

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

CHRISTIANE FARIA GUTERRES

**EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM 2016 NO
ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA
2019

CHRISTIANE FARIA GUTERRES

**EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM 2016 NO
ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a Dr^a Angela Maria Caulyt Santos da Silva

VITÓRIA
2019

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

G983e Guterres, Christiane Faria
Epidemia do vírus Zika : determinantes sociais da saúde em
2016 no Espírito Santo / Christiane Faria Guterres. - 2019.
80 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Angela Maria Caulyt Santos da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Determinantes sociais da saúde – Espírito Santo (Estado).
2. Vírus Zika. 3. Microcefalia – estudo e ensino. 4. Síndrome
congênita do Vírus Zika. I. Silva, Angela Maria Caulyt Santos da.
II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 614.57

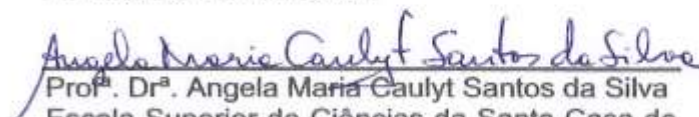
CHRISTIANE FARIA GUTERRES


**EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM 2016 NO
ESPÍRITO SANTO**


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 25 de fevereiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dr.^a Angela Maria Cautlyt Santos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM
Orientadora


Prof. Dr. Valmir Ramos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM


Prof.^a Dr.^a Erika Cardoso dos Reis
Secretaria de Estado da Saúde do Espírito
Santo – SESA-ES

Àqueles que tanto amo: minha mãe, Marilda Faria Guterres; meu pai, José Corrêa Guterres Filho; meus irmãos, Dra. Andressa Guterres Gabriel, Dr. Rodrigo Faria Guterres e Dr. Raphael Faria Guterres.

À minha avó e madrinha, Alcide Rossoni Faria (*in memoriam*).

Em especial, a todas as mães de crianças acometidas pelo Vírus Zika.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora, por quem tenho devoção, por me guiarem, me protegendo e fortalecendo.

Agradeço aos meus pais, Marilda e José, por todo amor, dedicação e exemplo de vida.

Agradeço aos meus irmãos Andressa, Rodrigo e Raphael, pela união, por todo amor, apoio e incentivo.

Agradeço à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Angela Maria Caulyt Santos da Silva, pela sabedoria e generosidade, pelo incentivo, pela paciência, gentileza e disponibilidade que foram fundamentais para realizar e concluir esta dissertação.

Agradeço ao Prof. Dr. Cesar Albenes De Mendonça Cruz, por despertar o interesse pela Filosofia e pela Sociologia, através de suas brilhantes aulas.

Agradeço à Dra. Elisa Victória Costa Caetano, pelas inúmeras gentilezas e disponibilidade que foram essenciais para a conclusão deste estudo.

Agradeço ao Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva e à Prof^a. Dr^a. Erika Cardoso dos Reis, pela sabedoria, pelo apoio e incentivo.

Agradeço aos meus colegas de Mestrado e funcionários, pela amizade e pelo carinho.

“[...] Enquanto há vida, há esperança.”
(Stephen Hawking)

RESUMO

Em 2016, o surto epidêmico de Vírus Zika e de microcefalia impactaram a saúde coletiva do Brasil e do Espírito Santo, entre sequelas e comprometimentos irreversíveis ao desenvolvimento infantil. Objetiva-se conhecer a ocorrência da epidemia do Vírus Zika no Espírito Santo em 2016 e especificamente analisar os Determinantes Sociais da Saúde no Espírito Santo e verificar sua associação com a epidemia. Trata-se de pesquisa qualitativa, de abordagem descritiva, empírica, bibliográfica e documental, com coleta de dados realizada por meio de entrevista semiestruturada com seis cuidadores (cinco mulheres e um homem) que acompanham as crianças acometidas pelo Vírus Zika em 2016, no ambulatório do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, no período de janeiro a maio de 2018. Empregou-se levantamento bibliográfico sobre o tema em livros e artigos em bases de dados *Scientific Electronic Library Online*, Serviço de Pesquisa da *National Library of Medicine*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, mediante os descritores “Vírus Zika”, “microcefalia”, “Determinantes Sociais da Saúde”; análise epidemiológica do banco de dados nacional e estadual; análise documental sobre políticas públicas de saúde em atenção às gestantes acometidas pelo Vírus Zika, devido à ocorrência de microcefalia, e técnica de análise de conteúdo para interpretação dos dados e conclusões. Os resultados foram agrupados por eixos e categorias. Eixo 3.1 – Dados do cuidador: residem em bairros menos favorecidos, com baixíssima renda familiar mensal, com acesso ao serviço de saúde integralmente pelo Sistema Único de Saúde; quatro mães foram assintomáticas durante o pré-natal; Eixo 3.2 – Dados sociodemográficos e dados da criança: as mães das seis crianças são suas cuidadoras, em dois casos, citado o casal; constitui a maioria dos cuidadores: quatro pretos e um pardo; cinco dos cuidadores não possuem curso superior completo e após o nascimento de seus filhos, todos não mais trabalham; Eixo 3.3 – Avaliação dos Determinantes Sociais da Saúde: cinco cuidadores consideraram satisfatória a qualidade da moradia onde residem e a rede de esgoto; todos consideraram satisfatória a avaliação da caixa d’água e a coleta de lixo; Eixo 3.4 – Serviços ofertados pelo poder público: quatro cuidadores foram contemplados com o Benefício de Prestação Continuada, sendo que três recebiam e uma estava a receber. Todas as crianças frequentam o ambulatório de Neuropediatria e a Associação de Pais e

Amigos dos Excepcionais/Pestalozzi. Usou-se ainda análise dos prontuários: cinco dos filhos dos cuidadores que participaram desta pesquisa apresentam a Síndrome Congênita do Vírus Zika, bem como a microcefalia com importante comprometimento neuropsicomotor, e duas crianças apresentam outras malformações. Conclui-se que há relação entre a epidemia do Vírus Zika e os Determinantes Sociais da Saúde no Espírito Santo, em 2016, em destaque a vulnerabilidade social neste estudo.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde. Zika Vírus. Microcefalia. Síndrome Congênita do Vírus Zika.

ABSTRACT

In 2016, the epidemic outbreak of Zika Virus and microcephaly impacted the collective health of Brazil and Espírito Santo, among sequels and irreversible commitments to child development. The objective is to know the occurrence of the Zika Virus epidemic in Espírito Santo in 2016 and specifically to analyze the Social Determinants of Health in Espírito Santo and verify their association to the epidemic. Qualitative research with a descriptive, empirical, bibliographical and documentary approach with data collection performed through a semistructured interview with six caregivers (five women and one man) accompanying the children affected by the Zika Virus in 2016, at the outpatient clinic of the Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, from January to May, 2018. A bibliographical survey on the subject was used in books and articles. in databases Scientific Electronic Library Online, Research Service of the National Library of Medicine, Latin American and Caribbean Literature in Sciences of Health, using the descriptors "Zika virus", "microcephaly", "Social Determinants of Health"; epidemiological analysis of the national and state database; documentary analysis on public health policies in attention to the pregnant women affected by the Zika Virus, due to the occurrence of microcephaly, and content analysis technique for data interpretation and conclusions. The results were grouped by axes and categories. Axis 3.1 - Caregiver data: they live in less favored neighborhoods, with very low monthly family income, with access to the health service integrally by Health Unic System; four mothers were asymptomatic during prenatal care; Axis 3.2 - Socio-demographic data and data of the child: the mothers of the six children are their caregivers, in two cases, the couple cited. Most of the caregivers are: four blacks and one brown; five of the caregivers do not have a full course and after the birth of their children, all of them no longer work; Axis 3.3 - Assessment of Social Determinants of Health: five caregivers considered the quality of the dwelling and the sewage network to be satisfactory; all considered to be satisfactory the evaluation of the water tank and the collection of garbage; Axis 3.4 - Services offered by the public power: four caregivers were granted the Continuous Benefit Benefit, three of which received and one was receiving. All children attend the Neuropediatrics outpatient clinic and Association of Parents and Friends of the Exceptional/Pestalozzi. An analysis of the medical records was carried out: five of the children of the caregivers who participated in this study present the,

Congenital Zika Syndrome as well as microcephaly with important neuropsychomotor impairment, and two children presented with other malformations. It is concluded that there is a relationship between the Zika Virus epidemic and the Social Determinants of Health in Espírito Santo in 2016, highlighting the social vulnerability in this study.

Keywords: Social Determinants of Health. Zika virus. Microcephaly. Congenital Zika Syndrome.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de casos prováveis e incidência de febre pelo Vírus Zika, por região e Unidade da Federação, até a Semana Epidemiológica 49, Brasil, 2001	40
Tabela 2 – Bairro	43
Tabela 3 – Renda e gasto mensal.....	43
Tabela 4 – Período de conhecimento do diagnóstico.....	45
Tabela 5 – Sexo; Raça/cor; Idade; Escolaridade; Estado civil (do cuidador entrevistado).....	46
Tabela 6 – Profissão (do cuidador entrevistado)	46
Tabela 7 – Idade, Sexo, Microcefalia, Cuidador da criança	47
Tabela 8 – Características sob a ótica do participante da pesquisa: moradia, transporte, saneamento básico (rede de esgoto), condições de habitação (caixa d’água), coleta de lixo, visitação do agente de saúde, comprometimento da vizinhança.....	53
Tabela 9 – Síntese de indicadores Domicílios particulares permanentes, Serviços, Tipo de esgotamento sanitário, Rede coletora de esgoto	57
Tabela 10 – Síntese de indicadores Domicílios particulares permanentes, Serviços, Forma de abastecimento de água, Rede geral de abastecimento com canalização interna	58
Tabela 11 – Síntese de indicadores Domicílios particulares permanentes, Serviços, Destinos do lixo coletado diretamente.....	58
Tabela 12 – Situação de saúde – Espírito Santo. Nascidos vivos por município e tipo de equipe em 2015.....	60
Tabela 13 – Presença de Síndrome Congênita do Vírus Zika, microcefalia, outras malformações, comprometimento neuropsicomotor, reabilitação, exames alterados	61
Tabela 14 – Comprometimento neuropsicomotor	62

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – “Brasil declara fim de Emergência em Saúde Pública por Zika”	17
Figura 2 – Modelo de Dahlgren e Whitehead	28
Figura 3 – Dados sobre microcefalia	42
Figura 4 – Domicílios, por fonte de abastecimento de água, segundo as Grandes Regiões.....	56
Gráfico 1 – Renda Mensal X Gasto Mensal no tratamento	44
Gráfico 2 – Proporção de municípios com serviços de saneamento básico, por tipo de serviço, segundo as Grandes Regiões em 2008	54
Gráfico 3 – Proporção de municípios com ocorrência de endemias ou epidemias causadas pelo mosquito <i>Aedes aegypti</i> , segundo as Grandes Regiões em 2017	55
Gráfico 4 – Domicílios, por forma de esgotamento sanitário, segundo as Grandes Regiões	56

LISTA DE SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CHIKV	Chikungunya
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREFES	Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNPM	Desenvolvimento neuropsicomotor
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIMABA	Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves
HINSG	Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEC	Instituto Evandro Chagas
IFRC	Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
RNA	Ácido Ribonucleico
RNs	Recém-nascidos
RT-PCR	Transcriptase Reversa em Tempo Real

RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SBGM	Sociedade Brasileira de Genética Médica
SCZ	Síndrome Congênita do Vírus Zika
SESA-ES	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SEVS/SES-PE	Secretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SNC	Sistema Nervoso Central
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TORCHS	Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovirose, Herpes Simples e Sífilis
USG	Ultrassonografia
ZIKV	Vírus Zika

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	23
2.1 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	23
2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO VÍRUS ZIKA – SÍNDROME CONGÊNITA DO VÍRUS ZIKA.....	30
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS À EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA NO ESPÍRITO SANTO EM 2016.....	35
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
3.1 EIXO DADOS DO CUIDADOR.....	42
3.2 EIXO DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DADOS DA CRIANÇA.....	45
3.3 EIXO AVALIAÇÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	52
3.4 EIXO SERVIÇOS OFERTADOS PELO PODER PÚBLICO.....	60
3.5 ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS.....	61
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICE A – Formulário de Entrevista Semiestruturada.....	75
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	77

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa integra a área de concentração Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local e se insere na linha de pesquisa Serviço Social, Processos Sociais e Sujeitos de Direito do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM. Por compreender a relação entre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a infecção pelo Vírus Zika (ZIKV) no ano de 2016, no estado do Espírito Santo (ES), contribui para sua análise, além de identificar as políticas públicas de saúde para atenção às gestantes acometidas pelo Vírus Zika, devido à ocorrência de microcefalia.

Em outubro de 2015, ocorreu um aumento do número de casos de microcefalia em recém-nascidos na Região Nordeste do Brasil e suspeitou-se que as mães haviam sido previamente infectadas com o Vírus Zika (LESSER; KITRON, 2016). O Vírus Zika é originário da África, transmitido através de mosquito infectado *Aedes aegypti*. É um arbovírus (vírus transmitido por artrópodes), membro do gênero *Flavivirus*. No ano de 1947, foi isolado, em macacos *Rhesus* na Floresta Zika, em Uganda (NHAN; CAO-LORMEAU; MUSSO, 2014).

A Região Nordeste do Brasil, onde a epidemia do Vírus Zika predominou, apresenta ambiente propício a doenças transmitidas por mosquitos, em contraste com a Região Sul, menos tropical. Inicialmente Pernambuco e posteriormente outros estados, como Bahia e Rio Grande do Norte, prevaleceram nessa epidemia (LESSER; KITRON, 2016). Além da Região Nordeste, o maior número de casos ocorreu no Sudeste do Brasil. O Vírus Zika, em menos de um ano após sua introdução no país, espalhou-se por todas as regiões do Brasil, porém de maneira desigual (GARCIA, 2018).

Em geral, as pessoas suscetíveis e mais pobres têm pouco acesso aos recursos sanitários, sendo assim mais vulneráveis às enfermidades e falecendo antes das pessoas com condição social mais favorecida. “A maior parte dos problemas de saúde pode ser atribuída às condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham: essas condições se denominam ‘determinantes sociais de saúde’” (AKERMAN et al., 2011, p. 5, grifo do autor).

A importância dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) teve mais destaque com a criação da *Commission on Social Determinantes of Health* (CSDH), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005, ao realçar sua relevância no combate às iniquidades em saúde (PELLEGRINI FILHO; BUSS, 2011). Sobre essa importância, houve consenso na situação de saúde. Rosen (1980 apud BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) lembra a teoria defendida por Virchow, segundo o qual “[...] a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”. As condições econômicas e sociais interferem sobre a saúde e tais inter-relações devem ser estudadas cientificamente (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

A Secretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SEVS/SES-PE) foi notificada da ocorrência de 26 casos de microcefalia em recém-nascidos no estado de Pernambuco, nascidas a partir de agosto de 2015 (BRASIL, 2015). No Brasil, foi observado um aumento súbito da incidência dessa anomalia congênita, uma vez que, no período que vai de 2005 a 2014, sua mediana era de nove registros por ano de casos de microcefalia (BRASIL, 2015).

Considera-se endêmica uma doença que existe, constantemente, em determinado lugar, independentemente do número de indivíduos por ela atacados. Epidêmica, por sua vez, é uma doença que surge, rapidamente, em um lugar e acomete grande número de pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018a, p. 29).

O Vírus Zika foi isolado pelo Instituto Evandro Chagas (IEC), do Ministério da Saúde (MS), do cérebro de um recém-nascido com microcefalia e alterações articulares que faleceu em pouco tempo após o nascimento no estado do Ceará, sendo estabelecida a relação causal, em novembro de 2015 (BRASIL, 2017b, OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016). Nesse ínterim, a gravidade da situação, a rápida disseminação do vírus pelo continente americano, as dificuldades de diagnóstico e o risco elevado de disseminação em outros continentes alertaram a atenção mundial para essa epidemia (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016). O MS e a OMS declararam emergência de saúde pública (FRANÇA et al., 2018).

Foi publicado, em 7 de dezembro de 2015, o Decreto nº 2155-s, de 4 de dezembro de 2015, no Diário Oficial, em que o governo do estado do ES declarou situação de emergência em virtude de iminente perigo à saúde pública, motivada pela presença

de doenças infecciosas virais, em razão do aumento da quantidade do mosquito *Aedes aegypti* no âmbito do estado (ESPÍRITO SANTO, 2015).

Em maio 2017, devido à diminuição dos casos de Zika e microcefalia no Brasil, o MS declarou o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência do Vírus Zika e sua associação com a microcefalia e outras alterações neurológicas, 18 meses após o país decretar emergência (Figura 1) (BRASIL, 2017a).

Figura 1 - “Brasil declara fim de Emergência em Saúde Pública por Zika”



Fonte: Brasil (2017a, p. 1).

A saúde engloba vários direitos, como educação, lazer e segurança, o que demonstra a necessidade de que as políticas públicas de saúde estejam aliadas a outras políticas públicas. Faz-se essencial o conhecimento dos fatores sociais que envolvem a saúde: “Políticas de saúde públicas eficazes são único meio de garantir à população o acesso à saúde reduzindo assim as iniquidades sociais” (BADZIAK; MOURA, 2010, p. 69).

A temática desenvolvida nesta pesquisa vem ao encontro de meu universo profissional como ginecologista e obstetra, que é o primeiro profissional a assistir as gestantes, como também devido à afinidade na área técnica da Saúde da Mulher, em que também atuei profissionalmente através da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES).

O objeto do estudo recai sobre os Determinantes Sociais da Saúde e a relação à epidemia do Vírus Zika, no Espírito Santo, no ano de 2016.

Para tanto, a pesquisa teve como objetivos:

Objetivo Geral: conhecer a ocorrência da epidemia do Vírus Zika no Espírito Santo em 2016;

Objetivos Específicos:

1. analisar os Determinantes Sociais da Saúde no Espírito Santo; e
2. verificar a associação dos Determinantes Sociais da Saúde com a epidemia pelo Vírus Zika no Espírito Santo, no ano de 2016.

Este estudo constituiu-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem descritiva, empírica, bibliográfica e documental. Na metodologia, empregou-se técnica de entrevista aplicada por meio de instrumento de coleta — formulário semiestruturado (APÊNDICE A) —, com seis cuidadores que acompanharam as crianças acometidas pelo Vírus Zika em 2016, no ES. Em se tratando de uma pesquisa qualitativa, utilizou-se o método de análise de conteúdo para analisar os dados. Realizou-se também pesquisa documental por meio de coleta de dados em prontuários.

As entrevistas foram realizadas no Centro de Referência de Neuropediatria do Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HIMABA), conforme carta de anuência da instituição. Em janeiro de 2018, o ambulatório foi transferido para o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG).

Foi realizado levantamento bibliográfico sobre o tema em livros e artigos em bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Serviço de pesquisa *National Library of Medicine* (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e outros, mediante os descritores “Vírus Zika”, “microcefalia” e

“Determinantes Sociais da Saúde”, além de análise epidemiológica do banco de dados nacional e estadual (DATASUS¹).

Entende-se por pesquisa qualitativa aquela que

[...] responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001, p. 22).

Constituiu-se de um universo de 29 crianças em acompanhamento, sendo que 13 apresentavam confirmação para o Vírus Zika e que frequentavam o Centro de Referência de Neuropediatria do HIMABA.

O critério de inclusão consistiu em casos confirmados para Vírus Zika em 2016, que estavam frequentando o Ambulatório de Neuropediatria, e o critério de exclusão foi crianças que não estavam comparecendo ao controle ou faleceram durante o seguimento; crianças em investigação para infecção congênita sem identificação etiológica; crianças em investigação provável para TORCHS/Zika; crianças em investigação provável para Zika.

Das 13 crianças com confirmação para o Vírus Zika em acompanhamento, foram realizadas entrevistas com seis cuidadores em análise, no período de janeiro a maio de 2018. As crianças se encontravam em controle trimestral e, portanto, houve dificuldade em entrevistar o universo total, além de ocorrência de absenteísmo.

Dessa forma, torna-se relevante a análise das entrevistas em eixos contidos no formulário semiestruturado (APÊNDICE A), a saber: dados do cuidador; dados sociodemográficos; dados da criança; avaliação dos Determinantes Sociais da Saúde; e serviços ofertados pelo poder público.

Para analisar o conjunto dos dados coletados nesta pesquisa qualitativa, foi necessária a organização dos dados coletados em categorias. Bardin (1977, p. 177)

¹ DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

explica: “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”.

As categorias de análise neste estudo estão assim organizadas:

- 1) referentes ao cuidador – parentesco, endereço, renda familiar mensal, gasto mensal médio no tratamento, realização do pré-natal, momento do conhecimento do diagnóstico (pré-natal ou após o nascimento), sexo, raça/cor, idade, escolaridade, estado civil, profissão, ocupação profissional;
- 2) relativos à criança – idade, sexo, microcefalia e outras malformações;
- 3) relacionadas aos DSS — moradia, transporte, saneamento básico da residência (rede de esgoto), condições de habitação (avaliação caixa d’água), coleta de lixo, visita agente de saúde, comprometimento da vizinhança (cuidados com o meio ambiente);
- 4) referentes aos serviços ofertados pelo poder público – se recebeu ação do poder público e quais e se ainda recebe e quais.

Para apresentação dos dados, utilizou-se o *software* Excel versão 2010, em que as informações foram apresentadas em tabelas e analisadas pelo método de análise de conteúdo por meio de inferências para embasamento teórico, buscando responder às questões da pesquisa diante dos objetivos nesta abordagem qualitativa.

O método de análise de conteúdo é composto de grupo de técnicas de análise das comunicações. São utilizados procedimentos sistemáticos e descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2009). Campos (2004) destaca que o método da análise de conteúdo tem importante finalidade em produzir inferências sobre o texto. O dado é fundamentado com embasamento teórico, ao conferir valor representativo ao método, além de interpretações subliminares acerca de determinada mensagem.

Segundo Franco (2008), a inferência é o instrumento que possibilita a evolução do caminho da descrição à interpretação, pois propicia a comparação dos dados com referencial teórico abrangente, individual e da sociedade. Para Bardin (1977), a pesquisa qualitativa é caracterizada pela inferência e deve ser fundamentada na presença de um índice, e não na frequência em cada comunicação individual, embora não rejeite toda e qualquer forma de quantificação.

É realizada codificação das unidades de análise através de formação das categorias e subcategorias. Na codificação, os dados brutos são, de modo sistemático, transformados em categorias, permitindo posteriormente a discussão fundamental das características relevantes do conteúdo (CAMPOS, 2004).

Identificam-se as seis crianças por pseudônimos representados por letras do alfabeto — A, B, C, D, E, F — e os cuidadores, por números — 1, 2, 3, 4, 5, 6. Por conseguinte, os dados foram organizados em categorias de análise, descritos das narrativas dos cuidadores participantes da pesquisa.

Em seguida, foi realizada pesquisa documental, por meio de coleta de dados em prontuários, e pesquisa bibliográfica sobre políticas públicas e legislação pertinente, como protocolos, DSS e Vírus Zika.

Esta pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil sob o número CAAE²: 80555417.6.0000.5065 e recebeu aprovação pelo Comitê de Ética Em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia - EMESCAM sob o Parecer Consubstanciado nº 2.449.060 (ANEXO A).

A relevância deste estudo consiste em contribuir para a análise da relação entre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a infecção pelo Vírus Zika no ano de 2016, no ES. O tema proposto torna-se mais amplo no contexto das políticas públicas de saúde, possibilitando criação de ações que envolvam os DSS.

² CAAE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.

Na segunda seção, apresenta-se o marco teórico que se constituiu a partir da Revisão da Literatura sobre *Determinantes Sociais da Saúde*, seguida do *Perfil Epidemiológico do Vírus Zika - Síndrome Congênita do Vírus Zika (SCZ)* e das *Políticas Públicas Direcionadas à Epidemia do Vírus Zika no Espírito Santo em 2016*. A terceira seção contempla os *Resultados e Discussão*; a seguir, a quarta e última seção consiste nas *Considerações Finais*.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Visando destacar o papel que os DSS desempenharam na propagação da epidemia e seu impacto social, nesta seção pretende-se contextualizar alguns conceitos para fundamentar e aprofundar a discussão. Procede-se, posteriormente, análise de dados empíricos acerca dos DSS e em relação à infecção pelo Vírus Zika - Síndrome Congênita do Vírus Zika - no ES, no ano de 2016, bem como políticas públicas implantadas no sistema de saúde estadual, para enfrentar a epidemia.

2.1 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

O conceito de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) é abrangente, definindo-se, no geral, como as condições de vida e trabalho relacionadas com a situação de saúde dos indivíduos e de grupos da população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). “As condições nos locais onde as pessoas vivem, aprendem, trabalham e brincam afetam uma ampla gama de riscos e resultados à saúde” (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2018, tradução nossa). Diante disso, em concordância, Akerman et al. (2011, p. 5, grifo do autor) enfatizam: “A maior parte dos problemas de saúde pode ser atribuída às condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham: essas condições se denominam ‘determinantes sociais de saúde’”.

As iniquidades em saúde existem de maneira globalizada, sobretudo as iniquidades econômicas e sociais repercutem fortemente sobre a saúde de indivíduos e da população. Ademais os grandes diferenciais de saúde podem ser traduzidos em indicadores em saúde (BUSS, 2007). O mesmo autor cita estudo de Carr (2004), realizado em países escolhidos em grupos por nível de desenvolvimento, cujos indicadores selecionados demonstraram piores resultados nos países menos desenvolvidos e mais pobres. Torna-se assim relevante, neste estudo, a análise da diferença na expectativa de vida ao nascer, que chega a alcançar 27 anos; a mortalidade infantil é de 100 por mil nascidos vivos, comparada a 6 por mil; a discrepância é ainda maior, demonstrada com 159 por mil nascidos vivos, comparada

a 6 por mil na mortalidade de menores de 5 anos nos países menos desenvolvidos comparados aos países de alta renda. As desigualdades sociais e sanitárias confirmam-se imensas. Por conseguinte, neste estudo, são também muito significantes as diferenças de gastos *per capita* em saúde entre países pobres e ricos. Isso demonstra que as iniquidades econômicas e sociais repercutem com vigor sobre a saúde de indivíduos e da população em conjunto (BUSS, 2007).

Em meados do século XIX, Virchow³ admitia que a ciência médica é inerente a uma ciência social e as condições econômicas e sociais exercem repercussões sobre a saúde e a doença. Em 1847, com a investigação da epidemia de tifo na Silésia⁴, concluiu sobre o predomínio das causas sociais, políticas e econômicas, mais atuantes do que as causas biológicas e físicas, analisando a epidemia como uma evidência do desajustamento social e cultural (PELLEGRINI FILHO; BUSS, 2011; BARATA, 1987).

“No Brasil, as políticas de saúde foram marcadas por três fases: a assistencialista (antes de 1930), a previdencialista (de 1930 a 1988) e a universalista (após a Constituição Federal de 1988), a qual atualmente vivenciamos” (OLIVEIRA; VOGT, 2010 apud SANTOS, 2017, p. 29).

O conceito de saúde é descrito na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), citado no art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No século XX, o conceito sobre as ciências da saúde começou a ser compreendido como essencialmente social. Mesmo com a definição mais ampla de saúde, na década de 50, houve destaque ao combate a doenças específicas, como a erradicação da varíola, com progresso em prevenção ou cura (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

³ Virchow foi um dos principais líderes do século XIX em Medicina e Patologia, além de ativista em saúde pública, reformador social, político e antropólogo (SCHULTZ, 2008).

⁴ Silésia é a região histórica europeia, dividida entre a Polônia, a República Checa e a Alemanha.

Vale evidenciar que, no Brasil, no século XX, ocorreram modificações na evolução das condições de saúde da população devido ao desenvolvimento acelerado dos processos de industrialização e urbanização, em decorrência do crescimento do mercado internacional, por meio de formas capitalistas de produção, trabalho e consumo (MOREIRA et al., 2018).

A expressão da urbanização via industrialização não deve ser tomada apenas pelo elevado número de pessoas que passaram a viver em cidades, mas sobretudo porque o desenvolvimento do capitalismo industrial provocou fortes transformações nos moldes da urbanização, no que se refere ao papel desempenhado pelas cidades, e na estrutura interna das cidades (SPOSITO, 1989, p. 50).

Após a década de 1960, ocorreu intenso êxodo rural, ocasionando 53% de crescimento da população urbana (CAIAFFA et al., 2008). Ainda nessa linha de raciocínio, Silva (1997, p. 21) alerta:

A urbanização gera enormes problemas, deteriora o ambiente urbano, provoca a desorganização social, com carência de habitação, desemprego, problemas de higiene e de saneamento básico. Modifica a utilização do solo e transforma a paisagem urbana.

Após o processo de urbanização, registraram-se no Brasil vastas áreas de concentração de pobreza com ocupação das periferias urbanas, traduzidas em segregação espacial ou ambiental, pilar das desigualdades sociais e sua promotora (MARICATO, 2003). Nesse sentido, Bessa e Silva (2018, p. 625) também esclarecem: “As transformações ocorridas nas cidades decorrentes do processo de industrialização acarretaram transformações significativas na reprodução social da força de trabalho e na ocupação do território das cidades”. Bessa e Silva (2018) complementam, ao citar Santos (2009), acerca do processo de urbanização acelerado no Brasil século XX, que sobressaiu a desigualdade social devido à má distribuição de renda, revelando os sinais do sistema capitalista expressos na ocorrência de espaços de exclusão social.

A urbanização e o crescimento das cidades geraram o acesso da população a vários benefícios, produzindo um impacto positivo em saúde; em contraposição, os aglomerados e a superlotação facilitaram o aparecimento de doenças, em especial as

contagiosas. Destacam-se estudos de John Snow⁵ acerca de abastecimento de água, drenagem de esgotos, além de aglomerações inerentes à pobreza. “Foi precisamente nesse período que se iniciou a percepção das condições de vida e ambiente como determinantes das condições de saúde e causas de enfermidades” (DE LA JARA; HIDALGO; HANSEN, 2011, p. 197). Nesse sentido, Ribeiro, Aguiar e Andrade (2018, p. 2) complementam:

[...] as iniquidades sociais ganharam relevância na agenda pública global, com destaque para a mobilização gerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para promover uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre as necessidades de saúde por eles geradas.

No que se refere à discussão, a OMS define que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças: tal definição de saúde, inscrita na constituição de 1948 da OMS, destaca a importância dos DSS (PELLEGRINI FILHO; BUSS, 2011).

No Brasil, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, segundo a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, entre outros que expressam a organização social e econômica do país.

A Constituição Federal de 1988 ressignificaria o papel do Estado brasileiro ao criar um arcabouço jurídico que institucionalizaria as políticas sociais. A seção específica denominada “Da ordem social” dispõe aspectos relativos à Seguridade Social em três áreas: assistência social, saúde e previdência social. Cada uma dessas políticas sociais passaria a ter a sua instrumentalidade definida em termos de financiamento, gestão e participação popular, via conselhos de políticas públicas (GRISOTTI; GELINSKI, 2010, p. 210).

O tema dos determinantes sociais teve enfoque na Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70, com o lema “Saúde para todos no ano 2000” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 80). No período de 1986 e 1997, foram realizadas cinco Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde; na primeira delas foi lançada a Carta de Ottawa, que ressalta, como condições para promover a saúde, o estabelecimento de

⁵ “John Snow (1813-1858) foi um brilhante médico inglês. Desde cedo ele se destacou por seu aguçado senso de observação, raciocínio lógico e perseverança, primeiro no campo da anestesia e depois na epidemiologia” (LORCA; VALDIVIA, 2007).

políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento das ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (PELLEGRINI FILHO; BUSS, 2011).

A importância dos DSS e a necessidade do combate às iniquidades em saúde advindas tiveram mais vigor com a criação da CSDH pela OMS em 2005, realçando sua relevância no combate às iniquidades em saúde (PELLEGRINI FILHO; BUSS, 2011).

Em seguida, na região das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em julho de 2005, convidou seus países-membros ao enfrentamento dos DSS. O Brasil então criou sua própria Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em março de 2006 (AKERMAN et al., 2011).

Cadernos de Saúde Pública (CSP) serviram de base para as discussões da 1ª Reunião da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), realizada em Brasília no dia 15 de março de 2006. É um documento de posição da CNDSS diante dos determinantes sociais da saúde no Brasil e as possibilidades de atuação sobre eles, especialmente pretendendo ao combate às iniquidades de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006, p. 83).

O documento apresenta os principais focos de atuação da CNDSS, conforme um trabalho em conjunto a diversos setores sociais, em especial, a comunidade científica, gestores/tomadores de decisão e o público em geral; reforça a importância de esforços do Estado e da sociedade civil para identificar onde há fragilidade ao impacto de políticas públicas, além de constante apoio político de vários segmentos da sociedade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006). Nesse contexto, é interessante mencionar também:

Na direção apontada pela OMS, ocorreram a Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde e a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável/ Rio + 20, ambas no Rio de Janeiro, Brasil, respectivamente em 2011 e 2012, em que os estados-membros se comprometeram a fortalecer os sistemas de saúde para que se ofereça acesso universal e equitativo à saúde (RIBEIRO; AGUIAR; ANDRADE, 2018, p. 2).

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007), no clássico modelo de Dahlgren e Whitehead, os DSS estão dispostos em diferentes níveis e os indivíduos estão no centro, desde um nível mais próximo, representado pelo Estilo de Vida dos indivíduos,

até um nível distal, representado pelas condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, onde se situam os macrodeterminantes, que influenciam todos os níveis (Figura 2).

Os indivíduos estão representados por idade, sexo e fatores hereditários que interferem diretamente neles, sobretudo em suas condições de saúde. O nível subsequente está representado pelos estilos de vida individuais, seguidos das redes sociais e comunitárias a que o indivíduo está exposto. Em sequência, condições de vida e de trabalho, alimentação e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, demonstram que as pessoas em desvantagem social correm um maior risco, devido a habitações mais precárias, condições de trabalho mais perigosas e pior acesso menor aos serviços (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 83-4).

Figura 2 – Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Pellegrini Filho (2011).

As políticas públicas de saúde devem ser amplas, abrangendo aspectos sociais, políticos e da participação social, e não somente estar restritas a um conceito limitado de saúde ou ao modo de organização dos serviços. Por conseguinte, a saúde deve ser compreendida como um direito social (PUCCINI; CECILIO, 2004).

O Vírus Zika era praticamente desconhecido até o atual surto, que mobilizou os agentes políticos nacionais e internacionais e capturou a atenção mundial. Essa atenção ocorreu devido a sua associação com infecções em grávidas, com aumento

anormal da incidência de microcefalia em recém-nascidos, além da associação com outras doenças, como a síndrome de Guillain-Barré, uma doença autoimune neurológica (NUNES; PIMENTA, 2016).

Cabe ressaltar que o desgaste das condições de vida nas cidades, a ineficácia do saneamento básico, a precariedade da coleta de lixo, a impropriedade do esgotamento sanitário, da higiene de espaços públicos e particulares são as principais causas dessa calamidade. Isso demonstra a fragilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Estado brasileiro para enfrentar tal epidemia, dificultando sincronização das ações. É necessária maior integração entre as esferas de governo. Nessa lógica, as intervenções urbanas precisam ser realizadas de forma contínua e sistemática. São necessárias ações a curto e médio prazo para o enfrentamento de epidemias, como estudos sobre a doença e produção de vacinas (REIS, 2016).

Até aqui, diante dos apontamentos mencionados, é possível verificar que o acesso diferenciado ao saneamento básico, aos serviços de saúde e ao teto salarial ocasiona as desigualdades entre as regiões do Brasil, o que gera, por consequência, discrepância acentuada no acesso a serviços e alimentação, podendo se manifestar em desigualdades em saúde (ASSIS et al., 2007).

A agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) para o Desenvolvimento Sustentável reconhece a relação entre o progresso social, econômico e ambiental: a abordagem ineficaz e a assistência às crianças que são portadoras da SCZ fomentam nos cuidadores, sobretudo mulheres, adolescentes e jovens, a interrupção do trabalho e/ou dos estudos, contribuindo para a perda de produtividade e também oportunidades, além do aumento da pobreza nas populações mais pobres. Esse cenário pode comprometer o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): “ODS 1 de erradicação da pobreza, do ODS 4 de educação de qualidade, do ODS 5 de igualdade de gênero, do ODS 8 de trabalho decente e crescimento econômico e do ODS 10 de redução das desigualdades” (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DAS SOCIEDADES DA CRUZ VERMELHA E DO CRESCENTE VERMELHO, 2017, p. 16).

A infecção do Zika mostrou-se como mais um indicador da desigualdade social existente no Brasil, acometendo a população mais pobre. O mosquito se prolifera em condições ambientais favoráveis e as doenças transmitidas afetam em maior proporção a classe mais pobre da população brasileira (LESSER; KITRON, 2016). Dessa forma, torna-se relevante a análise da evolução da epidemia.

2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO VÍRUS ZIKA – SÍNDROME CONGÊNITA DO VÍRUS ZIKA

Esta subseção tem como objetivo historiar a epidemia pelo Vírus Zika e a microcefalia no Brasil, no decorrer da discussão sobre o conceito de Síndrome Congênita do Vírus Zika.

Vários fatores facilitam a disseminação por vetores de doenças infecciosas humanas: a ação antrópica no meio ambiente, a urbanização, a globalização e as mudanças climáticas, justificando entrada de três arbovírus no Brasil: Febre do Oeste do Nilo (FNO), Zika (ZIKV) e Chikungunya (CHIKV) (LIMA-CAMARA, 2016). Encontram-se cinco tipos importantes de agentes infecciosos: bactérias, vírus, protozoários, helmintos e fungos (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2007).

Os vírus encontrados na natureza são denominados arbovírus e são transmitidos por artrópodes⁶. Parte de seu ciclo replicativo ocorre em insetos. São transmitidos aos seres humanos pela picada de artrópodes hematófagos (LOPES; NOZAWA, LINHARES, 2014). O Vírus Zika pertence à família *Flaviviridae* e gênero *Flavivirus*. É uma arbovirose transmitida por mosquitos do gênero *Aedes* (PINTO JUNIOR et al., 2015).

Os vírus precisam de uma célula hospedeira, pois não têm metabolismo para se reproduzir. Entende-se como infecção a penetração e o desenvolvimento ou a

⁶ “Os artrópodes, classificados no filo *Arthropoda*, são animais de corpo segmentado cujos segmentos se agrupam em unidades funcionais denominadas tagmas. [...] As pernas destes animais são articuladas e todo o corpo é coberto com uma cutícula rígida, conhecida como exoesqueleto [...]” (BRAVO; CALOR, 2016, p. 5).

multiplicação de um agente infeccioso no organismo do homem ou outro animal, enquanto doença ocorre se a função tecidual for afetada. Os medicamentos que interrompem as doenças virais são nocivos para as células hospedeiras, devido à utilização viral das enzimas metabólicas do hospedeiro para sua reprodução; em consequência, a maioria dessas doenças é tratada com sintomáticas, até que o sistema imunológico do hospedeiro controle e elimine o patógeno. Os genomas virais podem ser de DNA⁷ ou RNA⁸ (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2007).

O Vírus Zika foi descoberto no ano de 1947 na Floresta Zika, em Uganda, na África. Foi isolado após análises de sangue de macacos *Rhesus* sentinelas, utilizado para estudo do vírus da febre amarela. Até o século XX, foram detectados casos isolados em países da África e, no final da década de 70, na Indonésia, porém as infecções foram irrelevantes aos seres humanos. Os autores relatam que, a partir 2007, foram identificadas epidemias na Micronésia e em outras ilhas do Oceano Pacífico. No período de 2013 a 2015, a linhagem asiática do vírus causou novos surtos na Nova Caledônia e na Polinésia Francesa (CUGOLA et al., 2016). Em 2015, no Brasil, o Vírus Zika foi isolado em casos suspeitos de dengue, confirmando a circulação do vírus no país (PINTO JUNIOR et al., 2015).

Em 22 de outubro de 2015, neuropediatras do Recife (Pernambuco) alertaram sobre uma epidemia de microcefalia. A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco informou ao MS, além de solicitar apoio para complementar as investigações: um evento raro de importância para a saúde pública estadual (EICKMANN et al., 2016; BRASIL, 2015). Em 23 de outubro de 2015, o MS notificou a OMS, conforme fluxo do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), além de apoiar as investigações em Pernambuco e nos demais estados da Região Nordeste (BRASIL, 2015). No ES, em 7 de dezembro de 2015, foi publicado o Decreto nº 2155-s, de 4 de dezembro de 2015, em que o governo do estado também declarou situação de emergência (ESPÍRITO SANTO, 2015).

O MS, em 28 de novembro de 2015, admitiu a relação entre o aumento na prevalência de microcefalias e a infecção pelo Vírus Zika durante a gestação. No dia seguinte,

⁷ Ácido desoxirribonucleico (OKURA, 2002, p. 5)

⁸ Ácido ribonucleico (OKURA, 2002, p. 5)

mudou a classificação dessa ocorrência para potencial Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (BRASIL, 2015).

É importante considerar que, nos estados do Nordeste e, posteriormente, em outras regiões do país, ocorreu uma rápida dispersão do Vírus Zika, além do aumento de recém-nascidos com microcefalia, notificados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), com 141 casos suspeitos em novembro de 2015, em Pernambuco, e posteriormente em outros estados do Nordeste, além dos registros de abortos espontâneos e natimortos (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016). Por conseguinte, além do aumento importante na prevalência de microcefalia ao nascer, em 2015, conforme dados do SINASC, também foram constatadas evidências que apontam a relação entre a presença do Vírus Zika e o aumento da ocorrência de casos de microcefalia no Brasil (BRASIL, 2016a).

Os sinais e os sintomas, em comparação às outras doenças exantemáticas, como Dengue e Chikungunya, apresentam-se como um quadro exantemático mais intenso e hiperemia conjuntival. As alterações na contagem de leucócitos e plaquetas são irrelevantes. Estima-se que ocorram sintomas em menos de 20% das infecções humanas (BRASIL, 2016a).

Conforme mencionado na Introdução deste estudo, a relação causal foi feita pelo Instituto Evandro Chagas (IEC), do MS, que isolou o Vírus Zika do cérebro de um recém-nascido com microcefalia, além de outras malformações congênitas, que faleceu pouco tempo após o nascimento, no estado do Ceará. O vírus também foi detectado no Líquido Cefalorraquidiano (LCR) e nos fragmentos de várias vísceras (coração, pulmão, fígado, baço e rim) (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016). A principal hipótese causal foi a infecção por Vírus Zika durante gravidez, porém outras possíveis causas foram suspeitas: a vacinação (poderia ter caído a cobertura vacinal prevenida pela vacina tríplice viral ou tetra) e o uso de larvicidas (piriproxifeno) para controlar a procriação do mosquito *Aedes aegypti*. Essas possíveis causas foram descartadas (BRASIL, 2017c). Comprovou-se que os olhos, além do cérebro, também seriam acometidos pelo Vírus Zika em crianças com microcefalia e a presença de alterações oculares foram descritas em dez crianças com microcefalia durante a epidemia em Salvador, na Bahia (OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2016).

A microcefalia se caracteriza por circunferência cefálica menor que dois desvios-padrão abaixo da média para idade e sexo do indivíduo, segundo consenso mundial, porém o defeito básico pode ocorrer devido ao desenvolvimento inadequado do cérebro da criança durante a gestação ou devido à interrupção do crescimento após o parto. “Os recém-nascidos (RNs) com microcefalia correm o risco de atraso no desenvolvimento e incapacidade intelectual, podendo também desenvolver convulsões e incapacidades físicas, incluindo dificuldades auditivas e visuais” (BRASIL, 2017c, p. 10).

Destacam-se ainda as manifestações mais críticas da infecção Vírus Zika quando se apresentam no primeiro e no segundo trimestre da gravidez, podendo ocorrer desde a morte fetal até várias malformações congênitas, entre as quais “[...] pele redundante no escalpo e nuca (*cutis gyrata*), baixo peso ao nascimento, poli-hidrânio, anasarca, artrogripose, perda auditiva, assim como malformações oculares e no SNC [...]” (RIBEIRO et al., 2017, p. 317). Existe atualmente, baseado em revisão de estudos científicos, consenso de que o Vírus Zika, além da microcefalia, é causa de outras alterações neurológicas, constituindo a SCZ (BRASIL, 2017c).

Outro fator de destaque é que foram realizados vários estudos, iniciados a partir de 2015, após a constatação do aumento de casos de Defeitos Congênitos (DC) possivelmente relacionados ao Vírus Zika, na tentativa de investigar tal associação. O mais relevante dos estudos foi realizado por um grupo de especialistas (pediatras, geneticistas, biólogos, biomédicos etc.), coordenado pela Sociedade Brasileira de Genética Médica (SBGM), que compôs uma Força-Tarefa para o tema: foram realizados registros clínicos para identificar as principais alterações em recém-nascidos expostos ao Vírus Zika no período antenatal (FEITOSA; SCHULER-FACCINI; SANSEVERINO, 2016).

Na SCZ, observam-se várias alterações principalmente neurológicas, entre as quais citam-se “[...] desproporção craniofacial, espasticidade, convulsões, irritabilidade, disfunção do tronco encefálico, como problemas de deglutição, contraturas de membros, anormalidades auditivas e oculares” (BRASIL, 2017c).

Seguimento clínico em diferentes serviços de atenção médica dirigidos aos primeiros lactentes afetados tem mostrado a ocorrência de convulsões, disfagia, distúrbios respiratórios, de sono e comportamento, atraso de DNPM (principalmente, linguagem e motor), com diminuição gradual da hiperexcitabilidade e irritabilidade presentes no início da vida (FEITOSA; SCHULER-FACCINI; SANSEVERINO, 2016, p. 77).

Os achados de neuroimagem incluem, além de outros, calcificações difusas, dilatação ventricular, atrofia cortical, atrofia de tronco ou cerebelo e disgenesias do corpo caloso (EICKMANN et al., 2016).

Ao suspeitar-se de infecção pelo Vírus Zika, o diagnóstico é feito por confirmação de análises laboratoriais (RT-PCR: reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa em tempo real) e deve ser realizado dentro de cinco dias a partir do início dos sintomas, porque a viremia é limitada e a redução da carga viral no sangue materno é muito veloz após o início do exantema. A rápida positividade no soro e o acesso reduzido a testes foram as principais causas para o diagnóstico da doença durante o surto do Vírus Zika no Brasil. O RNA do Vírus Zika também pode ser detectado na urina com títulos mais altos e por maior tempo do que no sangue, em geral dentro de 20 dias do início dos sintomas. O Vírus Zika também foi detectado em saliva, sêmen e secreções cervicais e uterinas (PEREIRA et al., 2017).

O tratamento anti-histamínico pode ser prescrito na ocorrência de exantema. Não é recomendado o uso de ácido acetilsalicílico e outros anti-inflamatórios, devido ao risco de complicações hemorrágicas. Recomenda-se, para os casos sintomáticos, o uso de acetaminofeno ou dipirona (BRASIL, 2015). A assistência desses bebês deve ser realizada por equipe multidisciplinar compreendida de “[...] pediatra, neurologistas e profissionais de estimulação precoce, destacando fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo” (EICKMANN et al., 2016). Os autores citam a importância do apoio psicológico e do serviço social às famílias destacando: “Garantir essa assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) é o desafio do momento” (EICKMANN et al., 2016).

A epidemia do Vírus Zika levou a consequências danosas ao ser humano, necessitando assim de revisão de políticas públicas e controle da infestação do *Aedes* com objetivo de evitar ocorrência das arboviroses. Essa calamidade sanitária é

multifatorial (REIS, 2016). Na próxima subseção, mencionam-se as políticas e as ações adotadas para seu enfrentamento, com destaque ao protocolo do estado do ES.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS À EPIDEMIA DO VÍRUS ZIKA NO ESPÍRITO SANTO EM 2016

Esta subseção trata das políticas públicas de saúde na epidemia brasileira do Vírus Zika, com ênfase nas mulheres grávidas de fetos diagnosticados com microcefalia e naquelas com filhos nascidos com microcefalia ou/e outras alterações neurológicas, decorrentes do mesmo vírus. Destacam-se as políticas públicas de saúde para o enfrentamento dessa epidemia, como o Protocolo de Assistência a essa população do estado do Espírito Santo.

A infecção por Vírus Zika teve grande impacto nas gestantes e nos recém-nascidos, reverberando como questão de saúde pública. As intervenções de pesquisadores de diferentes formações acadêmicas propiciam investigações mais abrangentes e multidisciplinares com vista às futuras ameaças epidêmicas no Brasil e na América Latina. Trata-se de uma doença pouco conhecida, que tem associação à malformação neurológica congênita, em especial, a microcefalia. Além da dificuldade em controlar o vetor que transmite o vírus e da rapidez com que o vírus se propagou no Brasil e em outros países, foi considerada emergencial para os órgãos de saúde nacional e internacional. Mediante esse contexto, deve-se considerar a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios básicos que preveem a descentralização dos equipamentos de saúde entre as esferas de governo (BRASIL, 2016b).

Essa epidemia revelou significados acerca da doença, destacando tensões, contradições e desigualdades das políticas de saúde no Brasil. Evidenciou problemas mais abrangentes, como os atuais limites da saúde global. O controle das doenças, dos determinantes sociais e econômicos, de classe e de gênero demonstram dinâmicas internacionais. A epidemia também desafiou o meio científico, com ênfase

para a forma de transmissão da doença e a relação entre o vírus e as complicações neurológicas, ao mobilizar diversos segmentos políticos e sociais.

A partir do debate sobre os determinantes e as condições sociais, econômicas e políticas que geram e perpetuam a propagação do vetor e do vírus, a Zika foi também enquadrada como “doença negligenciada” ou “da pobreza” (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 31, grifos dos autores).

Devido à epidemia do Vírus Zika em 2016, no Brasil, o MS publicou vários protocolos e diretrizes direcionados à microcefalia (BRASIL, 2016b, p. 56-57):

- Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika: tem por objetivo prover a profissionais de saúde e áreas técnicas de vigilância em saúde informações gerais, orientações técnicas e diretrizes relacionadas às ações de vigilância das microcefalias em todo território nacional.
- Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika: visa nortear os profissionais de atenção à saúde por meio de orientações e diretrizes de prevenção da infecção pelo vírus Zika para a população em geral, com foco em mulheres em idade fértil e gestantes, para atenção no pré-natal, no parto e no nascimento e para assistência aos nascidos com microcefalia em todo o território nacional.
- Diretrizes de Estimulação Precoce – Crianças de zero a três anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia: têm por objetivo ajudar os profissionais de atenção à saúde no trabalho de estimulação precoce às crianças de zero a três anos de idade com microcefalia e, portanto, com alterações ou potenciais alterações no desenvolvimento psicomotor e em seus efeitos relacionais e sociais. Síndrome de Guillain-Barré (BRASIL, 2016b, p. 56-7).

O estado do ES publicou seu protocolo de assistência intitulado *Protocolo de assistência a gestantes com suspeita de Zika Vírus e bebês com microcefalia 2015-2016*, elaborado a partir de reuniões dos profissionais e colaboradores da SESA-ES, com objetivo geral de *Monitorar gestantes suspeitas de infecção pelo Vírus Zika e fetos, nascidos vivos e natimortos com microcefalia* (ESPÍRITO SANTO, 2016).

A SESA-ES sugeriu esse protocolo e enfatizou que, devido ao evento inusitado, o Protocolo pode sofrer contínua atualização. O documento reforça a necessidade do empenho nacional no combate ao mosquito *Aedes aegypti* e que o sucesso dessa medida demanda ação integrada entre as esferas de governo e a sociedade (ESPÍRITO SANTO, 2016). O Protocolo apresentou como objetivos específicos:

- Intensificar as ações de prevenção e controle do ZikaV.

- Promover assistência adequada aos pacientes, garantindo acesso ao atendimento, bem como o diagnóstico e manejo clínico adequado por profissionais de saúde capacitados, identificando-se e corrigindo-se possíveis falhas em todos os níveis de assistência.
- Detectar, o mais precoce possível, os casos suspeitos através da ampliação do acesso a Atenção Primária à saúde, com garantia de retorno para reavaliação.
- Organizar fluxo de atendimento.
- Aprimorar e dar continuidade ao trabalho executado pela vigilância epidemiológica garantindo a notificação e investigação oportuna dos casos.
- Realizar capacitação dos profissionais de saúde para o manejo adequado do agravo conforme protocolo com orientações mais recentes do MS, em todos os pontos de atenção da rede.
- Fortalecer a articulação entre as áreas e serviços envolvidos no enfrentamento da Zika, além da articulação intersetorial (ESPÍRITO SANTO, 2016, p. 12-3).

Destaca-se, no documento, que, no fluxo de atendimento, o 1º atendimento à criança após a alta hospitalar, será realizado pelo pediatra referência do município, que deve verificar se a criança possui todos os exames e a notificação do caso suspeito. O recém-nascido será encaminhado para ambulatório com neuropediatra em serviço de referência (HINSG), mediante confirmação da suspeita. O agendamento da consulta será por meio do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância (CIEVS/ES) após a notificação do caso. O neuropediatra encaminhará o recém-nascido para avaliação e controle por outros profissionais de acordo com a necessidade (ESPÍRITO SANTO, 2016).

O MS elaborou diretrizes de Estimulação Precoce, com objetivo de oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado de crianças na faixa etária entre zero e três anos. Constituem ações de estimulação precoce do desenvolvimento neuropsicomotor, principalmente em casos de alterações decorrentes da SCZ (BRASIL, 2016c).

O protocolo do estado do ES orienta que as crianças devem ser encaminhadas, além da puericultura, para estimulação precoce em serviço de reabilitação, tais como:

[...] Centro Especializado de Reabilitação e Centro de Reabilitação em Medicina Física, Centro de Reabilitação Física – nível intermediário CREFES, APAE e fisioterapeuta, fonoaudiólogo ou terapeuta ocupacional do NASF ou vinculados às equipes da atenção básica (ESPÍRITO SANTO, 2016, p. 43).

Justifica-se o documento devido à gravidade da doença para fetos durante a gestação, de proporções ainda desconhecidas com enfoque na necessidade de que os “[...] serviços de saúde se preparem para triar, diagnosticar, acompanhar e reabilitar os pacientes vítima de tal agravo” (ESPÍRITO SANTO, 2016, p.12). Nesse contexto, consta Articulação das Ações entre o SUS e Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A partir de articulação e integração das ações da Rede de Atenção à Saúde do SUS, da rede do SUAS e das demais políticas e órgãos setoriais, o governo federal lançou, em 15 de março de 2016, a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social às Crianças com Microcefalia, que teve papel primordial para a promoção e a garantia da integralidade da atenção à saúde e da proteção social a essas crianças e suas famílias, além da garantia do seu direito de viver com dignidade (BRASIL, 2016c).

O Estado encampou, mediante a Constituição Federal de 1988, em decorrência à Seguridade Social, as políticas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, sendo que

A política pública da assistência social e do sistema de proteção social foi regulamentada pela Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993, conhecida como Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Essa Lei criou o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), um sistema público que organiza, de forma descentralizada, os serviços assistenciais no Brasil. A partir da formulação dessa política, a intersetorialidade faz-se presente nesses serviços (SILVA, 2014, p. 40).

As equipes de saúde deverão atentar para o encaminhamento da criança com a SCZ para acompanhamento nos serviços de assistência social, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) que irão identificar barreiras e construir alternativas para superar as situações que dificultam o acesso e o acompanhamento no processo de estimulação precoce e outros cuidados de saúde dessas crianças, além de orientar as famílias quanto aos benefícios assistenciais e sobre a possibilidade de requerer o Benefício de Prestação Continuada (BPC), quando atenderem aos critérios estabelecidos (BRASIL, 2016c). No decorrer da discussão sobre esse conceito, destaca-se:

“O programa é um exemplo de ações articuladas entre os seguintes setores: educação e seguridade social: assistência social, saúde e previdência social” (SILVA, 2014, p. 122).

Neste sentido, a Portaria Interministerial nº 1.205/2011 esclarece:

Os Benefícios Assistenciais integram a política de assistência social e se configuram como direito do cidadão e dever do Estado. São prestados de forma articulada às seguranças afiançadas pela Política de Assistência Social, por meio da inclusão dos beneficiários e de suas famílias nos serviços socioassistenciais e de outras políticas setoriais, ampliando a proteção social e promovendo a superação das situações de vulnerabilidade e risco social (CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2019, p. 22).

O benefício foi instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742, de 7 de setembro de 1993, e nomeado como BPC. É um benefício da política da assistência social, que era administrado no âmbito do Ministério de Desenvolvimento Social⁹ (MDS), operacionalizado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Foi introduzido na Constituição Federal de 1988 (art. 203) (PEREIRA et al., 2017).

Esse benefício pode ser indicado para as crianças com a Síndrome Congênita do Vírus Zika, cuja família se enquadre nos pré-requisitos: ficar comprovado que a família tenha renda familiar *per capita* inferior a um quarto de salário mínimo. Também é necessária a realização de uma avaliação médica e social completa, considerando a deficiência não só como alterações nas funções e nas estruturas do corpo, mas também os fatores ambientais, sociais e pessoais envolvidos, impactando na limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social (BRASIL, 2016c).

As políticas públicas, de forma articulada e complementar, objetivam atender as multifatoriais e complexas necessidades sociais da população. Em sequência, na próxima seção, apresentamos os *Resultados e Discussão* acerca da relação entre a epidemia e os DSS no Espírito Santo, no ano de 2016.

⁹ Atual Ministério da Cidadania.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, abordam-se os dados epidemiológicos nacionais e do estado do Espírito Santo, seguidos da apresentação de resultados das entrevistas e dos prontuários.

Em 2016, foram registrados, pelo MS no Boletim Epidemiológico até a semana epidemiológica 49¹⁰ em 2.280 municípios, 211.770 (taxa de incidência de 103,6 casos/100 mil hab.) casos prováveis de febre pelo Vírus Zika (Tabela 1), sendo confirmados 126.395 (59,7%) casos. Esse Boletim ainda informou que foram registrados 16.864 casos prováveis em gestantes, sendo 10.769 confirmados em 2016, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-NET). No estado do ES, em 2016, foram registrados 2.321 (taxa de incidência de 59.1 casos/100 mil hab.) casos prováveis de febre pelo Vírus Zika, até a semana epidemiológica 49 (Tabela 1) (MONITORAMENTO..., 2016).

Tabela 1¹¹ – Número de casos prováveis e incidência de febre pelo Vírus Zika, por região e Unidade da Federação, até a Semana Epidemiológica 49, Brasil, 2016

(Continua)

Região/Unidade da Federação	Casos (n)	Incidência (/100 mil hab.)
Norte	12.749	73
Rondônia	982	55,5
Acre	79	9,8
Amazonas	4.561	115,8
Roraima	158	31,2
Pará	4.291	52,5
Amapá	410	53,5
Tocantins	2.268	149,7
Nordeste	75.733	133,9
Maranhão	4.376	63,4
Piauí	234	7,3
Ceará	4.087	45,9
Rio Grande do Norte	3.950	114,8
Paraíba	4.199	105,7
Pernambuco	381	4,1
Alagoas	6.883	206
Sergipe	295	13,2
Bahia	51.328	337,6

¹⁰ Semana Epidemiológica 49: de 4 de dezembro de 2016 a 10 de dezembro de 2016.

¹¹ A fonte dos dados incluídos nas tabelas elaboradas pela autora é proveniente do formulário semiestruturado aplicado em entrevista com o cuidador e dados dos prontuários, exceto nas Tabelas 1, 9, 10, 11 e 12.

Tabela 1– Número de casos prováveis e incidência de febre pelo Vírus Zika, por região e Unidade da Federação, até a Semana Epidemiológica 49, Brasil, 2011 (Conclusão)

Região/Unidade da Federação	Casos (n)	Incidência (/100 mil hab.)
Sudeste	90.625	105,7
Minas Gerais	15.211	72,9
Espírito Santo	2.321	59,1
Rio de Janeiro	67.481	407,7
São Paulo	5.612	12,6
Sul	956	3,3
Paraná	685	6,1
Santa Catarina	90	1,3
Rio Grande do Sul	181	1,6
Centro-Oeste	31.707	205,3
Mato Grosso do Sul	1.640	61,9
Mato Grosso	21.879	670,0
Goiás	7.837	118,6
Distrito Federal	351	12,0
Brasil	211.770	103,6

Fonte: Monitoramento... (2016, p. 5).

No estado do ES, os casos notificados de Vírus Zika até 7 de janeiro de 2016, publicados no *Protocolo de assistência a gestantes com suspeita de Zika Vírus e bebês com microcefalia 2015-2016*, totalizaram 1075 ocorrências, das quais 10 com confirmação laboratorial.

A SESA-ES publicou, em 12 de janeiro de 2017, que foram notificados no ES, entre 3 de janeiro e 31 de dezembro de 2016, 2.945 casos de Zika no estado. Sobre os casos de microcefalia, a Secretaria de Estado da Saúde publicou que, entre 22 de novembro de 2015 e 31 de dezembro de 2016, foram notificados no ES 265 casos de microcefalia em bebês nascidos vivos, natimortos ou em gestação, dos quais 98 permaneceram em investigação, 122 foram descartados e 45 foram confirmados para microcefalia (Figura 3). A SESA-ES ainda ressaltou, em sua publicação, que todos os casos estão sendo investigados e que a microcefalia pode ser causada por vários agentes infecciosos além do Vírus Zika, como TORCHS (SESA..., 2017).

Figura 3 – Dados sobre microcefalia

Nº	Casos notificados de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central, sugestivos de infecção congênita, em fetos, abortamentos, natimortos ou recém-nascidos		
	Permanecem em investigação	Investigados e confirmados*	Investigados e descartados**
265	98	45	122

*Apresentam alterações típicas, indicativas de infecção congênita, com calcificações intracranianas, dilatação dos ventrículos cerebrais ou alterações de fossa posterior entre outros sinais clínicos observados por qualquer método de imagem ou identificação do vírus Zika em testes laboratoriais.

**Descartados por apresentar exames normais, por apresentar microcefalia e/ou malformações congênicas por causas não infecciosas ou por não se enquadrar nas definições de casos.

Fonte: Adaptado de SESA... (2017).

Os resultados desta pesquisa estão apresentados conforme Eixos do formulário semiestruturado (EIXO 1 – Dados do Cuidador; EIXO 2 – Dados sociodemográficos e Dados da criança¹²; EIXO 3 – Avaliação dos Determinantes Sociais da Saúde; EIXO 4 – Serviços ofertados pelo poder público), seguidos da análise dos prontuários e categorizados em forma de tabelas, acompanhados de inferência, neste estudo qualitativo, como forma de fundamentação teórica e posterior análise.

Conforme citado na Introdução, identificam-se as seis crianças por pseudônimos expressos em letras do Alfabeto: A, B, C, D, E, F e os cuidadores, por números 1, 2, 3, 4, 5, 6.

3.1 EIXO DADOS DO CUIDADOR

Foram categorias de estudo referentes ao *Eixo dados do cuidador*¹³: parentesco, endereço, renda familiar mensal, gasto mensal médio no tratamento, realização do pré-natal, momento do conhecimento do diagnóstico (pré-natal ou após o nascimento).

¹² Para melhor apresentação dos dados, os Dados Sociodemográficos e Dados da Criança são apresentados em conjunto, neste estudo.

¹³ Cuidador entrevistado.

Tabela 2 – Bairro

Criança	Parentesco do cuidador entrevistado	Bairro onde reside o cuidador	Município
A	Mãe	Alto Coramara	Cachoeiro de Itapemirim
B	mãe	Campo Grande	Cariacica
C	pai	Shell	Linhares
D	mãe	Vale Encantado	Vila Velha
E	mãe	Maruípe	Vitória
F	mãe	Dom Bosco	Cariacica

Fonte: Elaboração da autora.

Foi publicado em 29 de dezembro de 2016 que nos municípios Alto Rio Novo, Aracruz, Barra de São Francisco, Cachoeiro de Itapemirim, Cariacica, Castelo, Colatina, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Iconha, Irupi, Itaguaçu, Itarana, Lúna, Mantenópolis, Marataízes, Marechal Floriano, Mucurici, Muniz Freire, Nova Venécia, Pinheiros, Presidente Kennedy, Santa Teresa, São José do Calçado, Serra, Sooretama, Viana, Vila Velha e Vitória ocorreram casos de Zika confirmados (SESA..., 2016).

Tabela 3 – Renda e gasto mensal

Renda	Cuidadores
< que R\$ 954,00 ¹⁴	01
> que R\$ 954,00	04 ¹⁵
> que R\$ 1908,00 ¹⁶	01
Total	06
Gasto mensal no tratamento	
até 200 reais	02
de 300 a 400 reais	02
maior que 400 reais	02
Total	06

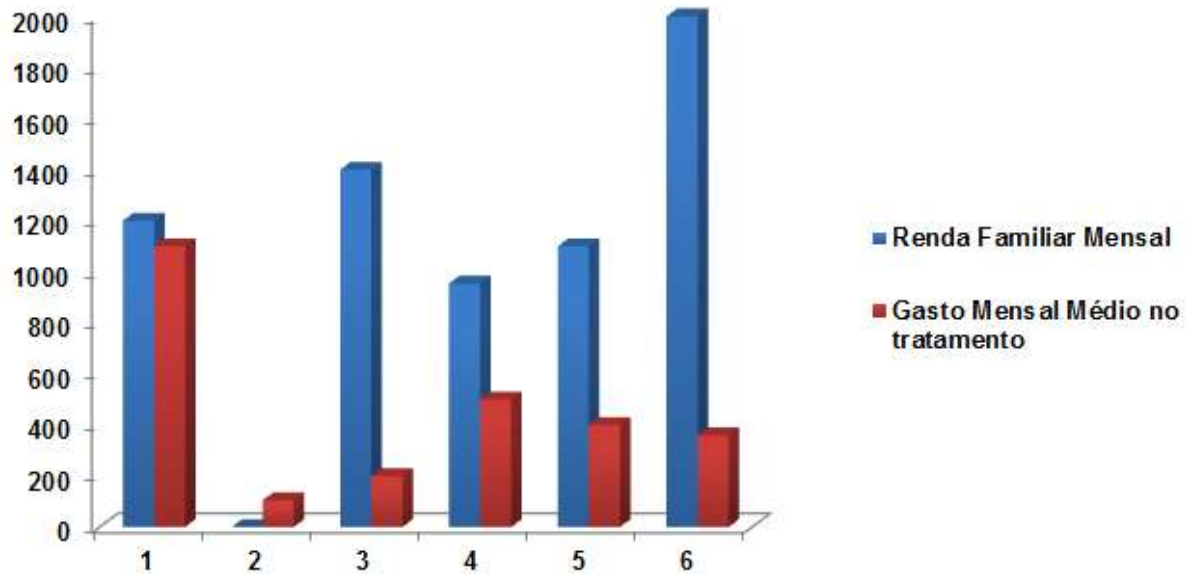
Fonte: Elaboração da autora.

¹⁴ Valor referente a 01 salário mínimo em 2018.

¹⁵ Um dos cuidadores cita como única Fonte de Renda o BPC e outros 02 cuidadores recebem o BPC, incluídos na Renda de 1.400,00 e 1.100,00 Reais respectivamente.

¹⁶ Valor referente a dois salários mínimos em 2018.

Gráfico 1 – Renda Mensal X Gasto Mensal no tratamento



Fonte: Elaboração da autora.

Em análise do *Eixo dados do cuidador*, observamos que, em relação ao local de moradia em bairros menos favorecidos (Tabela 2), há baixíssima renda familiar mensal, muito próxima ao gasto mensal médio no tratamento, em um caso; em outro caso o BPC¹⁷ é citado como a única fonte de renda e, em outros dois casos, o BPC está inserido na Renda Familiar Mensal (Gráfico 1). Todos os participantes fizeram o pré-natal com acesso ao serviço de saúde integralmente pelo SUS. Elucidam a relação entre a epidemia do Vírus Zika e a vulnerabilidade social no ES, em concordância com o Modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 2).

As desigualdades em saúde entre grupos e indivíduos são características marcantes da situação de saúde do Brasil, segundo a definição de Margareth Whitehead, e são evitáveis (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006). No que se refere à discussão acerca das desigualdades,

[...] a epidemia de Zika mostra uma vez mais como a agenda da saúde global negligencia a diversidade de experiências e as múltiplas reproduções de desigualdades, contribuindo para perpetuar, há décadas, iniquidades relacionadas a gênero, raça e classe social — entre outras categorias fundamentais para uma compreensão plena da saúde e da doença (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 41).

¹⁷ BPC em 2018, quando foi realizada entrevista, correspondia 954,00 Reais (Salário Mínimo).

Infere-se do *Eixo dados do cuidador* que quatro das gestantes entrevistadas souberam do diagnóstico após o nascimento da criança (Tabela 4), identificando-se que a maioria das infecções pelo Zika foi assintomática durante o pré-natal. “De modo geral, estima-se que apenas 20% — 2 em cada 10 — das pessoas infectadas com o Vírus Zika ficarão doentes, sendo a infecção assintomática mais frequente” (BRASIL, 2015, p. 19).

As infecções, em sua maioria, são assintomáticas (80%), e quando sintomáticas, são comumente caracterizadas por um quadro autolimitado de *rash* maculopapular, febre baixa, cefaleia, artralgias e conjuntivite não purulenta, com regressão dos sintomas geralmente em dois a sete dias (RIBEIRO et al., 2017).

Tabela 4 – Período de conhecimento do diagnóstico

Pré-natal	Cuidadores
Diagnóstico	
Durante o pré-natal	02
Pós Nascimento	04
Total	06

Fonte: Elaboração da autora.

3.2 EIXO DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DADOS DA CRIANÇA

Foram categorias de estudo referentes ao *Eixo Dados sociodemográficos e Dados da criança*:

- Dados sociodemográficos do cuidador: sexo, raça/cor, idade, escolaridade, estado civil, profissão, ocupação profissional.
- Dados da criança: idade, sexo, microcefalia e cuidador da criança.

Tabela 5 – Sexo; Raça/cor; idade; Escolaridade; Estado civil (do cuidador entrevistado)

Sexo	Cuidadores
Feminino	05
Masculino	01
Total	06
Cor	
Preta	04
Parda	01
Branca	01
Total	06
Idade	
20 a 30 anos	01
30 a 40 anos	03
40 a 50 anos	02
Total	06
Escolaridade	
Ensino médio incompleto	03
Ensino médio completo	02
Ensino superior completo	01
Total	06
Estado civil	
Casada/União Estável	04
Outro (Separada pós nascimento da criança)	02
Total	06

Fonte: Elaboração da autora.

Tabela 6 – Profissão (do cuidador entrevistado)

Cuidador	Profissão
1	Estoquista
2	Serviços Gerais
3	Pedreiro
4	Operadora de caixa
5	Balconista
6	<i>Designer de Interiores</i>

Fonte: Elaboração da autora.

Tabela 7 – Idade, Sexo, Microcefalia, Cuidador da criança

Criança	Sexo	Idade no momento da entrevista	Microcefalia	Cuidador
A	Feminino	01 ano de 07 meses	Sim	Mãe
B	Feminino	01 ano e 05 meses	Sim	Mãe
C	Masculino	02 anos	Sim	Pai e Mãe
D	Feminino	01 ano e 10 meses	Sim	Mãe
E	Masculino	01 ano e 07 meses	Sim	Pai e Mãe
F	Masculino	02 anos	Não	Mãe

Fonte: Elaboração da autora.

O *Eixo dados sociodemográficos e dados da criança* em relação ao cuidador entrevistado demonstra que as seis crianças contam com a presença das mães em seus cuidados e, em dois casos, o casal (Tabela 7); dos cuidadores entrevistados cinco são pretos e pardos e, entre eles, há quatro pretos (Tabela 5). Não possuem curso superior completo, com exceção de um cuidador entrevistado (Tabela 5). Todos os cuidadores possuíam ocupação (Tabela 6), porém todos não mais trabalham.

Torna-se relevante a caracterização dos participantes conforme entrevistas:

a) A Criança A

A mãe forneceu a entrevista. Idade 30 anos, de etnia negra, reside em Cachoeiro de Itapemirim. É casada, possui ensino médio completo, é estoquista e não trabalha. Possui renda familiar mensal R\$ 1.200,00 e gasto mensal médio no tratamento R\$ 1.100,00. Fez o pré-natal pelo SUS e conheceu o diagnóstico após o nascimento da criança. Considera como bons: a qualidade da moradia, o transporte e o saneamento básico (rede de esgoto). A caixa d'água é fechada com bom tratamento e a coleta de lixo ocorre três vezes por semana. Recebe visita do agente de saúde e não soube informar sobre o comprometimento da vizinhança (cuidados com meio ambiente).

Como seguimento do recém-nascido: acompanhamento no Centro de Referência de Neuropediatria; fisioterapia e fonoaudiologia na Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE). Continua em seguimento: acompanhamento no Centro de

Referência de Neuropediatria; fisioterapia e fonoaudiologia na APAE; fisioterapia respiratória e hidroterapia no Centro Municipal de Reabilitação Física (CEMURF). Observações: informa ainda que não conseguiu BPC, pois o seu esposo trabalha.

b) A Criança B

A mãe forneceu a entrevista. Idade 37 anos, de etnia negra, reside em Cariacica. É solteira e foi abandonada pelo parceiro há cinco meses antes da entrevista; possui ensino médio completo, trabalhava com serviços gerais e no momento não trabalha. Não possui renda familiar e sobrevive de doações. O gasto mensal médio no tratamento é de R\$ 105,00 reais e leite doado. Fez o pré-natal pelo SUS e conheceu o diagnóstico após o nascimento da criança. Considera como boa a qualidade da moradia, do transporte e do saneamento básico (rede de esgoto). A caixa d'água é fechada com bom tratamento e há coleta de lixo três vezes por semana. Não recebe visita do agente de saúde e acredita que não houve comprometimento da vizinhança (cuidados com meio ambiente), pois adquiriu a doença.

Como seguimento do recém-nascido: acompanhamento no Centro de Referência de Neuropediatria; controle da criança com a cardiologista e APAE. Continua em seguimento: acompanhamento no Centro de Referência de Neuropediatria; acompanhamento da criança com a cardiologista e APAE. Observações: Refere que o ex-parceiro também está desempregado. Tem outros três filhos que são saudáveis. Informa que vai receber o BPC.

c) A Criança C

O pai forneceu a entrevista. Idade 37 anos, etnia negra, reside em Linhares. Convive em união estável, possui ensino médio incompleto, trabalhava como pedreiro e não trabalha no momento. Possui renda familiar mensal 1.400,00 reais. O gasto mensal médio no tratamento é de R\$ 150,00 a 200,00 reais. Refere que sua parceira fez o pré-natal pelo SUS e conheceu o diagnóstico após o nascimento da criança. Considera boa a qualidade da moradia e do transporte, porém o saneamento básico (rede de esgoto) é malcuidado, pois a rede de esgoto vai diretamente à lagoa. Fez

opção de não ter caixa d' água, utiliza água diretamente da rede e considera que a água é bem tratada e a coleta de lixo é diária.

Recebe visita eventual do agente de saúde e acredita que não houve comprometimento da vizinhança (descuidos com meio ambiente), pois refere que há quintais com lixo na vizinhança, além do fundo da lagoa estar com lixo acumulado. Informa como seguimento do recém-nascido: acompanhamento no Centro de Referência de Neuropediatria; fonoaudiologia, fisioterapia, estimulação visual, fornecimento de leite e medicamentos do Pestalozzi; que continua em seguimento: acompanhamento no Centro de Referência de Neuropediatria; fonoaudiologia, fisioterapia, estimulação visual, fornecimento de leite e medicamentos do Pestalozzi. Recebe BPC há dois anos, desde o nascimento da criança. Observações: recebe Bolsa Família há seis anos e tem outros três filhos saudáveis.

d) A Criança D

A mãe forneceu a entrevista. Idade 40 anos, parda, reside em Vila Velha. É separada após o nascimento da criança. Possui ensino médio completo, trabalhava como operadora de caixa e não trabalha no momento. A renda familiar mensal é do valor do BPC, que equivale a R\$ 954,00. O gasto mensal médio no tratamento é de R\$ 500,00 reais. Refere que fez o pré-natal pelo SUS e conheceu o diagnóstico após o nascimento da criança. Considera regular a qualidade da moradia, considera péssimo o transporte coletivo (ônibus) e tem bom saneamento básico (rede de esgoto). A caixa d' água é fechada com bom tratamento e a coleta de lixo ocorre três vezes por semana. Recebe visita do agente de saúde e acredita que houve o comprometimento da vizinhança (cuidados com meio ambiente).

Informa como seguimento do recém-nascido: acompanhamento no Centro de Referência de Neuropediatria; APAE. Continua em seguimento: acompanhamento no Centro de Referência de Neuropediatria e APAE. Recebe BPC; cesta básica do CRAS por duas vezes e informou que foi suspenso. Observações: declara que é ex-usuária de crack e paga R\$ 300,00 reais de aluguel por mês. Separou do parceiro após o nascimento da criança, pois houve rejeição dele à criança e que a igreja católica fornece cesta básica todo mês.

e) A Criança E

A mãe forneceu a entrevista. Idade 40 anos, etnia negra e residia no município de Vitória, em 2016. Convive em união estável, estava grávida por ocasião da entrevista. Possui ensino médio incompleto, trabalhava como balconista e no momento não trabalha. Possui renda familiar mensal R\$ 1.100,00 reais. O gasto mensal médio no tratamento é de R\$ 400,00 reais. Fez o pré-natal pelo SUS e, no 7º mês de gestação, mediante exame realizado no Posto de Saúde, conheceu o diagnóstico da existência da microcefalia e três calcificações cerebrais através das Ultrassonografias (USG) realizadas no HIMABA. Refere que apresentou sintomas durante a gestação: exantema no 3º mês, dores e inchaço nas articulações. O parceiro também apresentou sintomas, porém o diagnóstico foi dengue. Considera como bons a qualidade da moradia, o transporte e o saneamento básico (rede de esgoto). A caixa d'água é fechada com bom tratamento e a coleta de lixo é diária. Informa que recebe visita do agente de saúde e acredita que não houve o comprometimento da vizinhança (cuidados com meio ambiente).

Refere como seguimento do recém-nascido: acompanhamento no Centro de Referência de Neuropediatria; APAE e continua em seguimento: acompanhamento no Centro de Referência de Neuropediatria e APAE. Informou que recebeu acompanhamento no pré-natal de alto risco, recebe BPC e por quatro meses auxílio com leite pelo CRAS. Observações: refere existência de terreno baldio próximo à moradia que tinha barraco abandonado com moradores de rua.

f) A Criança F

A mãe forneceu a entrevista. Idade 28 anos, etnia branca e reside em Cariacica. É casada. Possui curso superior completo: *Designer* de Interiores; não trabalha atualmente. Possui renda familiar mensal R\$ 2.000,00 reais. O gasto mensal médio no tratamento é de R\$ 350,00 reais. Fez o pré-natal pelo SUS quando conheceu o diagnóstico, apresentou sintomas durante o 6º mês de gestação: exantema e dores articulares. Refere que a vizinha apresentou Zika antes dela. Considera ruim a qualidade da moradia, pois o quintal tem plantas e capim, informa ser péssimo o transporte, pois o ônibus demora 40 minutos para passar e é bom o saneamento

básico (rede de esgoto). A caixa d'água é fechada com bom tratamento e a coleta de lixo ocorre três vezes por semana. Informa que recebe visita do agente de saúde uma vez ao ano e acredita que houve o comprometimento da vizinhança (cuidados com meio ambiente). Refere como seguimento do recém-nascido: acompanhamento no Centro de Referência de Neuropediatria e APAE. Continua como seguimento: acompanhamento no Centro de Referência de Neuropediatria e APAE. Observações: Refere que não recebe o BPC.

Em especial, na Região Nordeste do Brasil, onde inicialmente ocorreu o aumento dos casos registrados de microcefalia, a epidemia do Zika demonstra que outros fatores poderiam estar envolvidos, como os ambientais, socioeconômicos ou biológicos, nesta infecção (BUTLER, 2016).

A maioria das mães de bebês, acometidos pelo Vírus Zika, reside na Região Nordeste. São pobres, vulneráveis e desassistidas, em péssimas condições de saneamento e moradia, onde a distribuição de água é irregular, motivando a estocagem e assim causando a proliferação do mosquito, além de pouco acesso a serviços de saúde (PITANGUY, 2016).

Nessa mesma perspectiva, vale destacar que o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (IFRC) (2017, p. 53) explicam:

O Zika está afetando grupos e mulheres de baixa renda de forma desproporcional. Vários impactos sociais de longo prazo foram descritos pelas pessoas, trabalhadores de saúde da linha de frente e famílias afetadas pela microcefalia.

Correia (2018, p. 17) afirma que:

A cor da pele, o acesso aos bens e serviços, o nível de escolaridade e o estilo de vida são alguns formadores das classes sociais presentes na sociedade capitalista contemporânea. As pessoas que estão numa posição socioeconômica desfavorecida, estão relativamente sujeitas a situações de vulnerabilidade social. Problemas estruturais de saneamento básico, moradia e desigualdades sociais, falta de acesso à atenção básica em educação e saúde são alguns elementos que estabelecem uma relação multicausal no processo de adoecimento e favorecem a criação e manutenção de vetores

como o *Aedes Aegypti*, que atualmente, segundo o Ministério da Saúde (2016), dissemina doenças endêmicas como dengue, *Vírus Zika*, febre amarela e *chikungunya*.

É primordial tratar das questões referentes às desigualdades sociais para que os gestores possam otimizar utilização dos serviços de saúde para os grupos mais vulneráveis. Isso engloba programas de bem-estar social e planejamento fiscal para atenuar o impacto do Zika, programas de proteção social, promoção da saúde e direitos sexuais e reprodutivos mais adequados, além de gastos mais efetivos na saúde (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DAS SOCIEDADES DA CRUZ VERMELHA E DO CRESCENTE VERMELHO, 2017).

Destacamos que todos os cuidadores que participaram deste estudo não mais trabalham. Infere-se que essa realidade é dramática, conforme ressaltam Rego e Palácios (2016, p. 433-434, grifo do autor): “As mães terão que parar de trabalhar porque não existem instituições adequadas para receber as crianças (por exemplo, hospitais-dia como serviço apropriado de creche)”. Os autores complementam:

As crianças provavelmente vão ficar em casa ou ‘serem olhadas’ por vizinhos ou irmãos mais velhos, porque os pais não podem deixar seu trabalho sem reduzir severamente os seus próprios padrões de vida. Não temos infraestrutura para acomodar estas crianças e suas famílias, para lhes garantir a sobrevivência com um nível mínimo de dignidade (REGO; PALÁCIOS, 2016, p. 434, grifo do autor).

3.3 EIXO AVALIAÇÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Foram categorias de estudo referentes ao *Eixo Avaliação dos Determinantes Sociais da Saúde*: moradia, transporte, rede de esgoto, avaliação da caixa d’água, coleta de lixo, visita do agente de saúde e cuidados com o meio ambiente.

Tabela 8 – Características sob a ótica do participante da pesquisa: moradia, transporte, saneamento básico (rede de esgoto), condições de habitação (caixa d'água), coleta de lixo, visitação do agente de saúde, comprometimento da vizinhança

Qualidade da moradia	Cuidador
Bom	04
Médio	01
Ruim	01
Total	06
Qualidade Transporte	
Bom	03
Médio	01
Ruim	02
Total	06
Saneamento básico de onde reside (rede de esgoto)	
Bom	05
Ruim	01
Total	06
Condições Habitação (avaliação caixa d'água)	
Bom	06
Total	06
Coleta de lixo	
3x por semana	04
Diariamente	02
Total	06
Recebe visita agente de saúde	
Sim	05
Não	01
Total	06
Comprometimento da vizinhança (cuidados com o meio ambiente)	
Sim	02
Não	03
Outros - Não sabe informar	01
Total	06

Fonte: Elaboração da autora.

No *Eixo Avaliação dos Determinantes Sociais da Saúde* conforme (Tabela 8), cinco cuidadores consideraram satisfatória¹⁸ a qualidade da moradia onde residem e a rede de esgoto, e todos, a caixa d'água e a coleta de lixo¹⁹. A maioria dos cuidadores entrevistados declarou também que recebe a visita do agente de saúde. Com relação

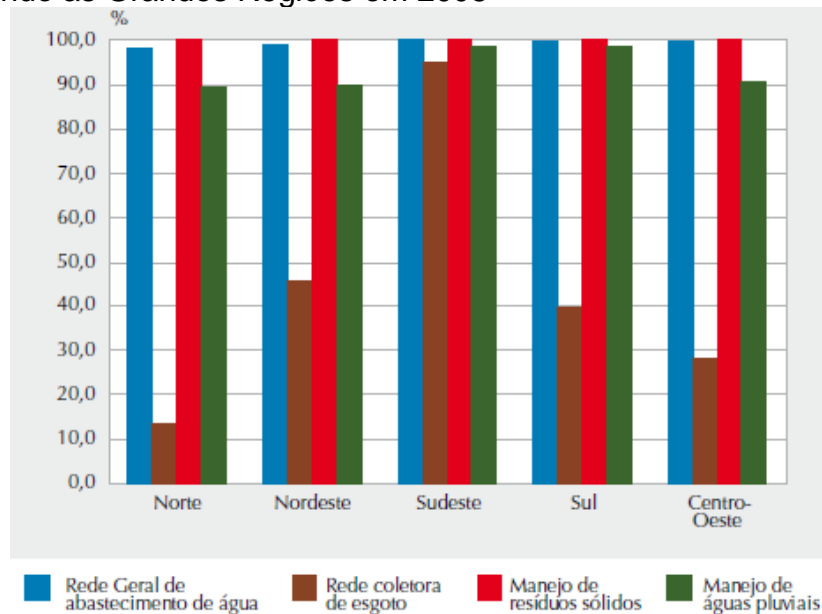
¹⁸ Leia-se por "satisfatório" as respostas: "bom" e "médio".

¹⁹ Leia-se por "satisfatório" sobre a categoria coleta de lixo as respostas: 3x por semana e diariamente.

ao transporte, metade dos cuidadores considerou ser de boa qualidade e o principal meio de transporte citado pelos cuidadores foi o coletivo. Cabe ressaltar que metade dos cuidadores relatou que não houve comprometimento da vizinhança (cuidados com o meio ambiente) e um não soube informar.

Ressalta-se que a Região Sudeste apresenta melhores índices de proporção de municípios com serviços de saneamento básico, por tipo de serviço, segundo as Grandes Regiões do Brasil (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Proporção de municípios com serviços de saneamento básico, por tipo de serviço, segundo as Grandes Regiões em 2008



Fonte: Rodrigues (2011).

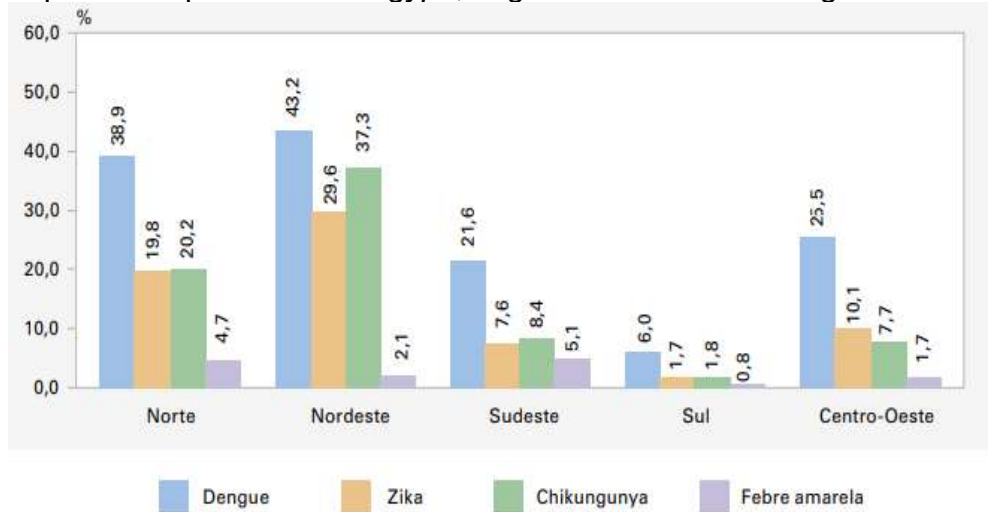
O saneamento básico é feito com vistas a garantir a saúde, a segurança e o bem-estar da população, evitando as ameaças decorrentes da presença de contaminantes, detritos, resíduos, patógenos ou substâncias tóxicas em geral. Para que o saneamento cumpra sua função é necessário considerar a qualidade das redes e dos serviços oferecidos à população e que repercutem no nível de eficiência e de resposta à demanda existente nesse setor (GUERRA, 2011, p. 1).

As epidemias são mais frequentes em bairros mais pobres devido ao maior aglomerado de pessoas que ali residem; também se relacionam ao fornecimento irregular e imprevisível de água, pois a pressão das tubulações é menor quanto maior for a distância da fonte de distribuição. Nesses bairros, as famílias costumam ter sua própria caixa d'água que, se estiver mal conservada ou não tampada adequadamente,

torna-se local para proliferação das larvas do *Aedes aegypti*. Já nos bairros de classes mais privilegiadas onde residem, em geral, em edifícios de apartamentos, isso não ocorre (LESSER; KITRON, 2016).

Como exemplo, as epidemias de Dengue, Zika e Chikungunya estão intimamente relacionadas ao saneamento, à oferta de água e à coleta de lixo; se forem irregulares, favorecem a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor dessas doenças. A proporção de municípios que declararam²⁰ ter ocorrido essas endemias ou epidemias foi maior nas Regiões Nordeste e Norte do Brasil, principalmente na Região Nordeste, onde 29,6% dos municípios informaram a ocorrência de endemias ou epidemias de Zika e 37,3%, de Chikungunya (Gráfico 3) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018a).

Gráfico 3 – Proporção de municípios com ocorrência de endemias ou epidemias causadas pelo mosquito *Aedes aegypti*, segundo as Grandes Regiões em 2017

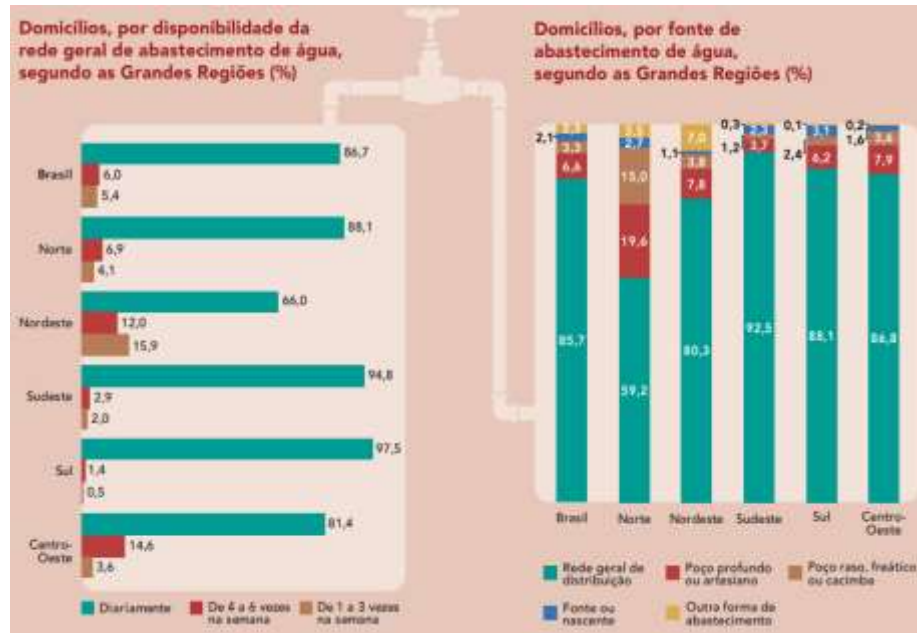


Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018a).

Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, realizada pelo IBGE, o acesso a serviços de saneamento básico mantém-se abaixo da média nacional, em abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo, no Norte e no Nordeste do Brasil. A Região Norte apresenta 59,2% dos domicílios ligados à rede geral de distribuição e o Sudeste, 92,5% por fonte de abastecimento de água (Figura 4) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018b).

²⁰ Investigação, junto às prefeituras, de ocorrência de endemias ou epidemias associadas ao saneamento básico nos últimos 12 meses anteriores às entrevistas realizadas entre os meses de abril a agosto de 2017 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018a).

Figura 4 – Domicílios, por fonte de abastecimento de água, segundo as Grandes Regiões

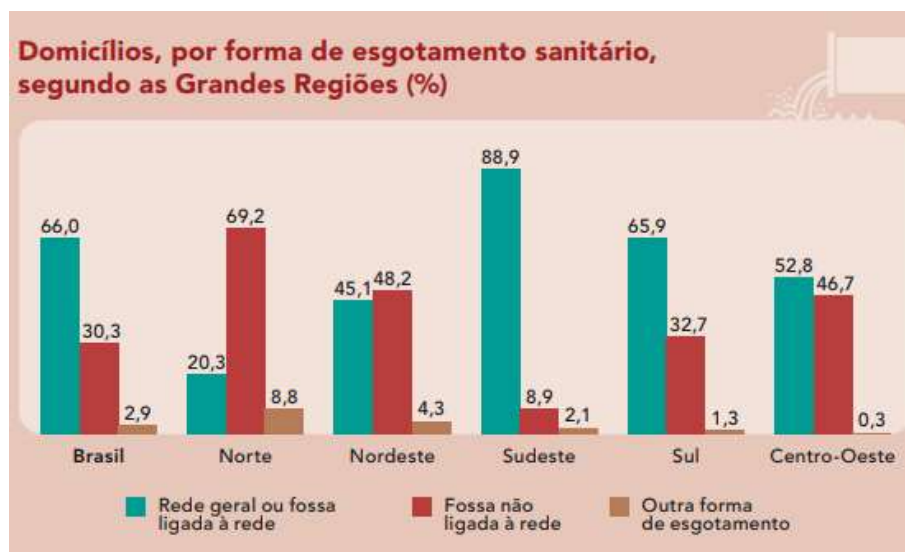


Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018b, p. 4).

Nota: Domicílios particulares permanentes

Quanto ao esgotamento sanitário na Região Norte, 20,3% das residências despejam seu esgoto em rede geral ou fossas ligadas à rede; no Nordeste, 45,1%, contrastando com o Sudeste, 88,9 % (Gráfico 4) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018b).

Gráfico 4 – Domicílios, por forma de esgotamento sanitário, segundo as Grandes Regiões



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018b, p. 5).

Nota: Domicílios particulares permanentes.

No que se refere à discussão acerca da coleta de lixo nas Regiões Norte e Nordeste, as regiões estão equiparadas em relação à coleta direta — 69,8% e 69,6% dos domicílios, respectivamente, e por caçamba 10,2% e 12,1% —, enquanto esses dados chegam a 91,6% (coleta direta) e 5,0% (caçamba) no Sudeste. Destaca-se que o lixo queimado na propriedade corresponde a 18,2% no Norte e 16,0%, no Nordeste, enquanto no Sudeste, 2,8% dos domicílios (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018b).

No que se refere à discussão, o estado do ES apresenta condições satisfatórias de Saneamento no *ranking* nacional conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2015, ocupando o quinto lugar (76,3%) (Tabela 9) em Tipo de esgotamento sanitário — Rede Coletora de esgoto; o segundo (99,8%) em Rede geral de abastecimento com canalização interna (Tabela 10) e o décimo (85,6%) em Destino de lixo coletado Diretamente (Tabela 11).

Tabela 9 – Síntese de indicadores Domicílios particulares permanentes, Serviços, Tipo de esgotamento sanitário, Rede coletora de esgoto

NO BRASIL		%
1º	São Paulo	91,8
2º	Distrito Federal	84,7
3º	Rio de Janeiro	81,7
4º	Minas Gerais	77,7
5º	Espírito Santo	76,3
...		
23º	Maranhão	15,8
24º	Rondônia	8,5
25º	Pará	4,7
26º	Amapá	4,6
27º	Piauí	2,4

Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015).

Tabela 10 – Síntese de indicadores Domicílios particulares permanentes, Serviços, Forma de abastecimento de água, Rede geral de abastecimento com canalização interna

NO BRASIL		%
1º	Distrito Federal	100,0
2º	Espírito Santo	99,8
3º	São Paulo	99,8
4º	Paraná	99,8
5º	Rio Grande do Sul	99,8
...		
23º	Ceará	97,9
24º	Pará	96,3
25º	Piauí	95,4
26º	Acre	92,0
27º	Maranhão	89,4

Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015).

Tabela 11 – Síntese de indicadores Domicílios particulares permanentes, Serviços, Destinos do lixo coletado diretamente

NO BRASIL		%
1º	São Paulo	94,0
2º	Paraná	91,0
3º	Goiás	90,4
4º	Rio de Janeiro	90,1
5º	Mato Grosso do Sul	89,2
...		
8º	Rio Grande do Sul	86,9
9º	Rio Grande do Norte	86,5
10º	Espírito Santo	85,6
11º	Minas Gerais	85,1
12º	Amapá	83,8
...		
23º	Pará	70,6
24º	Ceará	68,0
25º	Piauí	65,8
26º	Bahia	65,0
27º	Maranhão	52,8

Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015).

“Problemas na infraestrutura e qualidade do transporte comprometem a mobilidade e a capacidade de deslocamento” (ARAÚJO et al.; 2011, p. 574), além do saneamento. A função social do trânsito requer atender as necessidades dos envolvidos por acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida. A mobilidade traduz a agilidade na locomoção dos indivíduos e bens na cidade, integrando um elemento da qualidade de vida das pessoas (ARAÚJO et al.; 2011). Complementando essa ideia, citam-se Abe e Cruz (2008, p. 5), que afirmam:

O modelo de ocupação urbana das últimas décadas tem demandado a construção cíclica de infraestrutura viária e obras de grande impacto viário têm sido superadas pela velocidade de reprodução da frota de veículos nos centros urbanos. A restrição de acesso tem impactado sobre os recursos naturais e sobre o espaço urbano construído e natural de forma geral, gerando a degradação da cidade e a exclusão social.

A acessibilidade em alçar os destinos pretendidos implica na relação entre os indivíduos pessoas e o espaço conectado à qualidade de vida das pessoas, que está diretamente relacionada ao sistema de transporte das cidades, em especial o coletivo (ARAÚJO et al.; 2011, p. 574). Em seguida, em relação ao agente de saúde, ressalta-se:

Não há dúvidas de que o ACS possui um papel importante para a consolidação do SUS, não só por facilitar o acesso da população às ações e serviços de saúde, mas principalmente por ser o elo entre as equipes de saúde e a comunidade, fortalecendo as relações, facilitando o potencial diagnóstico das situações de risco e atuando como agentes de organização da comunidade para a transformação de suas condições de saúde (GOMES et al., 2010, p. 1157).

Ao prosseguir com a discussão acerca dos cuidados com o meio ambiente, infere-se que “As práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, mas muitas vezes estão relegadas a um segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão” (FALKENBERG et al., 2014, p. 848).

Tabela 12 – Situação de saúde – Espírito Santo. Nascidos vivos por município²¹ e tipo de equipe em 2015

Município	ESF	ESFSB MI ²²	ESFSB MII ²³	EACS ²⁴	ESF Tipo IV ²⁵
Cachoeiro de Itapemirim	899	327	-	50	-
Cariacica	291	39	-	369	-
Linhares	51	337	-	107	-
Vila Velha	138	294	22	11	-
Vitória	479	1325	-	73	9
Total	1858	2322	22	610	9

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: Dados do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB/Ministério da Saúde.

A maioria dos participantes da pesquisa declarou que recebe a visita do agente de saúde (Tabela 8). Infere-se que o modelo de atenção Estratégia de Saúde da Família (ESF) prevalece nos municípios de Vitória, Linhares, Vila Velha e Cachoeiro de Itapemirim. Já no município de Cariacica prevalece o modelo de atenção Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (Tabela 12).

3.4 EIXO SERVIÇOS OFERTADOS PELO PODER PÚBLICO

Os dados referentes ao *Eixo serviços ofertados pelo poder público* demonstraram que dos seis cuidadores que participaram desta pesquisa três recebem o BPC e um estava por receber, demonstrando a situação de extrema pobreza em que essas famílias sobrevivem; todas as crianças frequentam o Centro de Referência de Neuropediatria bem como a APAE/Pestalozzi. Cabe ressaltar que o BPC — benefício da Política de Assistência Social — é a garantia mensal de um salário, para cujo acesso é necessário que a renda familiar seja menor que 1/4 do salário-mínimo vigente (BRASIL, 2016c).

²¹ Municípios de residência dos participantes da pesquisa.

²² ESFSB MI: Estratégia de Saúde da Família tipo I com Saúde Bucal Modalidade I (Portaria Nº 703, de 21 de outubro de 2011) (BRASIL, 2011).

²³ ESFSB MII: Estratégia de Saúde da Família tipo I com Saúde Bucal Modalidade II (Portaria Nº 703, de 21 de outubro de 2011) (BRASIL, 2011).

²⁴ EACS Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.

²⁵ ESF Tipo IV: Estratégia de Saúde da Família tipo IV (Portaria Nº 703, de 21 de outubro de 2011) (BRASIL, 2011).

As políticas públicas direcionadas às famílias que tiveram crianças acometidas por Zika são insatisfatórias: a ajuda financeira, que é muito baixa, é fornecida apenas para famílias que comprovam extrema pobreza. Os fisioterapeutas com especialização em estimulação precoce são escassos, além de reduzida oferta de tratamento sintomático na atenção primária (REGO; PALÁCIOS, 2016).

Conforme citado na subseção Políticas Públicas, vale evidenciar que as crianças com a SCZ devem ser encaminhadas para acompanhamento nos serviços de assistência social, como os CRAS, para apoio e proteção à criança e à sua família; as equipes dos CRAS devem facilitar o acesso e o controle no processo de estimulação precoce, além de outros cuidados de saúde, bem como informar as famílias quanto aos benefícios assistenciais e à possibilidade de requerer o Benefício de Prestação Continuada (BRASIL, 2016c).

3.5 ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS

Foram categorias de estudo referentes à análise dos prontuários: presença de Síndrome Congênita do Vírus Zika, microcefalia, outras malformações, comprometimento neuropsicomotor, reabilitação, exames alterados.

Tabela 13 – Presença de Síndrome Congênita do Vírus Zika, microcefalia, outras malformações, comprometimento neuropsicomotor, reabilitação, exames alterados
(Continua)

Síndrome Congênita do Vírus Zika	Crianças
Sim	05
Não	01
Total	06
Microcefalia	
Sim	05
Não	01
Total	06

Tabela 13 – Presença de Síndrome Congênita do Vírus Zika, microcefalia, outras malformações, comprometimento neuropsicomotor, reabilitação, exames alterados (Conclusão)

Outras Malformações	
Sim	02
Não	04
Total	06
Comprometimento Neuropsicomotor	
Sim	05
Não	01
Total	06
Reabilitação	
Sim	06
Total	06
Exames Alterados	
Alterações Cerebrais	
Sim	06
Total	06
Alterações Oculares	
Sim	03
Aguardando resultado	01
Não	02
Total	06

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: Dados dos prontuários.

Tabela 14 – Comprometimento neuropsicomotor

Criança	Comprometimento neuropsicomotor (DENVER²⁶)
A	Possui desenvolvimento Pessoal-Social. Motor-adaptativo. Linguagem e Motor compatível 05 meses aos 02 anos e 02 meses
B	Possui desenvolvimento Pessoal-Social. Motor-adaptativo. Linguagem e Motor compatível 2-3 meses aos 01 ano e 08 meses
C	Possui desenvolvimento Pessoal-Social. Motor-adaptativo. Linguagem e Motor compatível 2-3 meses aos 02 anos e 07 meses
D	Possui desenvolvimento Pessoal-Social. Motor-adaptativo. Linguagem e Motor compatível 03 meses aos 01 ano e 10 meses
E	Possui desenvolvimento Pessoal-Social. Motor-adaptativo. Linguagem e Motor compatível 4-5 meses aos 02 anos e 01 mês
F	Possui desenvolvimento Pessoal-Social. Motor-adaptativo. Linguagem e Motor adequado para a idade.

Fonte: Elaboração da autora.

Nota: Dados dos prontuários.

²⁶ Denver: teste de rastreamento de risco de desenvolvimento infantil (BRITO et al., 2011).

O teste Denver II engloba avaliação de comportamento social e pessoal, linguagem e habilidades motoras. “O desenvolvimento cognitivo da criança é avaliado pela capacidade de compreensão de instruções, conceituação de palavras, nomeação de figuras e habilidades pessoal-social” (BRITO et al., 2011, p. 1404).

Das seis crianças, cinco apresentaram microcefalia congênita e SCZ (Tabela 13) apresentando comprometimento neuropsicomotor importante com várias alterações cerebrais descritas em exames como a ultrassonografia transfontanela, tomografia de crânio ressonância magnética de encéfalo e eletroencefalograma. Uma criança apresentou comunicação interatrial (CIA²⁷) e estenose de válvula pulmonar importante e outra criptorquidia²⁸ bilateral. Em relação ao exame de Fundo de Olho, três crianças apresentaram alterações, uma aguardava o laudo e duas não apresentavam alterações.

Contribui para a discussão ressaltar o importante comprometimento neuropsicomotor (Tabela 14) que essas crianças apresentam, principal motivo por que cuidadores não mais trabalham. Apenas uma criança não apresenta a SCZ, a microcefalia e o seu desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) é compatível com a sua faixa etária, porém continua em seguimento, recebendo acompanhamento conforme protocolo.

As manifestações da infecção intrauterina pelo Vírus Zika são mais graves quando ocorrem nos dois primeiros trimestres da gestação, em especial no primeiro, podendo ocorrer desde óbito fetal até várias anormalidades congênitas, principalmente a microcefalia (RIBEIRO et al., 2017). Nesse contexto é interessante mencionar também:

OS DSS influenciam, direta ou indiretamente, a saúde da criança, inviabilizando que as mesmas atinjam seu potencial de crescimento e desenvolvimento. Como a criança é um ser em desenvolvimento, ela precisa ter saúde como um instrumento para atingir suas potencialidades físicas e mentais plenas. Refletir a saúde da criança, em seus diversos aspectos, é uma tarefa não só complexa, mas de grande relevância biopsicossocial (ROCHA, 2017, p. 21).

²⁷ A comunicação interatrial (CIA) é uma cardiopatia congênita (EVORA, 2012).

²⁸ Criptorquidia: malformação congênita caracterizada pela não descida do testículo (DIAS, 2016/2017).

A SCZ compreende a microcefalia, principal alteração, podendo ocorrer outras, como alterações oculares, desproporção craniofacial, deformidades articulares e de membros, mesmo que na ausência de microcefalia. O impacto da SCZ para a saúde e a esperança de vida das crianças acometidas não é totalmente conhecido. A gravidade dos casos foi identificada, com evidentes danos ao crescimento e desenvolvimento infantil (FRANÇA et al., 2018). Destaca-se:

A estimulação precoce de bebês nascidos com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor decorrentes da síndrome congênita do vírus Zika, assim como em outras condições, objetiva o desenvolvimento dos vários sistemas orgânicos funcionais (áreas: motora, sensorial, perceptiva, proprioceptiva, linguística, cognitiva, emocional e social) dependentes ou não da maturação do Sistema Nervoso Central (SNC) (BRASIL, 2016c, p, 13-4).

Conforme dados coletados e analisados, o estudo mostrou protagonismo feminino, em que a maioria dos cuidadores que participou desta pesquisa é constituída por mulheres e em sua maioria de etnia negra e casadas. Observa-se que duas mulheres foram abandonadas por seus parceiros sendo uma delas por rejeição à criança, após o seu nascimento.

Os cuidadores possuem baixíssima renda familiar mensal, a maioria mora em bairros pobres, periféricos, com pouca ou nenhuma infraestrutura, portanto distantes dos centros urbanos e dos serviços especializados de saúde. Alguns cuidadores residem no interior do estado e trazem seus filhos à Região Metropolitana de Vitória.

Sobre a moradia, a maioria dos cuidadores avaliam em boas as condições sanitárias e o ES apresenta condições satisfatórias no *ranking* nacional, conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2015. Com relação aos cuidados com o meio ambiente, a metade dos cuidadores informou que não houve comprometimento da vizinhança e um cuidador não soube informar. A maioria dos cuidadores entrevistados declarou também que recebe a visita do agente de saúde; com relação ao transporte, o principal meio de transporte citado pelos cuidadores foi o coletivo (ônibus).

Destaca-se o importante comprometimento neuropsicomotor que as crianças apresentam, principal motivo dos cuidadores não terem ocupação remunerada mediante ingresso no mercado de trabalho formal ou informal.

Apenas uma criança não apresenta a SCZ, nem a microcefalia e outras malformações, sendo compatível o DNPM da criança com a sua faixa etária. Observa-se que a cuidadora (mãe) é branca, casada, possui curso superior completo e apresentou sintomas durante o 6º mês de gestação (final do 2º trimestre da gestação).

Este estudo evidencia a relação entre os DSS no Espírito Santo com o Vírus Zika no ano de 2016, em destaque a vulnerabilidade social.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O MS declarou, em maio de 2017, o fim da Emergência em Saúde Pública em decorrência do Vírus Zika e sua associação com a microcefalia e outras alterações neurológicas, porém as consequências dessa epidemia perpetuam-se como legado.

Sabe-se que a ausência de saneamento básico eficaz e as alterações ambientais são facilitadores para a proliferação do vetor. As condições de saneamento da Região Sudeste se destacam como as melhores do país, comparadas com as das outras Regiões.

O estado do Espírito Santo possui dados satisfatórios de saneamento no *ranking* nacional. Publicou o protocolo de assistência intitulado *Protocolo de assistência a gestantes com suspeita de Zika Vírus e bebês com microcefalia 2015-2016*.

Em resposta aos objetivos deste estudo, a relação com o Vírus Zika foi detectada nas situações de vulnerabilidade social, em destaque a baixíssima renda familiar, residências em bairros menos favorecidos, a maioria distantes, o que dificulta o acesso ao serviço de saúde; nos baixos níveis de escolaridade, bem como na necessidade de maior comprometimento com o meio ambiente.

Os danos cerebrais das crianças acometidas pelo Vírus Zika são tão devastadores que fazem com que dependam integralmente dos cuidadores, que têm que comprovar situação de extrema pobreza, na qual eles realmente vivem, para receber o BPC, como forma, inclusive, de sobrevivência, ou dependam de outros benefícios sociais, como recebimento de cestas básicas, leite, fraldas e outros.

Destaca-se que todos os cuidadores que participaram deste estudo não mais trabalham. As sequelas neurológicas se traduzem em uma falta de perspectiva além do BPC, em virtude do cuidado integral demandado pelas vítimas: as crianças acometidas e suas famílias. Pode-se afirmar que essa dramática realidade, que motivou esta pesquisadora, trouxe profundo sentimento de solidariedade.

Ressalta-se, além do protagonismo feminino, em que as mães das seis crianças são suas cuidadoras, em dois casos, o casal; ocorreu abandono: duas das cuidadoras entrevistadas foram abandonadas por seus parceiros, sendo uma delas por rejeição à criança após o seu nascimento — uma triste realidade. É necessário maior apoio do poder público para ampliação de direitos a essas famílias, em especial de políticas públicas voltadas para as mulheres, considerando a situação de vulnerabilidade social e financeira em que muitas se encontram.

As políticas públicas de saúde inclusivas e de qualidade, com foco na intersetorialidade; a identificação das necessidades peculiares em cada região, destacando-se a importância do agente comunitário de saúde; a participação social, o apoio e o maior investimento do poder público e, principalmente, o saneamento e a preservação ao meio ambiente eficazes são meios de garantir o acesso adequado à saúde e assim reduzir suas iniquidades sociais, que apontam a fragilidade a que estão expostas as camadas mais pobres de nossa população.

Finaliza-se propondo maior incentivo nas ações de educação em saúde, o que demanda a conscientização, a reflexão e o pensar crítico do indivíduo no cuidado próprio, de sua família e da coletividade, além do cuidado ao meio ambiente.

REFERÊNCIAS

- ABE, A. T.; CRUZ, P. S. **Eixo urbano-ambiental**: mobilidade urbana. Vitória, 2008. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20110511_agendavix_mobilidad_diag.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.
- AKERMAN M. et al. As novas agendas de saúde a partir de seus determinantes sociais. In: GALVÃO, L. A. C.; FINKELMAN, J.; HENAO, S. **Determinantes ambientais e sociais da saúde**. Rio de Janeiro: OPAS/Fiocruz, 2011. p. 1-15.
- ARAÚJO, M. R. M. et al. Transporte público coletivo: discutindo acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida. **Psicol Soc**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 574-82, set./dec. 2011.
- ASSIS, A. M. O. et al. Desigualdade, pobreza, condições de saúde e nutrição na infância no nordeste brasileiro. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2337-50, out. 2007.
- BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Rev Saúde Pública**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 69-79, jan./jun. 2010.
- BARATA, R. C. B. Epidemias. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 9-15, jan./fev. 1987.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- _____. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BESSA, L. P. N.; SILVA, A. M. C. S. S. Questão urbana e a interface com a questão social. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE SUSTENTABILIDADE URBANA; JORNADA UBERNERE, 14.; JORNADA CIRES, 2., 2018, Vila Velha. **Anais...** Vila Velha, 2018, p. 625-634.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.
- _____. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 nov.1990. Seção 1. p. 18055.
- _____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 dez.1993. Seção 1. p. 18769.
- _____. **Ministério da Saúde anuncia fim da emergência em saúde pública para Zika**. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/11/11.05.2017_Coletiva%20Zika.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016c.

_____. _____. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da emergência de saúde pública de importância nacional.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c.

_____. _____. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. _____. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

_____. _____. **Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

_____. _____. **Zikazero: estratégia de Resposta ao vírus Zika e o combate ao mosquito transmissor.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <<http://www.casacivil.gov.br/arquivos/estrategia-de-resposta-ao-virus-zika.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2018.

_____. **Portaria nº 703, de 21 de outubro de 2011.** Estabelece normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau/delegissas/2011/prt0703_21_10_2011.html>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRAVO, F.; CALOR, A. R. (Org.) **Conhecendo os artrópodes do semiárido.** São Paulo: Méti's Produção Editorial, 2016.

BUSS, P. M. Globalização, pobreza e saúde. **Ciê'n Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, nov./dez. 2007.

BRITO, C. M. L. et al. Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1403-14, jul. 2011.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

_____. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, set. 2006.

BUTLER, D. Brazil asks whether Zika acts alone to cause birth defects. **Nature**, London, v. 535, n. 7613, p. 475-6, Jul. 2016.

CAIAFFA, W. T. et al. Saúde urbana: "a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora". **Ciêns Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1785-96, 2008.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 611-4, set./out. 2004.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Social Determinants of Health: know what affects health**. 2018. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/socialdeterminants/index.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. A política de assistência social: destaques da legislação, resoluções cnas e outros documentos com hiperlinks. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/comissoes-tematicas/comissao-de-politica/boletim-tematico1_cnas_politica.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

CORREIA, W. M. O. **Determinantes sociais de saúde e a síndrome congênita do Vírus Zika**. 2018. 55 f. Trabalho de Conclusão (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde) – Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, Caruaru, 2018.

CUGOLA, F. R. et al. The Brazilian Zika virus strain causes birth defects in experimental models. **Nature**, London, v. 534, n. 7606, p. 267-71, 2016.

DE LA JARA, J. J.; HIDALGO, M. T.; HANSEN, R. S. A cidade na perspectiva dos determinantes de saúde. In: GALVÃO, L. A. C; FINKELMAN, J.; HENAO, S. **Determinantes ambientais e sociais da saúde**. Rio de Janeiro: OPAS; Fiocruz, 2011. p. 197-214, tab.

DIAS, A. F. D. **Criptorquidia**: revisão sistemática de conceitos. 2016/2017. 26 f. Dissertação – Artigo de Revisão Bibliográfica (Mestrado Integrado em Medicina) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2016/2017.

EICKMANN S.H. et al. Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, p. e00047716, jul. 2016.

ESPÍRITO SANTO. Decreto nº 2155-s, de 4 de dezembro de 2015. Dispõe situação de emergência em virtude de iminente perigo à saúde pública, motivada pela presença de doenças infecciosas virais, em razão do aumento da quantidade do mosquito *Aedes aegypti* no âmbito do Estado do Espírito Santo. **Diário Oficial dos Poderes do Estado Executivo**, 7 de dez 2015.

_____. Secretaria da Saúde. **Protocolo de assistência a gestantes com suspeita de Zika Vírus e bebês com microcefalia 2015-2016**. Vitória, ES. 2016. Disponível em: <<https://mosquito.saude.es.gov.br/Media/dengue/Zika/Protocolo%20Gestantes/ZIKAPROTOCOLO.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

EVORA, P. R. Cirurgia cardíaca, os arquivos brasileiros de cardiologia e a revista brasileira de cirurgia cardiovascular. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 27, n. 4, p. 8-11, out./dez. 2012.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciêns Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-52, mar. 2014.

FEITOSA, I. M. L.; SCHULER-FACCINI, L.; SANSEVERINO, M. T. V. Aspectos importantes da Síndrome da Zika Congênita para o pediatra e o neonatologista **Bol Cient Pediat**, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 3, p. 75-80, 2016

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. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 2, 2018.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília, DF: Liber Livro, 2008.

GARCIA, L. P. **Epidemia do Vírus Zika e microcefalia no Brasil**: emergência, evolução e enfrentamento. Brasília, DF: Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018.

GRISOTTI, M.; GELINSKI, R. O. G. Visões parciais da pobreza e políticas sociais recentes no Brasil. **Rev Katál**, Florianópolis, v. 13, n. 2 p., p. 210-9, jul./dez, 2010.

GOMES, K. O. et al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1143-64, dez. 2010.

GUERRA, A. E. C. Qualidade e eficiência dos Serviços de Saneamento. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Atlas de saneamento 2011. Atlas de saneamento 2011**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos municípios brasileiros**: saneamento básico: aspectos gerais da gestão da política de saneamento básico: 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2018a.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua**: características gerais dos domicílios e dos moradores 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2018b.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: síntese de indicadores 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/pesquisa/44/47044>. Acesso em: 18 dez. 2018.

LESSER, J.; KITRON, J. L. U. A geografia social do Zika no Brasil. **Estud Av**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 167-75, set./dez. 2016.

LIMA, R. A. **A ocorrência da meningite após o advento da vacinação como política pública de saúde**. 2017. 73 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas

e Desenvolvimento Local) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, 2017.

LIMA-CAMARA, T. N. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, Epub 27 jun. 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232014000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2018.

LOPES, N.; NOZAWA, C., LINHARES, R. E. C. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 5, n. 3, p. 55-64, set. 2014.

LORCA, J. C.; VALDIVIA, G. John Snow: la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiologia moderna. **Rev Chil Infect**, Santiago, v. 24, n. 4, p. 331-4, 2007.

MARICATO, E. Metr pole, legisla o e desigualdade. **Estud Av.**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 151-67, maio/ago. 2003.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONITORAMENTO integrado de altera es no crescimento e desenvolvimento relacionados   infec o pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 30 de 2018. **Boletim Epidemiol**, Brasília, DF, v. 47, n. 38, 2016.

MOREIRA, C. B. et al. Levantamento de determinantes sociais de saúde relacionados   adesão ao exame mamográfico. **Rev Bra Enferm**, Brasília, DF, v. 71, n. 1, p. 106-12, jan./fev. 2018.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. **Understanding Emerging and Re-emerging Infectious Diseases**. Bethesda (MD): National Institutes of Health, 2007

NHAN, TU-X.; CAO-LORMEAU, V.-M; MUSSO, D. Zika virus infections. **Revue Francophone des Laboratoires**, [s.l.], n. 467, p. 45-52, Jan. 2014.

NUNES, J.; PIMENTA, D. N. A epidemia de Zika e os limites da saúde global. **Lua Nova**, São Paulo, n. 98, p. 21-46, maio/ago. 2016.

OKURA, V. K. **Conceitos básicos de Biologia Molecular e de sequenciamento de DNA**. 2002. 102 f. Disserta o (Mestrado em Bioinformática de Projetos Genoma de Bactérias) - Instituto de Computa o, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

OLIVEIRA, C. S.; VASCONCELOS, P. F. C. Microcefalia e Vírus Zika. **J Pediatr (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 92, n. 2, p. 103-5, mar./abr. 2016.

PELLEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M. O movimento dos determinantes sociais da saúde no Brasil. In: GALVÃO, L. A. C; FINKELMAN, J; HENAO, S. **Determinantes ambientais e sociais da saúde**. Rio de Janeiro: OPAS-Fiocruz, 2011. p. 589-601.

PELLEGRINI FILHO, A. **Intervenções individuais vs. intervenções populacionais**. 2011. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/opinioes/intervencoes-individuais-vs-intervencoes-populacionais/>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

PEREIRA, E. L. et al. Perfil da demanda e dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC) concedidos a crianças com diagnóstico de microcefalia no Brasil. **Ciê n Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3577-66, nov. 2017.

PINTO JUNIOR, V. L. et al. Vírus Zika: Revisão para Clínicos. **Acta Med Port**, v. 28, n. 6, p. 760-5, nov./dez. 2015.

PITANGUY, J. Espaço temático: Zika e gravidez: os direitos reprodutivos das mulheres e a epidemia do Zika vírus. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5., jun. 2016.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DAS SOCIEDADES DA CRUZ VERMELHA E DO CRESCENTE VERMELHO. **Uma avaliação do impacto socioeconômico do Vírus Zika na América Latina e Caribe**: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso. Nova Iorque, abr. 2017. Disponível em: <<http://www.latinamerica.undp.org/content/dam/rblac/docs/Research%20and%20Publications/HIV/UNDP-RBLAC-Zika-07-20-2017-Portuguese-WEB.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2018.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-53, set./out. 2004

REGO, S.; PALÁCIOS, M. Ética, saúde global e a infecção pelo vírus Zika: uma visão a partir do Brasil. **Rev Bioét**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 430-4, set./dez. 2016.

REIS, V. **Cidades sustentáveis e saudáveis**: microcefalia, perigos do controle químico e o desafio do saneamento universal. 2016. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/carta-de-alerta-da-abrasco-cidades-saudaveis-e-sustentaveis-este-e-o-desafio-urgente/15926/>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

RIBEIRO, B. N. F. et al. Síndrome congênita pelo vírus Zika e achados de neuroimagem: o que sabemos até o momento? **Radiol Bras**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 314-22, set./out. 2017.

RIBEIRO, K. G.; AGUIAR, J. B.; ANDRADE, L. O. M. Determinantes sociais da saúde: o instituído constitucional no Sistema Único de Saúde: Fórum Internacional de Sistemas Universais de Saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 4, p. 1-10, out./dez. 2018.

ROCHA, R. S. **Política de atenção à saúde da criança**: os determinantes sociais no processo saúde-doença-internação. 2017. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, 2017.

RODRIGUES, I. O. Abrangência dos Serviços de Saneamento. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Atlas de saneamento 2011**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

SANTOS, R. A. **Determinantes sociais e biológicos em crianças e adolescentes com paralisia cerebral e os cuidados de assistência à saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, 2017.

SCHULTZ M. Rudolph Virchow. **Emerging Infectious Diseases**, v. 14, n. 9, p. 1480-9, Set. 2008. Disponível em: <<https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/14/9/pdfs/08-6672.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

SESA divulga boletim de Zika e microcefalia. Texto disponibilizado em 29 dez. 2016. In: ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2016. Disponível em: <<https://mosquito.saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/sesa-divulga-boletim-de-zika-e-microcefalia-23>> Acesso em: 15 jan. 2018.

SESA divulga boletim de Zika e microcefalia. Texto disponibilizado em 12 jan. 2017. In: ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 2017. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/sesa-divulga-boletim-de-zika-e-microcefalia-25>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

SILVA, A. M. C. S. **Interfaces: educação especial & seguridade social**. 2014. 201 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2014.

SILVA, J. A. **Direito urbanístico brasileiro**. 2. ed. rev. atual. São Paulo: Malheiros, 1997.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. 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.

SPOSITO, M. E. B. **Capitalismo e urbanização**. São Paulo: Contexto, 1989.

APÊNDICE A – Formulário de Entrevistas Semiestruturadas

Formulário de entrevista semiestruturada aos cuidadores que acompanham as crianças acometidas pelo Vírus Zika em 2016 no ES, no Centro de Referência de Neuropediatria do HIMABA.

DADOS DO CUIDADOR

1. Data da Entrevista
2. Data
3. Iniciais do cuidador
4. Parentesco do cuidador
5. Bairro onde reside o cuidador
6. Renda familiar mensal
7. Gasto mensal médio no tratamento
8. Se cuidador mãe: Fez pré natal ? () Sim () Não
9. Se pré natal () SUS () Particular Outro:
10. Conheceu o diagnóstico durante o pré natal ou pós nascimento:
() Durante pré natal () Pós Nascimento Outro:

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

11. Sexo: () Feminino () Masculino
12. Raça: () Branca () Preta () Parda () Amarela ()
Indígena
Outro:
13. Idade
14. Escolaridade:
() Analfabeto
() Ensino médio incompleto
() Ensino médio completo
() Ensino superior incompleto
() Ensino superior completo
() Pós- graduado

Outro:

15. Estado civil

() Solteiro () Casado () Divorciado Outro:

16. Profissão:

17. Trabalha: () Sim () Não Outro:

DADOS DA CRIANÇA

18. Idade

19. Sequelas: () Microcefalia Outro:

20. Que é o cuidador

AVALIAÇÃO DSS

21. Qualidade da moradia

22. Qualidade Transporte

23. Saneamento básico de onde reside (rede de esgoto)

24. Condições Habitação (avaliação caixa d água)

25. Coleta de lixo

26. Recebe visita agente de saúde

27. Comprometimento da vizinhança (cuidados com o meio ambiente)

() Sim () Não Outro:

SERVIÇOS OFERTADOS PELO PODER PÚBLICO

28. Recebeu auxílio do poder público? () Sim () Não

29. Se sim, quais ?

30. Ainda recebe auxílio do poder público? () Sim () Não

31. Se sim, quais ?

OBSERVAÇÕES

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS) NO ANO DE 2016 NO ESPÍRITO SANTO

Pesquisador: CHRISTIANE FARIA GUTERRES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80555417.6.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.449.060

Apresentação do Projeto:

Pretende-se contribuir para análise dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) correlacionados à infecção pelo Zika Vírus no Espírito Santo, no ano de 2016.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem descritiva, empírica, bibliográfica e documental em que será utilizada a técnica de entrevista, através de questionário semiestruturado, com os participantes da pesquisa, compreendendo 29 cuidadores que acompanham as crianças acometidas pela infecção pelo vírus em 2016, no ES, no Centro de Referência de Neuropediatria do Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HIMABA) e realizando um levantamento bibliográfico sobre o tema através de fichamento de livros e artigos e também utilizaremos levantamento e análise de dados epidemiológicos através do banco de dados nacional e estadual além de análise documental para identificar as políticas públicas de saúde para atenção às gestantes acometidas pelo Zika Vírus no Brasil devido à ocorrência de microcefalia finalizando com a técnica de análise de conteúdo para interpretação dos dados e conclusões.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e suas consequências relacionados à epidemia

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.449.060

do Zika Vírus, em 2016, no Espírito Santo.

Objetivo Secundário:

Analisar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no Brasil e no Espírito Santo; Descrever a infecção pelo Zika Vírus no Brasil com ênfase no Espírito Santo;

Verificar a associação os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) com a infecção pelo Zika Vírus no Espírito Santo, no ano de 2016; Contextualizar as políticas públicas de saúde para atenção as gestantes acometidas pelo Zika Vírus no Brasil devido à ocorrência de microcefalia

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores o estudo proposto tem riscos mínimos que poderão ser amenizados com o sigilo dos dados referentes aos sujeitos que participarão da pesquisa, diante do sigilo absoluto em relação à sua identidade, bem como sua participação ocorrerá mediante a leitura, explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Outrossim, serão resguardadas as informações utilizando os dados disponíveis exclusivamente para as finalidades constantes no projeto, não permitindo por nenhum motivo, que pessoas ou instituições não autorizadas pela SESA tenham acesso aos dados ou indivíduos, vetando a

divulgação - por qualquer meio de comunicação - de dados ou informações que identifiquem os sujeitos de pesquisa e outras variáveis das bases de

dados que permitam a identificação dos indivíduos e não praticando e/ou não permitindo qualquer ação que comprometa a integridade dos indivíduos ou das bases de dados disponíveis. Conforme descrição no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser assinado pelos mesmos.

Outrossim, as autoras ratificam a disponibilidade de apoio emocional disponibilizado pela autora principal, enquanto médica, que estará presente em todas as entrevistas e também pela equipe de saúde do referido serviço, caso seja necessário.

Benefícios:

O estudo proposto traz benefícios à sociedade, uma vez que se pretende estudar a correlação entre os Determinantes Sociais da Saúde, a infecção pelo Zika Vírus no ano de 2016, no Espírito Santo contribuindo para sua análise além da identificar as políticas públicas de saúde para atenção às gestantes acometidas pelo Zika Vírus no Brasil devido à ocorrência de microcefalia, bem como a criação de ações em saúde que envolvam os DSS.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3588 Fax: (27)3334-3588 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.449.060

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pois pretende contribuir para um maior entendimento do cenário envolvendo Zika vírus e determinantes sociais, além de identificar as políticas públicas de saúde para atenção às gestantes acometidas pelo Zika Vírus no Brasil devido à ocorrência de microcefalia, bem como a criação de ações em saúde que envolvam os DSS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Carta de anuência assinada pelo NUEDRH da SESA-ES

Folha de rosto assinada pelo diretor da EMESCAM Flávio Kataoka

TCLE adequado

Recomendações:

Apresentar o resultado da pesquisa ao serviço.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Os pesquisadores deixam claro no TCLE que as entrevistas individuais ocorrerão em local reservado, garantindo o sigilo e a não exposição dos participantes, em sala solicitada ao HIMABA para esta finalidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1012945.pdf	14/12/2017 08:55:54		Aceito
Outros	cartaanuencia.pdf	14/12/2017 08:55:34	CHRISTIANE FARIA GUTERRES	Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.449.060

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimento.pdf	14/12/2017 08:51:04	CHRISTIANE FARIA GUTERRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.docx	14/12/2017 08:49:50	CHRISTIANE FARIA GUTERRES	Aceito
Folha de Rosto	digitalizar0042.pdf	29/11/2017 09:45:44	CHRISTIANE FARIA GUTERRES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 19 de Dezembro de 2017

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador)