



Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-eixo: Seguridade social no Brasil.

DETERMINAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE E O SURTO DE MICROCEFALIA EM PERNAMBUCO

DELÂINE CAVALCANTI SANTANA DE MELO¹
BERNADETE PEREZ COELHO²
ANA CLARA CAVALCANTE DOS ANJOS³
CAMILA SOBRAL LEITE LYRA MONTALVÃO⁴
MAYSA KÊNIA VIANA E SILVA⁵

Resumo: As interpretações sobre os processos saúde-doença revelam modos interpretativos de analisar e interpretar o mundo, baseados em diferentes racionalidades. A noção de Determinação Social da Saúde apoiada na teoria crítica marxista tem se constituído recurso reflexivo importante no estudo do surto de microcefalia em Pernambuco, objeto de um projeto de pesquisa que integramos, numa composição de estudantes e docentes dos cursos de Fisioterapia, Medicina e Serviço Social. Condições de vida englobam condições de saúde e, nos limites da ordem burguesa, revelam exploração do trabalho, apropriação da riqueza produzida pelo trabalho e o pauperismo massivo de amplos setores da classe trabalhadora.

Palavras-chave: Determinação social da Saúde; Microcefalia; Síndrome Congênita do Zika; Pauperismo.

Resumen: Las interpretaciones sobre los procesos salud-enfermedad revelan modos interpretativos de analizar e interpretar el mundo, basados en diferentes racionalidades. La noción de Determinación Social de la Salud apoyada en la teoría crítica marxista se ha constituido un recurso reflexivo importante en el estudio del brote de microcefalia en Pernambuco, objeto de un proyecto de investigación que integramos, en una composición de estudiantes y docentes de los cursos de Fisioterapia, Medicina y Servicio social. Las condiciones de vida engloban condiciones de salud y, dentro de los límites del orden burgués, revelan explotación del trabajo, apropiación de la riqueza producida por el trabajo y el pauperismo masivo de amplios sectores de la clase trabajadora

Palabras clave: Determinación social de la Salud; Microcefalia; Síndrome Congénito de Zika; Pauperismo.

1. INTRODUÇÃO

A explicação sobre doenças, prevalência e incidência⁶, grupos populacionais de risco ou mais afetados, têm sido objeto de estudo das

¹ Professor com formação em Serviço Social. Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: <melodelaine@gmail.com>

² Professor com formação em outras áreas. Universidade Federal de Pernambuco.

³ Estudante de Graduação. Universidade Federal de Pernambuco.

⁴ Estudante de Graduação. Universidade Federal de Pernambuco.

⁵ Estudante de Graduação. Universidade Federal de Pernambuco.

ciências da Saúde e componente de discursos governamentais ao longo da história. O século XX inaugura importantes avanços no conhecimento científico e tecnológico possibilitando, entre outras transformações, melhor planejamento em Saúde, sendo que as decisões políticas e econômicas influem na alocação de recursos e na definição das ações voltadas ao atendimento das necessidades da população de determinado país, estado, município. No modelo biomédico, ainda hegemônico no campo da Saúde, nem sempre são reconhecidas interfaces entre adoecimento e elementos sócio-históricos.

As diversas interpretações teóricas sobre os processos saúde-doença revelam modos interpretativos diferentes de analisar e interpretar o mundo, baseados em diferentes racionalidades. De acordo com Guerra, a racionalidade é uma propriedade da razão, vinculada às suas diversas formas de concepção, tendo nesta o seu fundamento determinante que, por sua vez, “é expressão da própria realidade” (2005: p.44). Pode-se, por exemplo, partir da racionalidade instrumental ou da racionalidade da práxis histórica, sendo a primeira baseada na aparência fenomênica e a segunda baseada no movimento histórico e dialético que estrutura o ser social (VASQUEZ,1995). O campo da Saúde é informado por uma ou outra racionalidade também na explicação de dados nosológicos. A partir da Lei Orgânica da Saúde no Brasil, Lei n.º 8.080/1990

“a Epidemiologia tem sido explicitamente utilizada como referencial para a fundamentação das ações de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). É definida, tradicionalmente, como ciência que estuda a distribuição de doenças e suas causas nas populações. No século XX, além da ampliação dos seus conhecimentos, também foi consolidada como saber científico, subsidiando práticas de saúde pública e coletiva” (ROCHA; DAVID, 2015: 130).

A Epidemiologia vigorou por muito tempo sem estabelecer diálogo com as ciências sociais, constituindo-se em ferramenta funcional aos discursos clínicos de concepção biologizante. O conceito de Determinação Social da

⁶ Incidência e prevalência são medidas de frequência da ocorrência de doenças/agravos: a incidência mede quantas pessoas tornaram-se doentes; a prevalência mede quantas pessoas estão doentes.

Saúde foi decisivo na formação da Epidemiologia Social latinoamericana e na história do Movimento de Reforma Sanitária brasileiro.⁷

A construção de outros modelos de análise, com base na noção de Determinação Social da Saúde apoiada na teoria crítica marxista tem se constituído recurso reflexivo importante no estudo do surto de microcefalia em Pernambuco, objeto de um projeto de pesquisa que integramos coletivamente, numa composição de estudantes e docentes dos cursos de Fisioterapia, Medicina e Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco. A proposta é de acompanhamento longitudinal de crianças nascidas no Hospital das Clínicas da UFPE – HC/UFPE - numa coorte composta por crianças nascidas a partir de outubro de 2015, incluindo as crianças notificadas como suspeitas de microcefalia.

O grupo de crianças acompanhadas foi composto a partir do registro de nascimento e dados do parto, identificando crianças cujas mães relataram evento febril e/ou exantemático na gestação, realizando vinculação ao HC/UFPE para viabilização da atenção integral às crianças, mães e redes sociofamiliares; são 130 crianças, sendo 21 confirmadas com a síndrome. A pesquisa propõe acompanhamento das crianças e famílias, com ênfase na abordagem neuroclínica e psicossocial de maneira a analisar as repercussões e associações com infecção pelo vírus Zika durante a gravidez, a melhor caracterização da Síndrome Congênita do vírus Zika e fortalecimento da Rede Perinatal. As crianças estão vinculadas à Atenção Hospitalar/ambulatorial com equipe interdisciplinar e à rede locorregional do território de residência, acompanhamento no ambulatório de Puericultura, atenção especializada matricial às crianças e mães com diagnóstico confirmado da síndrome congênita e vinculação/capacitação das equipes de saúde no território de residência.

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco organizou a atenção às crianças e mães/redes sócio-familiares notificadas

⁷ Surge no contexto de lutas por democratização da sociedade brasileira no início dos anos 1970, agregando diversos atores e segmentos da população voltando-se prioritariamente para a exigência de transformações na área da saúde, mas apontando para a necessidade de reformas sociais amplas. A universalidade do direito à Saúde e o SUS são tributários desse movimento.

como suspeitas de microcefalia em ambulatório interdisciplinar, incluindo a equipe da puericultura, neurologia infantil, equipe de reabilitação e estimulação precoce, ortopedia, otorrinolaringologia, gastropediatria, oftalmologia, profissionais da saúde coletiva e da saúde mental de maneira a realizar atenção integral e articulação em rede. A pesquisa em tela vincula-se ao acompanhamento longitudinal das crianças, a partir da proposta da atenção e organização do cuidado, vinculando produção de conhecimento, pesquisa com organização e sustentabilidade da rede perinatal. Essa articulação entre pesquisa, assistência e ensino destaca o acompanhamento longitudinal dos sujeitos na atenção hospitalar, especializada e atenção primária à saúde, de maneira a envolver diversas áreas de conhecimentos, diversos profissionais de saúde, residentes e estudantes, favorece a problematização entre clínica e política, de maneira a evidenciar a relação do vírus Zika aos achados clínicos e suas repercussões psicossociais. Os estudos epidemiológicos exigem avaliação das condições ambientais vinculadas aos fatores sociais, econômicos, de atenção à saúde considerando a indissociabilidade entre aspectos biológicos e subjetivos.

No núcleo do Serviço Social, perguntas diversas têm mobilizado nossa aproximação ao tema e ao exercício da pesquisa: Quem são as mulheres infectadas pelo mosquito *Aedes aegypti* durante a gestação? Em que territórios elas moram? Como vivem? Por que o surto no Nordeste? Por que Pernambuco? É possível relacionar pobreza e exposição a arboviroses? Revela-se um recorte classe?

Considerar as determinações sociais da Saúde como elemento concreto dos processos de adoecimento pressupõe que a saúde é fenômeno social e não biológico, pois

os indivíduos em interação, por meio de sua atividade produtiva, criam, dentro das condições já desenvolvidas, as próprias condições reais de existência e, assim, o próprio ser social. Correlativamente, os indivíduos humanos se formam, têm sua individualidade determinada na interação social, sua essência é o conjunto das relações sociais. (NOGUEIRA, 2010, p. 10)

As condições de vida englobam as condições de saúde e, nos limites da ordem burguesa, revelam a exploração do trabalho, a apropriação da riqueza produzida pelo trabalho e o pauperismo massivo de amplos setores da classe

trabalhadora. Reconhece-se que as determinações sociais da Saúde podem dar importantes pistas interpretativas a doenças que acometem quase exclusivamente segmentos das classes subalternas. Para além de procurar causas sociais de determinadas doenças, elemento constitutivo da noção de determinantes sociais da sociedade⁸,

é possível que se faça uma determinação ontológica da saúde do homem não através de objetos naturais, mas mediante uma determinação social do homem [...]. Para Lukács (1980), o que determina a essência ontológica do homem é o trabalho enquanto ato teleológico. Neste caso, a saúde teria igualmente de ser pensada com base no modo de ser social do trabalho (NOGUEIRA, 2009: 406).

2. PAUPERISMO, CONDIÇÕES DE SAÚDE E SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS

O pauperismo da classe trabalhadora intensificou-se com o processo de reestruturação produtiva dos anos 1970-1980 e suas repercussões no mundo do trabalho; ocorreu adensamento da exploração das forças produtivas reatualizando formas diversas de trabalho mal remunerado, precarizado desregulamentado, terceirizado. "São os novos trabalhadores secundários, que jamais chegarão a serem trabalhadores" (LAVINAS, 1994, p. 177). Nesse contexto, que impõe condições indignas de trabalho, a falta de acesso à alimentação e habitação adequadas repercute na saúde e se expressa, entre outros aspectos, no acometimento de doenças e na convivência com essas doenças, agravada pela dificuldade de acesso ao sistema de saúde.

Em relação à infecção pelo vírus da Zika, em nosso entendimento, existem nexos entre adoecimento e pauperismo e isso dita desafios aos campos de conhecimento e profissões, à gestão pública, aos movimentos sociais. O fato de a maioria das mulheres infectadas serem pobres, não nos permite tomar distância da imbricação entre os processos de adoecimento e as condições materiais de existência.

De acordo com o Ministério da Saúde (2016), o vírus da Zika foi isolado pela primeira vez em Uganda no ano de 1947, sendo identificado no Brasil no

⁸ Os termos determinantes sociais e determinações sociais, ora são tomados como sinônimos, ora divergem. O primeiro, aponta mais para uma relação causal do fenômeno saúde-doença; o segundo, pressupõe que há uma produção social da saúde.

ano de 2015. Desde então, 18 estados já foram confirmados com casos do Zika vírus, especialmente na Região Nordeste. Até a ocorrência da epidemia, pesquisadores/as brasileiros/as possuíam conhecimento bastante limitado sobre o problema. O conhecimento foi se ampliando a partir de notificações feitas nas maternidades e do acompanhamento de puérperas e seus/as filhos/as identificados como portadores/as de microcefalia ou como casos suspeitos, sendo que em ambas as situações deveriam ser alvo de monitoramento e assistência pela rede sanitária de referência.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), registrou entre 2010 a 2014 cerca de 156 casos de microcefalia por ano. Em 2015 os dados contabilizados até o primeiro dia de dezembro, somavam 1.247 recém-nascidos/as notificados/as com o vírus Zika; Pernambuco aparecia com o maior índice nacional, somando 646 casos em mais de 30 municípios diferentes. O Boletim Epidemiológico emitido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), refere que dentre os 2952 casos de recém-nascidos confirmados com a Síndrome, 60,7% concentravam-se na Região Nordeste e 16,9% em Pernambuco. Dados da Secretaria Estadual de Saúde - SES/PE - revelaram igualmente aumento inesperado de crianças nascidas com a presença do vírus em 2015. O surto assumia padrão clínico diferente do vírus da dengue. Brunoni e colaboradores (2016) apontavam que as observações clínicas demonstravam que o vírus Zika podia alojar-se no córtex cerebral e no tronco encefálico dos fetos, causando alterações como as calcificações intracranianas, dilatação dos ventrículos cerebrais, alterações de fossa posterior e a microcefalia pré ou pós natal.

Sem muitos registros na literatura médica, o vírus Zika apareceu como causa potencial para o nascimento de crianças com microcefalia, significando a descoberta da transmissão vertical do vírus. As investigações estão em andamento e buscam muitas respostas, tais como esclarecer como se dá a transmissão desse agente, sua atuação no organismo humano, a infecção do feto, o período de maior vulnerabilidade para a gestante. “A surpresa, definitivamente, não foi a febre do Zika, mas a microcefalia dos fetos” (DINIZ, 2016, p. 13). A microcefalia se constitui como uma doença congênita em que o

cérebro da criança se desenvolve de forma atípica provocando problemas neurológicos.

Em 22 de outubro de 2015, o Ministério da Saúde foi notificado pela SES/PE sobre o registro de 54 recém-nascidos vivos com microcefalia. O processo investigativo demonstrou que os efeitos causados pelo vírus não se limitaram apenas à microcefalia, mas incluíam, ainda, alterações como epilepsia, distúrbios auditivos e visuais, sendo chamada de Síndrome Congênita do Zika (SCZ). Pesquisas sociais implementadas destacaram que o papel das mulheres/mães no cuidado diário com seus/as filhos/as foi de fundamental importância para identificação de outras alterações (Diniz, 2016; Scott et al 2017). O Ministério da Saúde reconheceu que o conhecimento sobre a SCZ foi se dando na mesma medida da ocorrência do surto, sendo etapa inconclusa o conhecimento e a definição de condutas clínicas.

Considerando que as crianças com consequências associadas à infecção congênita pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas apresentam padrões diferenciados de manifestações clínicas, interferindo de forma diversa no seu crescimento e desenvolvimento, e que, apesar de os diversos estudos até então desenvolvidos sobre a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ) terem gerado relevantes evidências científicas sobre doença, importantes lacunas no conhecimento ainda persistem. (BRASIL, 2017)

À medida em que os casos de suspeita e confirmação da síndrome eram notificados em Pernambuco, uma sensação angustiante se instaurava (Silva; Matos 2017). O conhecido ‘mosquito da dengue, infectava com consequências novas e alarmantes. O discurso oficial já conhecido por ser veiculado nas cíclicas campanhas de prevenção e alerta da dengue, foi mantido com ênfase na responsabilidade da população em evitar a proliferação do mosquito *Aedes Aegypti*, agora apontado como vetor da SCZ.

Políticas estruturantes de saneamento e saúde preventiva tendem a alterar cenários epidemiológicos, mas essa discussão subsumiu, minimizada pela emergência dos fatos. Para a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO - faz-se extremamente necessário pensar a questão do acesso a água das classes economicamente desfavorecidas, pois o provimento de água de forma racionada leva essas populações ao armazenamento precário,

constituindo-se como mais uma condição ideal de proliferação do *Aedes aegypti*. Pernambuco faz a gestão da crise hídrica exatamente através do racionamento de água, com muitas áreas residenciais sem abastecimento regular e rodízios de água que favorecem as classes média e alta (MONTEIRO; AUGUSTO, 2016).

Entende-se que essa localização territorial não é uma causalidade. Dados de levantamento feito pela Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude (2016, apud Exame, 2016), dos 1.203 casos notificados da SCZ, 636 tratavam-se de famílias inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais, público-alvo da Política de Assistência Social, pleiteando inserção em Programa de Transferência de Renda - Bolsa Família. Desse número total, 77% das famílias afetadas pela SCZ no estado vivem em extrema pobreza com renda per capita de até R\$47,00. Para famílias residentes nos municípios do interior, a situação de vida e saúde é agravada tanto pela quase inexistência de oportunidades de trabalho, quanto pelas dificuldades de assistência no seu território, exigindo rotineiramente o deslocamento para a capital sem garantia da continuidade de tratamento⁹ e acesso aos insumos necessários.

Na cidade do Recife, Capital do estado de Pernambuco, os casos seguem a trilha da pobreza. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (2016, apud Jornal Diário de Pernambuco, 2016), os bairros de maior incidência das notificações foram Ibura (14), Várzea (12), Cohab (10), Dois Unidos (9), Areias (8), Nova Descoberta (9), Cordeiro (8) e Água Fria (5). A cobertura de esgotamento sanitário desses bairros é inferior a 50%, ocasionando que parte do esgoto escoe por canais abertos, resultando em água parada, condição favorável à reprodução do mosquito *Aedes aegypti*. A inexistência de serviço de coleta de resíduos em muitos pontos desses territórios contribui para proliferação de 'criadouros' do mosquito no caminho de escoamento irregular de água e dejetos (IBGE, 2010).

⁹ O Programa do Ministério da Saúde Tratamento Fora do Domicílio – TFD – instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde, objetiva prover condições para deslocamento e permanência de usuários/as do SUS em centros de assistência em Saúde fora do local de residência. A prática da transferência é tão generalizada que se diz que o único tratamento acessível no interior do estado é o transporte para a Capital.

Tais dados revelam que o surto da SCZ vírus tem interface com as condições socioeconômicas e sanitárias da população, atingindo mormente famílias de baixa renda que vivem em áreas periféricas. Dados da Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos de Pernambuco mostram que, em cada dez crianças nascidas com microcefalia em Pernambuco, nove vivem em situação de pobreza, com renda per capita familiar de até R\$ 220 (duzentos e vinte reais). A pesquisa foi feita com 211 famílias cadastradas em um núcleo estadual de apoio criado pelo governo do Estado depois do início da epidemia. O levantamento do governo pernambucano detalha o perfil das mães das crianças nascidas com a má-formação: 68% declarou-se parda, 24% declarou-se branca e 7% declarou-se negra. No que se refere à faixa etária, a maioria das mães (58%) tem entre 18 e 29 anos; 30% está acima dos 30 anos e 12% são adolescentes. A escolaridade foi medida pela capacidade de ler e escrever, mas, ainda assim, 6% disseram ser analfabetas. Três em cada quatro mulheres moram em área urbana.

Para além da pauperização resultante da desigualdade entre as classes, as famílias terão novos desafios a enfrentar em prover cuidado diferenciado para uma criança com deficiência(s). O *care*¹⁰, historicamente naturalizado como responsabilidade feminina/materna, traz novas requisições de cuidado, incluindo a renúncia de projetos pessoais das mulheres, a busca por inserção em serviços de saúde e, quando pertinente, a tentativa de acesso a benefícios socioassistenciais para complementação da renda familiar.

A aproximação com a realidade das crianças e das famílias levam ao entendimento de que o Surto do Zika vírus ultrapassa a questão biomédica, demanda trabalho multidisciplinar e em rede, tendo em vista seu caráter social, etnográfico, econômico, geográfico e a interseção com os marcadores classe, raça e sexo-gênero. Pode-se pontuar que o surto do Zika vírus reflete a desigualdade, tanto no Brasil, onde mais se manifestou recentemente, quanto em outros países.

¹⁰ *Care* é uma noção explicativa que engloba o trabalho doméstico e todas as tarefas de cuidado desempenhadas na família. Trabalho não remunerado e executado essencialmente pelas mulheres. Para aprofundar, ver Hirata *et al* (2000).

De acordo com Jeffrey Lesser e Uriel Kitron (2016) “O Zika é mais um indicador da desigualdade que persiste no Brasil contemporâneo, mesmo após várias décadas de democracia” (p. 2). Não se constitui fenômeno casual que a região brasileira com maior impacto do Zika vírus tenha sido o Nordeste, onde, muito além das condições climáticas, há maior índice de pobreza. Concordamos com o que declaram Silva, Matos e Quadros quando afirmam que “o contexto emergencial da Zika parecia ter um forte acento geográfico, de gênero, classe e raça. A maioria dos casos incidiu mais fortemente entre as pessoas pobres de periferias, em sua maioria mulheres, negras” (2017, p.225).

É bem verdade que houve melhora nos índices brasileiros relacionados à Educação e à Saúde, mas não houve alteração nos índices de desigualdade já que os ricos se tornaram mais ricos e os pobres tendem à miséria, especialmente nesses últimos dois anos marcados pela ampliação do conservadorismo burguês em descomedida ingerência na economia do país pós golpe. Com esse cenário ainda mais desfavorável à classe trabalhadora, somam-se expressões da questão social, como a síndrome congênita por Zika (SCZ). No debate contemporâneo do Serviço Social, a questão social, chave heurística para compreensão da sociedade do capital, é apreendida como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum a produção cada vez mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2001, p.27).

3. INFECCÃO PELO ZIKA VÍRUS E ACESSO A POLÍTICAS SOCIAIS

Conforme a correlação de forças entre as classes patronal e a que vive do trabalho, haverá maior ou menor concessão do capital ao trabalho, mediados pelo Estado. A dialética histórica ensina que há avanços e recuos nas mobilizações de trabalhadores/as e retrações ou conquistas de direitos sociais. Nesse bojo, a década de 1980 caracterizada pela efervescência de movimentos sociais democratizantes logrou a conquista de direitos sociais que integraram o texto constitucional, notadamente o sistema de Seguridade Social

brasileiro, composto pelas políticas de Assistência Social, Previdência Social e Saúde.

A mediação entre os direitos assegurados nos marcos legais e sua efetivação pelo Estado burguês é contraditória, já que este direciona a intervenção conforme as demandas do capital; isso significa direção oposta aos interesses da classe trabalhadora, excetuando-se pela oferta, em geral restrita, de políticas e programas sociais. Ainda assim o Estado, caracteriza-se como interventor pontual frente às demandas sociais uma vez que atua sobre efeitos da Questão Social e não sobre suas causas fundantes, mas tem papel do fundamental, já que não se constitui em mera entidade, mas na expressão de interesses dominantes.

O Estado é, hoje, capitalista e do capitalismo, e não independe do sistema sócio-econômico e político que o criou. O Estado moderno é, na verdade, uma criação do mesmo projeto instaurador da ordem burguesa, é parte do processo que colocou os proprietários dos meios de produção no controle do poder político-econômico. (MONTÃO, 1999, p. 49).

Em todas as fases do capitalismo¹¹, o Estado esteve presente e o capital dispôs dele. Ora autoritário, ora provedor, atualmente mínimo, mas sempre disponível às demandas do capital. A fase atual do capitalismo, denominada por alguns autores de acumulação flexível, caracteriza-se pelo capital 'pulverizado' pelo mundo, pela descentralização da produção e maior concentração de capital, pela flexibilização da exploração de trabalho.

A proposta de reforma do Estado para tornar-se um ente não interventor, não administrador, não protetor, correspondeu à explicação principal da crise dos países de economia periférica: tratava-se de uma crise do Estado que se tornara ineficiente e inadministrável. A política de ajuste neoliberal para o Brasil e para o continente latinoamericano padronizou a exigência desse 'novo' Estado, um Estado Mínimo, 'enxuto' em substituição ao dito Estado paternalista e 'inchado'; o receituário esbanjou no quesito das privatizações e restringiu enormemente o usufruto do fundo público pela classe trabalhadora. Mesmo antes da efetivação dos direitos sociais constantes na Constituição Federal de 1988, conquista das lutas e movimentos populares, as políticas sociais

¹¹ Do capitalismo concorrencial – primórdios – ao capitalismo monopolista e até à atual fase do capitalismo, o Estado funcionou como guardião das condições de produção, reprodução, acumulação.

brasileiras passaram a ser ameaçadas e/ou desmontadas, principalmente as políticas de Assistência Social e Saúde.

A Política de Previdência Social integrante da Seguridade Social brasileira, porém diferente por seu caráter contributivo, igualmente tem sido mirada pelo mercado como campo altamente rentável e não faltaram proposições de reformas da Previdência nos anos pós-Constituição de 1988; ocorreram mudanças danosas à classe trabalhadora nos cálculos de recolhimento, alterações nas regras de aposentadoria e, a partir de 2016, com a saída da presidenta Dilma Roussef do executivo federal, o ataque à Previdência Social tornou-se frontal e aberto, sendo concreta a possibilidade de quase completa extinção dos atuais direitos de trabalhadores/as segurados/as.

O trato da Questão Social contido no projeto neoliberal, relegou as políticas sociais e assistenciais a nível marginal. A ideia de contrato social e de níveis aceitáveis de sobrevivência, mesmo nos limites da sociedade capitalista, cedeu lugar à completa mercadorização da vida humana. Se o Estado burguês sempre foi “capitalista e do capital” (MONTAÑO, 1999), porém permeável a demandas das classes subalternas, torna-se, nos tempos atuais, exclusivamente capitalista e do capital. Ampliam-se manobras políticas para privatização da Seguridade Social, seguindo o caminho da refilantropização das respostas à Questão Social com transferência de responsabilidades sociais do Estado para a sociedade civil, e favorecendo a apropriação do fundo público pela mercantilização de setores de alta rentabilidade, como a alta complexidade da Saúde e os fundos previdenciários. Para Behring e Boschetti (2006) o período dos anos 1990 até agora tem se caracterizado por uma contrarreforma do Estado com óbices à efetivação das conquistas de 1988.

Em um país como o Brasil, com as tradições político-econômicas e socioculturais, e que apenas a partir da Constituição de 1988 passa a ter em perspectiva a construção de um padrão público universal de proteção social, coloca-se um quadro de grande complexidade, aridez e hostilidade, para a implementação dos direitos sociais. Esta (a Constituição) institui como direitos a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência social. Prevalece o consenso de que a introdução da seguridade social na Carta Magna de 1988 significou um dos mais importantes avanços na política social brasileira, com possibilidade de estruturação tardia de um sistema amplo de proteção social, mas que não se materializou, permanecendo inconclusa (p. 156).

No âmbito da Política de Assistência Social, destaca-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC), instituído na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 203. Posteriormente regulamentado Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS - Lei nº 8.742/931, o BPC tem como critérios de elegibilidade renda familiar per capita de no máximo ¼ de salário-mínimo, comprovação de deficiência ou idade superior a 65 anos. A partir de 2009, devido a implementação de mudanças na forma de avaliação para concessão do Benefício, passou a abranger casos de microcefalia¹²; com o surto do Zika vírus e as descobertas da transmissão vertical, famílias das crianças identificadas com microcefalia resultante da infecção pelo vírus demandaram concessão do BPC e, de acordo com Pereira et al (2017, p. 4), “... em 2016 o número de concessões para esta deficiência [microcefalia] nesta faixa etária [menores de 48 meses] atingiu 1.603 benefícios, aumentando em oito vezes a média de concessões”. O estado de Pernambuco teve o maior número de concessões, 17,5% do total. A concessão do BPC nesses casos reitera a imbricada relação entre adoecimento e condições socioeconômicas, tema aqui abordado.

A despeito da importância do acesso ao direito e da normatização que ampliou essa possibilidade, bem como da importante evolução do número de BPC concedidos entre 2009 e 2016 para crianças de até 48 meses (ibidem), sabe-se que isso não assegura à população completude no atendimento de suas necessidades básicas, pois, mesmo para quem obteve resultado positivo no pleito do BPC, a renda pode permanecer aquém da garantia até mesmo dos 'mínimos sociais' previstos na Política de Assistência Social.

A partir da realização de entrevistas sociais com 20 famílias que compõem o grupo que integra a presente pesquisa, verificamos que todas

¹² No ano de 2009, a avaliação de concessão do BPC passa a tomar por base a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) tendo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência como horizonte. Antes disso a Classificação Internacional de Doenças (CID), portanto, era o único critério. A nova forma de avaliação é regulamentada pelas Portarias Conjuntas MDS/INSS nº 1/2009 e nº 1/2011 e inclui perícias médica e social. O papel do Serviço Social nesse espaço sócio-ocupacional tem sido significativo em contribuir para o acesso a direitos, inclusive pelo reconhecimento da complexidade da questão e da interação deficiência e condições materiais.

encontram-se abaixo da linha da pobreza, residem em territórios periféricos em precárias condições de habitação, o estão inscritas no CADÚnico ou são beneficiárias do Programa Bolsa-Família, a renda familiar situa-se entre um e um e meio salário mínimo, sendo oriunda de trabalhos informais. Essas condições materiais constituem-se em determinações indubitáveis de processos de adoecimento.

4. CONCLUSÃO

Sabe-se que na retração das ações do Estado, característica do momento atual de desmonte da Seguridade Social brasileira, interpõem-se mais requisições às redes de apoio sociofamiliares. A matricialidade sociofamiliar, refere-se à centralidade da família como núcleo social fundamental para a efetividade de todas as ações e serviços da Política de Assistência Social. No que toca à implementação da Política de Saúde, campo diretamente relacionado à problemática deste estudo, a lógica da matricialidade familiar é igualmente evidenciada. Parece-nos haver demandas à família de usuários/as do SUS. Por vezes essas requisições extrapolam a ordem do cuidado rotineiro e beira a responsabilização diante do estado de saúde. Nesse tempo de ação minimalista e de desresponsabilização do Estado, cresce a exigência posta às famílias. Que o horizonte de um projeto societário emancipatório nos mantenha na marcha da luta histórica: tensionando os trâmites do acesso a direitos, provocando espaços de discussão e problematização política, investindo na reflexão crítica da classe trabalhadora. Entendemos a pesquisa social como campo político, produtor de massa crítica. Se o que move a pesquisa é o conhecimento crítico da realidade, é urgente a ação, também crítica, sobre a realidade.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Nota técnica. **Microcefalia e doenças vetoriais relacionadas ao Aedes Aegypti**. 2016. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-tecnica-sobre-microcefalia-e-doencas-vetoriais-relacionadas-ao-aedes-aegypti-os-perigos-das-abordagens-com-larvicidas-e-nebulizacoes-quimicas-fumace/15929/>. Acesso em: 16 jun. 2018.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. Ministério da Saúde. Vol. 49, nº 3. Brasília: 2018. Disponível em:
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/30/2018-002.pdf>.

BRUNONI D, Blascovi-Assis. et al. Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. **Cien Saude Colet**. v. 21, n. 10, p. 3297-302, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Confirmação do Zika vírus no Brasil**. Brasília: 2015. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/17702-confirmacao-do-zika-virus-no-brasil>.

_____. IBGE. Brasília: 2010. Disponível em:
<https://observatoriosar.wordpress.com/2018/01/16/voce-conhece-a-situacao-do-saneamento-em-seu-bairro/>. Acesso em: 16 jun. 2018.

DINIZ, Débora. 2016. **Zika: do Sertão nordestino à ameaça Global**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis**, Brasília, ano 2, nº 3, jan./jul. 2001.

LESSER, Jeffrey; KITRON, Uriel. A geografia social do zika no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, p.167-175, dez. 2016. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880012>. Acesso em: 16 jun. 2018.

MONTEIRO, A.; AUGUSTO, L. G. S. Microcefalia e Saneamento. **Diário de Pernambuco**, Recife, 24 dez. 2016. Opinião, p. A9.

FUNDACE. **Perdas de Água: entraves ao avanço do saneamento básico e riscos de agravamento à escassez hídrica no Brasil**. São Paulo, 2013.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Determinantes, Determinação e Determinismo Social. **Saúde em Debata**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, set./dez. 2009.

PEREIRA, Éverton Luís et al. Perfil da demanda e dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC) concedidos a crianças com diagnóstico de microcefalia no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p.3557-3566, nov. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.22182017>, Acesso em: 16 jun. 2018.

REVISTA EXAME. **Maioria dos bebês com microcefalia são de famílias pobres**. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/brasil/maioria-dos-bebes-com-microcefalia-sao-de-familias-pobres/> . Acesso em 16 jun. 2018.

SCOTT, R. P. et al. A Epidemia de Zika e as Articulações das Mães num Campo Tensionado entre Feminismo, Deficiência e Cuidados. **Revista Cadernos de Gêneros e Diversidade**, v. 3, n.2, p. 73-92, 2017a.

SILVA, Ana Cláudia Rodrigues da; MATOS, Silvana Sobreira de; QUADROS, Marion Teodósio de. Economia Política do Zika: Realçando relações entre Estado e cidadão. **Anthropológicas**, Recife, v. 28, n. 1, p.223-246, 2017.

Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaanthropologicas/article/view/231440>, Acesso em: 16 jun. 2018.

VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da práxis**. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociales – CLACSO; São Paulo: Expressão Popular, Brasil, 1995.