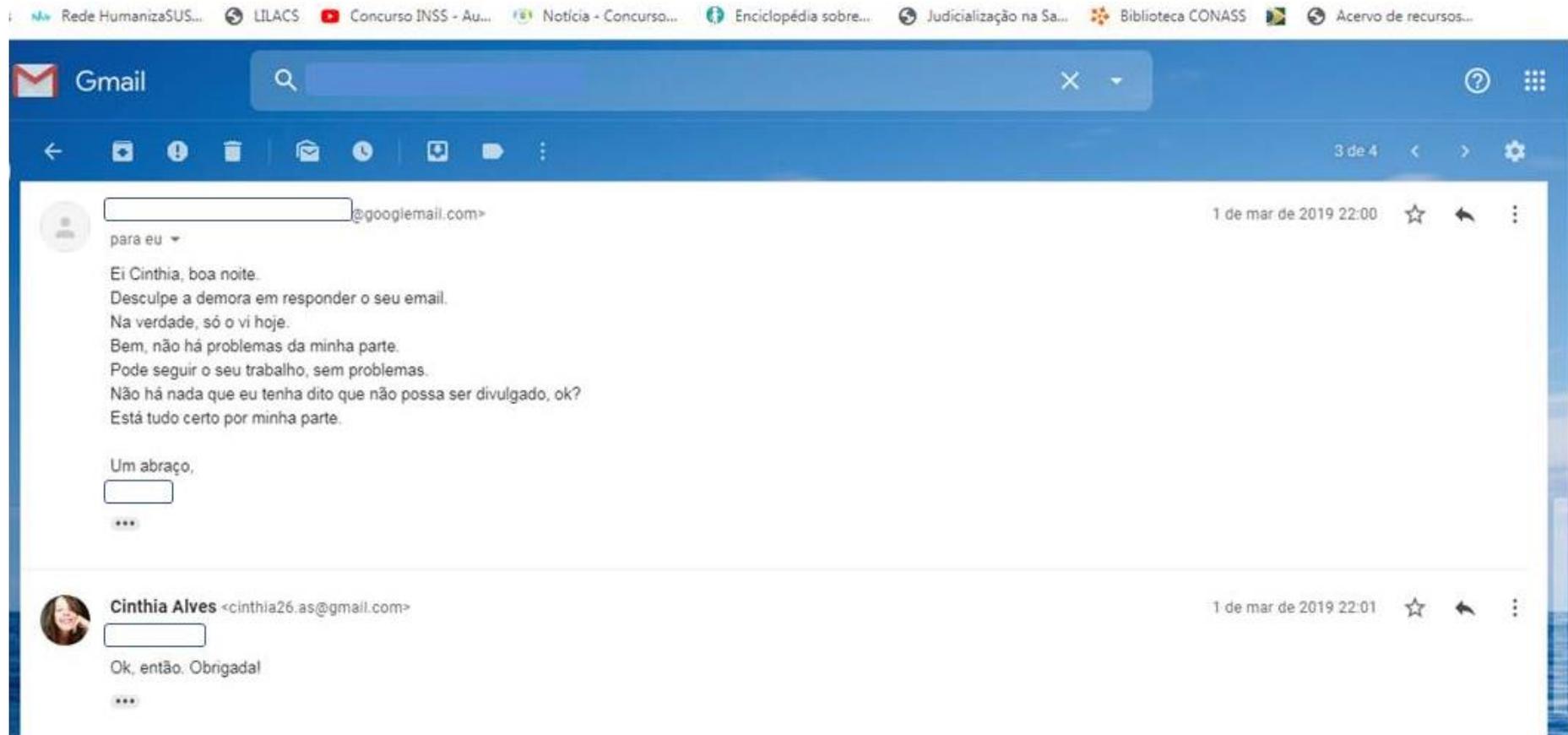
1. Qual o atendimento/acompanhamento este serviço oferta?
2. Existe alguma ação que o serviço deveria fazer, mas não faz por falta de recursos e/ou de profissionais? Se sim, quais e o que fazer para resolver o problema?
3. Este serviço recebeu crianças com SCZ para atendimento/acompanhamento?
4. Atualmente, existem crianças com SCZ sendo atendidas no serviço? Se não, pode nos dizer o porquê? Se sim, quantas, e de quais localidades?
5. Você pode nos contar sobre como a Instituição começou a receber os casos suspeitos ou confirmados de SCZ?
6. Você pode nos explicar se a chegada dos casos de SCZ ou suspeitos mobilizou mudanças no serviço? Quais?
7. Quanto aos casos suspeitos, como foi o processo de confirmação ou negatificação para SCZ?
8. Dos casos negativados, houve alguma revisão posterior?

9. A negatização para SCZ considerou quais critérios?
10. Quem ou qual setor encaminha as crianças para cá?
11. Quais demandas esses casos trazem à instituição e aos técnicos?
12. Quanto aos recursos para atendimento/acompanhamento (médicos, exames, ou outros serviços) como a rede tem respondido? Encontra dificuldades? Quais?
13. Você participa ou sabe de alguma comissão ou grupo vinculado à SESA e que discuta casos ou proponha ações relacionadas ao enfrentamento da SCZ?
14. Neste serviço, quais profissionais atendem crianças com SCZ?
15. Houve algum treinamento aos técnicos para o trabalho com as crianças com SCZ ou microcefalia? Se sim, quem ofertou?
16. Você poderia nos explicar se existe algum processo de triagem para o início do acompanhamento neste serviço? Quais critérios são utilizados?
17. Qual o fluxo do tratamento na instituição? Existe a priori, um período pré-determinado de acompanhamento às crianças?
18. O que determina a permanência ou não da criança em atendimento?
19. Após passar o período de evidência do ZIKV e da SCZ, você nota alguma mudança na rotina do serviço? Quais?
20. Qual (ou quais) é (ou são) o(s) técnico(s) que atua(m) com essas crianças?
21. Poderia nos contar sobre como é o trabalho realizado aqui na instituição com as crianças portadoras da microcefalia?
22. Desse trabalho que você nos conta, quais são as demandas que as famílias trazem que vocês conseguem atender?
23. Desse trabalho que você nos conta, quais são as demandas que as famílias trazem que vocês não conseguem atender?

24. Em sua experiência, o que deveria (ou precisaria) ser feito para atender essa demanda?
25. Há queixas das famílias sobre essas demandas não atendidas?
26. O que a rede municipal deveria prever para o atendimento a essas crianças?
27. Se você pudesse mudar/sugerir algo na rede de saúde implementada em Vitória-ES para atendimento às crianças com microcefalia, o que faria?
28. Há algo que eu deveria ter lhe perguntado sobre a questão do atendimento ofertado pelo município de Vitória a crianças com SCZ ou microcefalia, que eu não perguntei e que você considera importante?

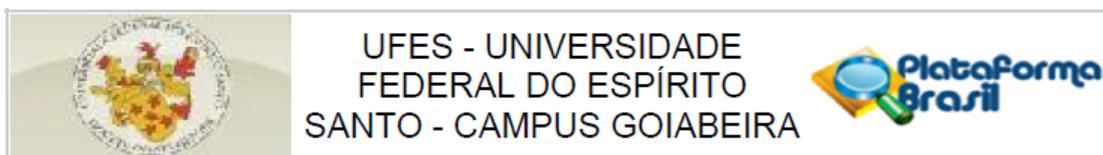
APÊNDICE D

Autorização de participação entrevistada HEINSG 1



ANEXOS

ANEXO A – Parecer CEP UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEU ZIKA! SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CASOS DE SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKV EM VITÓRIA-ES.

Pesquisador: CINTHIA ALVES DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 92040718.0.0000.5542

Instituição Proponente: Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESPIRITO SANTO - FAPES

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.101.131

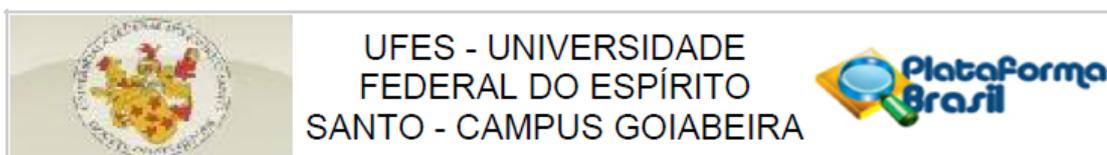
Apresentação do Projeto:

A pesquisa se constitui enquanto Estudo de Caso e será realizada a partir de pesquisa documental utilizando documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do estado do Espírito Santo (ES) e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) do município de Vitória- ES. A pesquisa também se utilizará da técnica de entrevista, com roteiro semiestruturado de perguntas, direcionado ao gestor municipal de saúde e profissionais (um de cada serviço, que são no total 6) dos serviços voltados às crianças com a Síndrome Congênita do Zika (SCZ) e suas famílias.

Hipótese:

Nosso projeto não apresenta hipóteses. Contudo, nosso referencial teórico aponta para a insuficiência no acesso às ações e serviços de saúde, considerando a conformação das relações políticas, econômicas e sociais no Brasil e no mundo. A organização das sociedades baseadas no modo de produção capitalista fomentam uma realidade onde o ataque aos direitos, às políticas públicas e às condições vida e saúde dos trabalhadores é constante, em benefício de uma minoria que detém o poder. Desta forma, trabalharemos com as seguintes perguntas norteadoras:

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN	
Bairro: Goiabeiras	CEP: 29.075-910
UF: ES	Município: VITORIA
Telefone: (27)3145-9820	E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.101.131

- Quais as ações e serviços definidos pelo MS para a assistência às crianças portadoras da SCZ?
- Dentre as propostas do governo federal para enfrentamento à SCZ, o que cabe aos municípios enquanto principais agentes na oferta de ações e serviços de saúde?
- Como a rede assistencial do município de Vitória-ES foi estruturada para atender aos casos de SCZ?
- Quais as dificuldades encontradas pelos serviços para a oferta do atendimento em saúde nos casos de SCZ?
- O município de Vitória-ES tem conseguido responder às proposições do MS para o atendimento às crianças com SCZ?
- As ações e serviços ofertados convergem com as necessidades para enfrentamento dos problemas decorrentes da SCZ?

Objetivo Primário:

Analisar as ações e serviços implementados pelo município de Vitória-ES para a assistência em saúde às crianças com Síndrome Congênita do Zika cotejando estas ações com as diretrizes apontadas pelo MS, a fim de verificar se as ações convergem para o enfrentamento do problema.

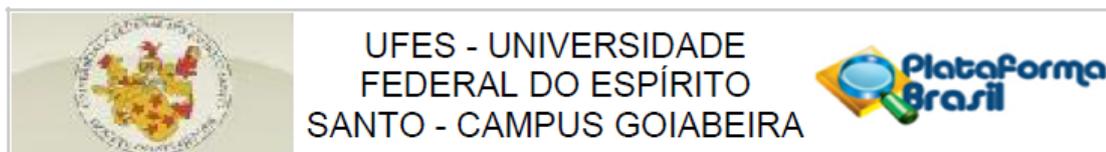
Metodologia Proposta:

Este estudo propõe um caminhar dialético, compreendendo que a realidade apresenta nuances diversas e que necessitam ser mediadas para a compreensão do lugar dos sujeitos e da política de saúde no contexto da sociedade capitalista. Trata-se de um Estudo de Caso (EC), a partir de caso único e com abordagem qualitativa (YIN, 2005). Nosso estudo utilizará as técnicas de pesquisa documental e pesquisa de campo, sendo esta última por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado. Na pesquisa documental serão analisados documentos oficiais do Ministério da Saúde

(MS) e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória que contenham informações referentes à assistência em saúde ofertada às crianças com SCZ, contemplando o período entre 2015 e 2017. Os documentos de circulação irrestrita serão extraídos do site do MS e da SEMUS de Vitória -ES. Documentos de tipo restrito serão buscados junto às secretarias estadual e municipal de saúde após anuência das mesmas. Inicialmente, realizamos uma leitura dos documentos encontrados, ou seja, uma "leitura flutuante" (BARDIN, 2004) e elaboramos algumas questões de partida.

Foram selecionados 5 documentos do MS, 4 da SEMUS e 1 da SESA, totalizando 10 documentos. Os documentos oficiais serão organizados em um quadro visando à organização do corpus. As

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
 Bairro: Goiabeiras CEP: 29.075-910
 UF: ES Município: VITORIA
 Telefone: (27)3145-9820 E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.101.131

variáveis são ações e serviços recomendados x os existentes; rede assistencial à SCZ; resultados previstos x alcançados. Utilizaremos a análise de conteúdo, com categorias a priori (acima definidas). Na análise dos documentos, buscaremos organizá-los por órgão elaborador e cronologicamente, considerando o ano de publicação. Uma leitura mais aprofundada nos possibilitará tecer algumas inferências (BARDIN, 2004) sobre cada documento, registrando nossas impressões iniciais, além de uma compreensão mais global dos mesmos. Serão destacados nos documentos parágrafos (unidades de registro) (BARDIN, 2004) que contenham a categoria "ações e serviços", a fim de organizar em um quadro os principais temas que se relacionam com a mesma, além da frequência com que surgem, prosseguindo com a realização de um resumo inicial do parágrafo. Além da pesquisa documental, realizaremos uma pesquisa de campo. A pesquisa de campo nos possibilitará conhecer os serviços disponíveis na rede assistencial do município de Vitória para atender aos casos de SCZ bem como, identificar junto aos profissionais entrevistados as ações realizadas e os serviços que desenvolvem em suas práticas. As entrevistas serão realizadas com um "informante chave" por serviço e ainda, com o gestor municipal de saúde. Para a identificação dos informantes chave utilizaremos os seguintes

critérios: A) Que cada serviço indique 1 profissional de referência e que este informante esteja apto a fornecer elementos que permitam ter uma visão do atendimento prestado pela equipe que compõe. No caso do gestor municipal, este poderá indicar 1 membro da gestão que possa fornecer as informações demandadas; B) Que o profissional tenha disponibilidade e concorde em nos conceder a entrevista. Este critério também será considerado para a entrevista com o gestor municipal. As entrevistas serão transcritas literalmente e analisadas por meio da técnica de análise de

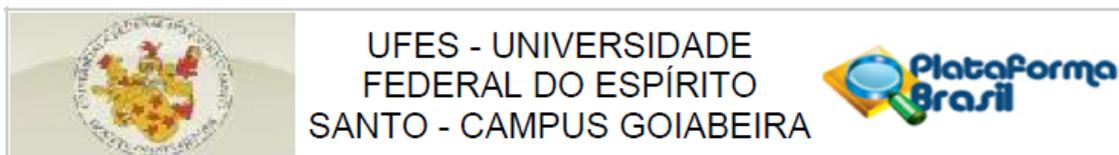
conteúdo. As perguntas por nós elaboradas e que constam nos roteiros de entrevista (anexos B e C) servirão como balizadores para a análise, considerando as variáveis: demandas postas pelos casos x demandas atendidas pelos serviços; fluxo/necessidade de encaminhamento dos casos x triagem para inclusão no atendimento; capacitação dos profissionais; dados apresentados sobre a SCZ x visão da gestão; ações necessárias x

ações prioritárias. A categoria "Rede Assistencial à SCZ" será nossa unidade de contexto e as unidades de registro serão todos os trechos das falas

dos entrevistados que contemplem uma ideia a respeito da categoria ações e serviços (BARDIN, 2004).

Critério de Inclusão:

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
 Bairro: Goiabeiras CEP: 29.075-910
 UF: ES Município: VITÓRIA
 Telefone: (27)3145-9820 E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.101.131

Como critério de inclusão para a análise documental, serão considerados os documentos que tratem de ações e serviços voltados à assistência e enfrentamento à problemática da SCZ, partindo do governo federal para o nível municipal, e caso haja, ações de iniciativa municipal.

Os critérios de inclusão para as entrevistas serão: o aceite dos/as participantes para as entrevistas e que os/as participantes estejam aptos/as a dar informações que possibilitem uma compreensão ampliada do trabalho da equipe da qual fazem parte.

Critério de Exclusão:

Como critério de exclusão para a análise documental, não serão analisados documentos de ações e serviços de prevenção do vírus, vigilância epidemiológica e sanitária e quaisquer outras diretrizes que não abarquem (de modo direto) a assistência às crianças com SCZ.

O critérios de exclusão para as entrevistas serão: a recusa dos participantes em participar; a impossibilidade da oferta das informações que buscamos; a ausência de crianças com SCZ em acompanhamento nos serviços.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

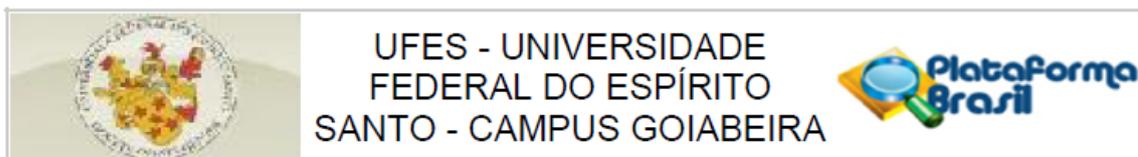
Analisar as ações e serviços implementados pelo município de Vitória-ES para a assistência em saúde às crianças com Síndrome Congênita do Zika

cotejando estas ações com as diretrizes apontadas pelo MS, a fim de verificar se as ações convergem para o enfrentamento do problema.

Objetivo Secundário:

- Descrever as ações propostas pelo MS para a oferta de assistência em saúde às crianças com SCZ;
- Identificar, a partir dos dados fornecidos pela SEMUS, as regiões de saúde no município Vitória-ES onde residem as famílias com crianças portadoras da SCZ;
- Descrever a rede assistencial disponível no município de Vitória-ES para o atendimento às crianças com SCZ e suas famílias, cotejando com o preconizado pelo MS;
- Verificar que ações, recomendadas pelo MS, foram implementadas pelo município de Vitória-ES, e

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.075-910
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3145-9820 **E-mail:** cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.101.131

se essas ações são consideradas pelos serviços como as necessárias para o enfrentamento do problema;

- Ofertar uma análise que possa subsidiar as ações dos serviços envolvidos na problemática da SCZ.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme apresenta o protocolo de pesquisa, sobre os riscos:

Os possíveis riscos que este estudo pode incorrer aos/às participantes são: cansaço ou aborrecimento ao responder as perguntas; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio e vídeo; risco de quebra de sigilo. Desta forma, buscaremos conduzir as entrevistas de modo a não ferir a integridade emocional dos/as mesmos/as, nem forçar quaisquer relatos que possam acarretar prejuízos pessoais e/ou profissionais aos/às entrevistados/as e equipes da qual fazem parte. Não serão mencionados nome ou profissão dos/as participantes (exceto de participantes cuja identificação do cargo que ocupam seja relevante ao estudo), constando na entrevista apenas a identificação do serviço e a identificação do/a participante por letra do alfabeto, ou seja, participante A, B, C e assim por diante. A gravação das entrevistas dependerá de prévia autorização dos participantes.

Com relação aos benefícios, indica-se:

Os possíveis benefícios deste estudo aos/às participantes são: possibilidade de reflexão sobre sua prática profissional específica e em equipe; quando da divulgação dos resultados, a possibilidade de contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho da equipe e do serviço em que atua.

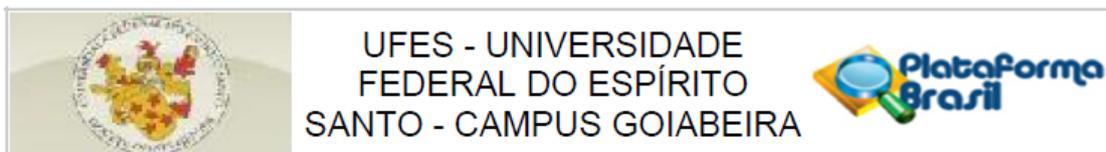
Para a sociedade, este estudo é importante porque seus resultados fornecerão informações que podem colaborar para a melhoria da oferta de ações e serviços às crianças com SCZ no município de Vitória-ES, além do entendimento de como as doenças afetam a vida das pessoas para, a partir daí, estabelecer novas estratégias de cuidado e prevenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e social e está fundamentada no aspecto metodológico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Av. Fernando Ferrari,514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN	
Bairro: Goiabeiras	CEP: 29.075-910
UF: ES	Município: VITORIA
Telefone: (27)3145-9820	E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.101.131

Os termos de apresentação obrigatória, foram analisados conforme Resolução n. 466/2012 CNS e a Resolução n. 510/16 CNS e encontram-se adequados, conforme indica a referida legislação. Nessa análise registra-se:

1. Folha de Rosto: adequada.
2. Projeto de Pesquisa: contém todos os elementos solicitados.
3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequada.
4. Cronograma: atualizar o período de pesquisa de campo, comprometendo-se a coletar dados de campo, após a aprovação deste Protocolo de Pesquisa pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há inadequações. Contudo, o pesquisador deve comprometer-se em incluir as cartas de anuência das instituições em que ocorrerão coleta de dados com seres humanos na Plataforma Brasil. O cronograma deve ser atualizado com o compromisso do pesquisador iniciar a pesquisa após a aprovação do protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por esse comitê, estando autorizado a ser iniciado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1139272.pdf	14/06/2018 18:29:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	14/06/2018 18:27:30	CINTHIA ALVES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.pdf	14/06/2018 18:27:11	CINTHIA ALVES DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	18/05/2018 19:24:51	CINTHIA ALVES DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514 - Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
 Bairro: Goiabeiras CEP: 29.075-910
 UF: ES Município: VITORIA
 Telefone: (27)3145-9820 E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.101.131

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 21 de Dezembro de 2018

Assinado por:
KALLINE PEREIRA AROEIRA
(Coordenador(a))

**ANEXO B -
Declaração favorável à pesquisa (ETSUS).**



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Professora Angela Maria Campos da Silva

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "DEU ZIKA! SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CASOS DE SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKV EM VITÓRIA - ESE" de autoria de CINTHIA ALVES DA SILVA. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS-Vitória, de Carta de Apresentação do pesquisador ao(s) campo(s) de pesquisa.

Vitória, 21 de junho de 2018

Sheila Cristina de Souza Cruz
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

**ANEXO C -
Carta de Autorização ETSUS – SEMUS/GVE**



PREFEITURA DE VITÓRIA
Secretaria de Saúde

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/GVE	18/03/19	Regina

Resumo do Assunto

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR

Senhor(a) Diretor(a),

O projeto de pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo "**DEU ZIKA! SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CASOS DE SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKV EM VITÓRIA - ES**" de autoria da pesquisadora Cinthia Alves da Silva, sob orientação de Maria Lúcia Teixeira Garcia, foi aprovado para sua realização.

Esclarecemos que o presente tem como objetivo analisar as ações e serviços implementados pelo município de Vitória - ES para assistência em saúde às crianças com SCZ cotejando estas ações com as diretrizes apontadas pelo MS, a fim de verificar se as ações convergem para o enfrentamento do problema.

Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação da pesquisa está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de novas solicitações do(s) pesquisador(es).

Solicitamos que a pesquisa seja viabilizada por este setor e informamos que esta autorização para realização da pesquisa tem validade por 1 ano.

Atenciosamente,

Sheila Cristina de Souza Cruz

Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

ANEXO D - Carta de Autorização ETSUS – SEMUS/UBS



PREFEITURA DE VITÓRIA
Secretaria de Saúde

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/UBS Santo André, Resistência, Bairro da Penha, Santa Martha, Itararé, Jardim da Penha, Santo Antônio	25/02/19	Regina

Resumo do Assunto

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR

Senhor(a) Diretor(a),

O projeto de pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo "**DEU ZIKA! SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CASOS DE SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKV EM VITÓRIA - ES**" de autoria da pesquisadora Cinthia Alves da Silva, sob orientação de Maria Lúcia Teixeira Garcia, foi aprovado para sua realização.

Esclarecemos que o presente tem como objetivo analisar as ações e serviços implementados pelo município de Vitória - ES para assistência em saúde às crianças com SCZ cotejando estas ações com as diretrizes apontadas pelo MS, a fim de verificar se as ações convergem para o enfrentamento do problema.

Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação da pesquisa está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de novas solicitações do(s) pesquisador(es).

Solicitamos que a pesquisa seja viabilizada por este setor e informamos que esta autorização para realização da pesquisa tem validade por 1 ano.

Atenciosamente,

Sheila Cristina de Souza Cruz

Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

ANEXO E - Autorização HEINSG

Programa de Pós-Graduação

**POLÍTICA
SOCIAL**
UFES



TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Encaminhamos em anexo o Protocolo de Pesquisa intitulada “**Deu zika! Serviços de saúde para os casos de Síndrome Congênita do ZIKV em Vitória-ES**”, que tem por objetivo: “*analisar as ações e serviços implementados pelo município de Vitória-ES para a assistência em saúde às crianças com SCZ, cotejando essas ações com as diretrizes apontadas pelo Ministério da Saúde (MS), a fim de verificar se as ações convergem para o enfrentamento do problema*”.

Para a realização da Pesquisa, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências do **Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG)** e do Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES) e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto.

Encaminhamos ainda, em anexo, o Requerimento de Pesquisa, os Termos de Confidencialidade e de Responsabilidade relativos às informações a serem obtidas, além de nos comprometermos em fornecer uma cópia do trabalho concluído, em mídia eletrônica.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente,

Assinatura *Cinthia Alves da Silva* Data 17/05/2018
Nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa

Assinatura *Rogério Nogueira Faleiros* Data 17/05/2018
Nome e carimbo da chefia imediata, gestora da instituição de origem do pesquisador.

**ESPAÇO RESERVADO À COMISSÃO PARA ANÁLISE DE PESQUISA NO
ÂMBITO DA SESA - NÚCLEO ESPECIAL DE DESENVOLVIMENTO DE
RECURSOS HUMANOS (NUEDRH), APÓS RECEBIMENTO DA
DOCUMENTAÇÃO.**

Segue para manifestação do HEINSG.



REQUERIMENTO

Ao Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos – NUEDRH.

Pelo presente, venho requerer autorização de pesquisa no âmbito da SESA/ES.

Seguem abaixo os dados de identificação dos autores e da sua instituição de origem.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

NOME DO PROJETO: DEU ZIKA! SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CASOS DE SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKV EM VITÓRIA-ES.

Pesquisadores	Nome	e-mail	Telefone
Pesquisador 1 (Orientador/responsável)	Profª Drª Maria Lúcia Teixeira Garcia	lucia-garcia@uol.com.br	<input type="text"/>
Pesquisador 2	Cinthia Alves da Silva	cinthia26.as@gmail.com	<input type="text"/>
INSTITUIÇÃO DE PROCEDÊNCIA DO PROJETO	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)/ Programa de Pós Graduação em Política Social (PPGPS)	politicassocial.ufes@gmail.com	(27) 3145-5370 (27) 3145-5371
UNIDADE CAMPO DA PESQUISA NA SESA	Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG); Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES); <i>Apenas referente ao HEINSG.</i>		

Vitória-ES, 17/05/2018 *Cinthia Alves da Silva*
 Local e data /nome e assinatura de um dos requerentes

Em caso de inconformidade, o Pesquisador será comunicado pela Comissão para Análise de Pesquisa.

Recebido
 17/05/2018
 Ass. Maria M. G. T.
 SESA/NUEDRH

Programa de Pós-Graduação
POLÍTICA SOCIAL
UFES



Assinatura [Handwritten Signature]

Elizete Moreira da Costa
Enfermeira
Matr. 337685

Data 18/05/2018

Nome e carimbo do técnico do NUEDRH

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso Parecer:

AUTORIZADO

NÃO AUTORIZADO

Considerações:

Assinatura [Handwritten Signature]

Data 25/05/2018

Nome e carimbo do gestor da Unidade Campo da pesquisa na SESA

Dr. Nélio Almeida de Castro
Diretor Geral - Saúde
Nº Funcional 389271-53

ANEXO F - Autorização CREFES



TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Encaminhamos em anexo o Protocolo de Pesquisa intitulada “**Deu zika! Serviços de saúde para os casos de Síndrome Congênita do ZIKV em Vitória-ES**”, que tem por objetivo: “*analisar as ações e serviços implementados pelo município de Vitória-ES para a assistência em saúde às crianças com SCZ, cotejando essas ações com as diretrizes apontadas pelo Ministério da Saúde (MS), a fim de verificar se as ações convergem para o enfrentamento do problema*”.

Para a realização da Pesquisa, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências do Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES) e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto.

Encaminhamos ainda, em anexo, o Requerimento de Pesquisa, os Termos de Confidencialidade e de Responsabilidade relativos às informações a serem obtidas, além de nos comprometermos em fornecer uma cópia do trabalho concluído, em mídia eletrônica.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente,

Assinatura Cinthia Alves da Silva Data 18/05/2018
Nome e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa

Assinatura Rogério N. Faleiros Data 18/05/2018
Nome e carimbo da chefia imediata, gestor(a) da instituição de origem do pesquisador.

Espaço reservado à Comissão para análise de pesquisa no âmbito da SESA - Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos (NUEDRH), após recebimento da documentação.

leque para manifestação do Unidade
campo

Programa de Pós-Graduação

**POLÍTICA
SOCIAL****REQUERIMENTO**

Ao Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos – NUEDRH.

Pelo presente, venho requerer autorização de pesquisa no âmbito da SESA/ES.

Seguem abaixo os dados de identificação dos autores e da sua instituição de origem.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

NOME DO PROJETO: DEU ZIKA! SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CASOS DE SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKV EM VITÓRIA-ES.

Pesquisadores	Nome	e-mail	Telefone
Pesquisador 1 (Orientador/responsável)	Profª Drª Maria Lúcia Teixeira Garcia	lucia-garcia@uol.com.br	[REDACTED]
Pesquisador 2	Cinthia Alves da Silva	cinthia26.as@gmail.com	[REDACTED]
INSTITUIÇÃO DE PROCEDÊNCIA DO PROJETO	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)/ Programa de Pós Graduação em Política Social (PPGPS)	politicassocial.ufes@gmail.com	(27) 3145-5370 (27) 3145-5371
UNIDADE CAMPO DA PESQUISA NA SESA	Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES).		

Vitória - ES 18/05/2018 Cinthia Alves da Silva
Local e data /nome e assinatura de um dos requerentes

Em caso de inconformidade, o Pesquisador será comunicado pela Comissão para Análise de Pesquisa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL (MESTRADO E DOUTORADO)
Av. Fernando Ferrari, 514 – Campus Universitário Goiabeiras - 29075-910 – Vitória /ES – Tel: (27) 3145-5371

Recebido
Em 18/05/2018
15:10
Eliane
SESA/NUEDRH



Assinatura [Handwritten Signature] Data 21/05/18
Nome e carimbo do técnico do NUEDRH [Stamp: Eliane Moreira da Costa, Enfermeira, Matr. 37265]

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso Parecer:

AUTORIZADO NÃO AUTORIZADO

Considerações:

Assinatura _____ Data 24/05/18
Nome e carimbo do gestor da Unidade campo da pesquisa na SESA

[Handwritten Signature]
Marcela S. Nogueira da Gama
Diretor Geral CREFESISESA
Matricula: 3754316

ANEXO G
Autorização Policlínica UVV

**POLICLÍNICA
DE REFERÊNCIA**
UVV • VILA VELHA-ES

Vila Velha, 08 de abril de 2019.

Carta de Anuência

O projeto de pesquisa de Mestrado em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo "**Deu Zika! Serviços de Saúde para casos de Síndrome Congênita do Zika em Vitória-ES**", de autoria de Cinthia Alves da Silva, sob orientação de Maria Lúcia Teixeira Garcia, foi aprovado para sua realização na Policlínica de Referência UVV.

Atenciosamente,

Mariana de A. Brandão
Fonoaudióloga
CRFa 6-3606

Mariana de A. Brandão

Mariana de Alvarenga Brandão
Fonoaudióloga CRFa 6-3606
Responsável técnica pelo Serviço de Saúde Auditiva
Policlínica de Referência UVV
CNPJ: 05.801.124/0001-90

05.801.124/0001-90
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA UVV LTDA.
Rua Mercúrio, s/nº
Boa Vista - CEP 29102-623
VILA VELHA - ES

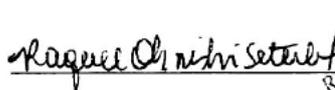
Rua Mercúrio, s/n, Bairro Vista da Penha - Vila Velha/ES Cep: 29107-296

ANEXO H

Autorização GEP HUCAM

FORMULÁRIO PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA NO HUCAM

Informações Básicas			
Título do Projeto: DEU ZIKA! SERVIÇOS DE SAÚDE PARA OS CASOS DE SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA EM VITÓRIA-ES			
Classificação da Pesquisa Pesquisa Acadêmica	Nº Estimado de Participantes 3		
Resp. pela Pesquisa na Instituição MARIA LÚCIA TEIXEIRA GARCIA	Email do Responsável lucia-garcia@uol.com.br		
Currículo Lattes do Responsável http://lattes.cnpq.br/3834218481612647	Telefone do Responsável (27)99941-7792		
Pesquisador Principal CINTHIA ALVES DA SILVA	Email do Pesquisador Principal cynthia26.as@gmail.com		
Currículo Lattes do Pesq. Principal http://lattes.cnpq.br/2030278922973152	Telefone do Pesquisador (27)99628-4913		
Programa de Pós Graduação Vinculado PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL UFES	Estudo Multicêntrico Não	Tipo de Participação Instituição Participante	CEP do Avaliador
Informações Financeiras			
Financiadores FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESPÍRITO SANTO		Tipo de Fomento Pública Nacional	
Capital Aplicados no Hospital R\$	Custeio Aplicados no Hospital R\$ 100,00	Recursos em Bolsas R\$ 31.500,00	Recurso Total R\$ 31.600,00
Especificações do Projeto			
Mês/Ano de Início 03/2017	Mês/Ano de Encerramento 06/2019	Instituições Participantes HEINSG; CREFES, UVV, SEMUS VITÓRIA; HUCAM	
Áreas de Conhecimento Ciências Sociais Aplicadas		Natureza da Pesquisa Saúde Coletiva	
Tipo de Pesquisa Sistema de Saúde, Planejamento e Gestão de Políticas, Programas e Serviços de Saúde		Setor de Aplicação dos Resultados da Pesquisa Políticas, Programas, Ações e Serviços de Saúde	
Agravos em Saúde em Investigação Doenças Infecciosas e Parasitárias		Tipos de Tecnologia em Investigação Sistemas Organizacionais e de Gestão	
Natureza de Aplicação da Tecnologia em Investigação Tratamento			


 Autorizador do Projeto no HUCAM
 Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Setor/Serviço em que será realizado o estudo
 Data: ____/____/____


 Dr. Guilherme Crespo
 Chefe do Setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica
 HUCAM/UFES/EBSERH
 Anuência do Chefe do Setor de Gestão e Inovação Tecnológica - GEP
 Data: 13 / 03 / 19