



# 8º Encontro Internacional de Política Social 15º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Questão social, violência e segurança pública:  
desafios e perspectivas

Vitória (ES, Brasil), 16 a 19 de novembro de 2020

---

Eixo: Política de Saúde: 30 anos da Lei Orgânica da Saúde.

Sub-eixo: Análise e avaliação do SUS.

## Rede de saúde para crianças com Síndrome Congênita do Zika em Vitória (ES)

Cynthia Alves da Silva <sup>1</sup>

Maria Lúcia Teixeira Garcia <sup>2</sup>

**Resumo:** O artigo analisa a rede de assistência em saúde às crianças com Síndrome Congênita do Zika (SCZ), implementada em Vitória, Espírito Santo, a partir de 2015. Objetiva-se compreender como ações e serviços foram ofertados, cotejando-os às orientações do Ministério da Saúde (MS). Trata-se de Estudo de Caso e pesquisa qualitativa. Realizamos entrevista semiestruturada com representante da gestão municipal de saúde e 17 profissionais de 9 serviços da rede assistencial e pesquisa documental. O município seguiu as recomendações do MS. Permanecem dificuldades (anteriores ao ZIKV) para acesso às ações e serviços e surgem novas necessidades (algumas delas atendidas, outras não). Concluímos que as necessidades de saúde das crianças foram atendidas no âmbito do já ofertado pelo Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Síndrome congênita do Zika; Rede municipal de atenção à saúde; Política de Saúde; Brasil.

## Health network for children with Congenital Zika Syndrome in Vitória-ES

**Abstract:** The article analyzes the health care network for children with Congenital Zika Syndrome (SCZ), implemented in Vitória, Espírito Santo, as of 2015. The objective is to understand how actions and services were offered, comparing them to the guidelines of the Ministry of Health (MS). This is a case study and qualitative research. We conducted a semi-structured interview with a representative of the municipal health management and 17 professionals from 9 services in the assistance network and documentary research. The municipality followed the recommendations of the Ministry of Health. Difficulties remain (prior to ZIKV) to access actions and services and new needs arise (some of them met, others not). We concluded that the children's health needs were met within the scope of what was already offered by the Unified Health System.

**Keywords:** Congenital Zika syndrome; Municipal network of health services; Health Policy; Brazil.

## 1 Introdução

Este artigo analisa a rede de assistência em saúde para as crianças com a SCZ, implementada no município de Vitória, no Espírito Santo (ES). Objetiva-se compreender como as ações e serviços foram ofertados, cotejando-os às recomendações do MS. A pesquisa <sup>3</sup> analisou a assistência às crianças partindo do parto e nascimento até a

---

<sup>1</sup>Assistente social. Mestre em Política Social – PPGPS/UFES e especialista em saúde da criança e do adolescente HUCAM/UFES. Email: cynthia26.as@gmail.com

<sup>2</sup>Coordenadora do PPGPS/UFES e bolsista de Pq do CNPQ. Email: lucia-garcia@uol.com.br

<sup>3</sup> A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFES sob parecer nº 3.101.131 e contou com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES).

estimulação precoce, compreendendo a idade definida (até o ano de 2019) nos protocolos federais, ou seja, 0 a 3 anos de idade.

A discussão sobre Redes de Atenção à Saúde (RAS) data dos anos 1920, no Reino Unido, a partir da publicação do Relatório Dawson (GORSKY, 2006; OLIVEIRA, 2016; PORTELA, 2017). Várias experiências de redes integradas de saúde foram registradas ao redor do mundo (INSTITUTE OF MEDICINE, 2002; HUTCHISON et al., 2000).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e Lei orgânica da Saúde (leis 8.080/1990 e 8.142/1990), prevê assistência via promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando ações assistenciais e de prevenção (BRASIL, 1990; BRASIL, 1990a). A complexidade do SUS envolve ser único e integrado no país (com 5570 municípios), a diversidade de contextos regionais e de necessidades de saúde (Arruda Lopes et al., 2015) e o subfinanciamento e desfinanciamento como barreira para ofertar assistência (Mendes et al., 2018). No processo de definição das redes, a Portaria N° 4.279 de 2010, estabeleceu diretrizes para organização no âmbito do SUS (BRASIL, 2010), sendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS):

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

Posteriormente, o Decreto n° 7.508 de 2011, reforçou a conformação das Regiões de Saúde – a partir das quais são pactuadas e ofertadas ações – considerando serviços disponíveis de responsabilidade dos entes federativos (BRASIL, 2011). Além dos desafios próprios do funcionamento das RAS (recursos financeiros, capacitação de recursos humanos, organização, entre outros), acrescenta-se o complexo perfil epidemiológico brasileiro, onde a transição esperada nas décadas de 1980/1990 – doenças crônico-degenerativas (enfermidades cardiovasculares e os cânceres) substituindo as antigas epidemias de doenças infectoparasitárias – ainda não se concretizou. Ao contrário, coexistem velhas e novas doenças (Duchiade, 1999).

Como nova doença, em 2015, o Zika Vírus (ZIKV) aportou no Brasil

alarmando a população da maioria dos estados e municípios e despertando a atenção do mundo (Silva, 2019). Na América Latina, o Brasil foi o país mais afetado pelo ZIKV (Chan et al., 2016) – em menos de um ano após emergência, o vírus se fez presente em todas as regiões do país, com mais casos no nordeste e no sudeste<sup>4</sup>. O ZIKV e a síndrome a ele associada – Síndrome Congênita do Zika (SCZ) – impactaram, em maior parte, a população pobre do país, com consequências graves para crianças nascidas de mulheres infectadas pelo vírus durante a gestação (LESSER; KITRON, 2016; NUNES; PIMENTA, 2016; PNUD, 2017; HUMANS RIGHT WATCH, 2017; MARINHO et al., 2016). No Brasil, a confirmação da correlação do vírus com malformações congênitas mobilizou o Ministério da Saúde (MS) a publicar documentos orientadores da assistência em saúde, principalmente às mulheres em idade fértil, gestantes e crianças (SILVA, 2019).

## 2 Metodologia

Estudo de Caso único (YIN, 2005) e pesquisa qualitativa. Realizamos entrevista semiestruturada com representante da gestão municipal de saúde de Vitória e 17 profissionais de 9 serviços da rede assistencial para atendimento às crianças com SCZ<sup>5</sup>. A pesquisa ocorreu nos serviços da rede assistencial de Vitória-ES (própria e conveniada). Os serviços foram identificados com base nas informações da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória e da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do ES. Os entrevistados<sup>6</sup> foram identificados pela sigla dos serviços seguida dos algarismos 1, 2 e 3 – número máximo de entrevistados por serviço. A representante da gestão foi identificada como ‘Gestão municipal’. Também realizamos pesquisa documental envolvendo

---

4 Esse cenário fez com que, em fevereiro de 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretasse Emergência de Importância Internacional (ESPII) (BRASIL, 2016). Em novembro de 2015, o governo brasileiro já havia decretado Emergência de Importância Nacional (ESPIN) (BRASIL, 2015). A OMS encerrou a ESPII em novembro de 2016 (OPAS, 2016) e, dezoito meses após a declaração de ESPIN, o Ministério da Saúde (MS) reportou à Organização Mundial de Saúde (OMS) a queda no número de casos de ZIKV e de microcefalia no país suspendendo o Decreto de ESPIN (BRASIL, 2017).

5 Estivemos em cinco Unidades de Saúde da Família (USF) em territórios com casos confirmados de SCZ – Santo André (USF/SA), Bairro da Penha (USF/BP), Itararé (USF/I), Resistência (USF/R) e Jardim da Penha (USF/JP) e ainda, na Associação e Pais e Amigos do Excepcionais (APAE) de Vitória; Policlínica da Universidade de Vila Velha (Pol. UVV); Centro de Reabilitação Física do ES (CREFES) e Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG), conhecido como Hospital Infantil de Vitória.

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

manuais, planos e relatórios de gestão da saúde federal, estadual e municipal. Utilizamos análise de conteúdo de tipo categorial (BARDIN, 2004).

### **3 Lócus do estudo**

Vitória integra Região Metropolitana de Saúde do Espírito Santo (ES) com outros dezenove municípios, cuja população regional (estimativa 2017) chega a 55,56% dos residentes no ES. Dos 78 municípios do Estado, a capital está entre os quatro com populações acima de 350 mil habitantes<sup>7</sup> (4º lugar), os quais concentram 48% da população estadual (IBGE, 2019). Série histórica do IBGE (2019) demonstra que Vitória já apresentou, em 2014, o índice de mortalidade infantil (MI) mais baixo do Brasil, sendo 9,78 mortes por mil nascidos vivos. O índice voltou a crescer em 2017, alcançando 12,14 mortes/mil nascidos vivos. Esse crescimento segue tendência nacional<sup>8</sup>, tendo entre outras causas, a redução do investimento em políticas públicas.

A região da Grande Vitória, onde está Vitória, possui a maior infraestrutura e alocação de recursos na área de saúde do ES, além de maior fiscalização e atuação da SESA-ES (SILVA et al., 2018). Trata-se de município com rede de saúde que possibilita acesso a serviços nos três níveis de atenção em saúde, geridos por União, estado e município, além de unidades de apoio e diagnóstico. A organização da atenção à saúde no município divide-se em seis regiões: 1) Santo Antônio; 2) Maruípe; 3) São Pedro; 4) Forte São João; 5) Continental e 6) Centro. Estas regiões somam 29 Territórios de Saúde, que contam com 8 equipes de Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF).

### **4 Deu Zika! A SCZ em um município com rede ‘bem estruturada’**

Dados da Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE) do município

---

<sup>7</sup> São 358.267 habitantes em 2019, segundo o IBGE.

<sup>8</sup> Segundo o Ministério da Saúde, o índice de MI no Brasil aumentou de 13,3 mortes/mil habitantes em 2015 para 14 mortes/mil habitantes em 2016. Não ocorria um aumento na taxa nacional desde 1990. A taxa indica o número de bebês que morreram antes de completar um ano de vida a cada mil crianças nascidas vivas num dado período de tempo. O índice de MI é considerado um indicador da qualidade de alguns serviços oferecidos à população, como os serviços na área da saúde. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/atualidades/mortalidade-infantil-retorna-com-aumento-das-desigualdades-sociais/>>. Acesso em: 14 out. 2019.

apontam que entre 2015 e 2018 foram notificados 2.046 casos de ZIKV<sup>9</sup>, sendo 2.028 confirmados (99%). Destes, 146 (7,1%) em gestantes, sendo 142 confirmados (97%).

Entre 2016 e 2019, Vitória registrou 66 casos de SCZ, sendo nove confirmados (sete em 2016 e dois em 2017). Os casos notificados em 2018 e 2019 seguem em investigação, e antes de 2016 não há registros de casos de microcefalia devido a não obrigatoriedade de notificação<sup>10</sup>.

Os casos de SCZ confirmados<sup>11</sup> foram registrados em cinco das seis regiões de saúde (pontos vermelhos no mapa), conforme representado no Mapa 1. Apenas a Região 6 – Centro, não confirmou casos.

**Mapa 1. Regiões de saúde de Vitória com quantidade e localização dos equipamentos de saúde e territórios com casos confirmados de SCZ.**



Fonte: <[http://sistemas7.vitoria.es.gov.br/GeoWebApi/Downloads/pdf/saude/Regioes\\_Territoriais\\_de\\_Sau\\_de.pdf](http://sistemas7.vitoria.es.gov.br/GeoWebApi/Downloads/pdf/saude/Regioes_Territoriais_de_Sau_de.pdf)>, [s.d.] (editado, 2019).

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

10 Informação obtida junto à coordenação da GVE e GAS de Vitória-ES, por e-mail.

11 Dos nove casos confirmados, uma criança é atendida pela rede privada, um bebê foi a óbito e duas crianças saíram do cadastro de Vitória, devido mudança para outro município. Cinco crianças constavam como acompanhadas pelos serviços da rede municipal de Vitória à época da pesquisa.

Considerando este cenário e a capacidade da rede municipal, a representante da gestão municipal avaliou que Vitória enfrentou uma epidemia de pequeno para médio porte, mas com grande impacto. Para a gestão e profissionais entrevistados, Vitória tem uma RAS ‘bem estruturada’, que possibilitou controle dos casos e assistência necessária às crianças.

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

Ao visitarmos os serviços e conversarmos com os/as profissionais que os conduzem cotidianamente, foi possível identificar lacunas entre o direito e a realidade. Cabe dizer, que a materialização da assistência no cotidiano dos serviços envolve subjetividade de usuários e profissionais, capacidade de participação das famílias; compromisso dos profissionais com orientações recebidas; singularidades das populações dos territórios, recursos para trabalho, entre outros.

## **5 Na ilha<sup>12</sup>, a urgência e os desafios para a organização da assistência.**

A SCZ mobilizou o SUS em seus três níveis de atenção (SILVA, 2019). Para ofertar assistência às crianças, a gestão de Vitória movimentou todos os eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). No município, o acompanhamento das crianças também se dá pelo programa ‘Vitória da Vida’, objetivando “[...] acolher a todas as crianças de 0 a 10 anos, residentes em Vitória, prestando assistência integral à saúde, acompanhando o crescimento, desenvolvimento, doenças prevalentes na infância e monitorando fatores de risco [...]”. O Protocolo Vitória da Vida é uma importante ferramenta para manejo clínico das doenças e coordenação do cuidado, propondo reorganização do processo de trabalho nas unidades de atenção à saúde materno infantil.

---

12A Ilha de Vitória era chamada pelos indígenas de Ilha de Guaninira (Ilha do Mel). A cidade é uma das três ilhas-capitais do Brasil (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Orientações do MS, da SESA-ES<sup>13</sup> e documentos municipais<sup>14</sup> balizaram a organização do fluxo de atendimento em Vitória. Havia urgência do município em se preparar para um surto de magnitude desconhecida, que causou pânico entre os profissionais e colocou sobre o poder público grande responsabilidade: evitar impactos sociais e financeiros, agindo rápido para minimizar a ocorrência do ZIKV.

*“[...] a gente pensou na responsabilidade, que era muito grande, de pensar rapidamente o que a gente tinha que fazer pra minimizar o efeito disso no município. [...] a gestão precisou, em um tempo muito curto, articular todas as ações e serviços com todas as áreas afins.”* (Gestão municipal).

*“Então, a primeira coisa foi um espanto, depois foi um pânico. O que nós vamos fazer pra dar conta desse monte de grávida? [...] E as pessoas estavam displícemente vivendo! Sem saber o risco que corria.”* (USF/JP 2).

Todas as doenças exantemáticas passaram a gerar suspeitas de ZIKV e foi necessário organizar a porta de entrada devido maior demanda. A assistência às crianças e mulheres gestantes foi priorizada ante a microcefalia. Atualmente, as crianças com SCZ entram no fluxo normal de atendimento aos bebês de risco, junto a crianças com malformações neurológicas e/ou outras alterações não relacionadas ao ZIKV. A organização da assistência exigiu pactuação de responsabilidades entre União, estado e município, objetivando garantir integralidade da assistência. A gestão encontrou dificuldades advindas tanto da própria política de saúde, quanto da novidade representada pelo ZIKV, entre elas: poucas informações científicas sobre ZIKV e SCZ *versus* a necessidade de uma ação rápida; existência de demanda reprimida para neuropediatra e exames de alta complexidade (nível estadual); baixa resolutividade da Atenção Básica (AB) neste nível de atenção – problema citado como do SUS e não só de Vitória.

A busca de informações, oferta de treinamentos aos profissionais e estratégias

---

<sup>13</sup> A partir das recomendações do MS, em 2016, a SESA-ES elaborou o **Protocolo de assistência a gestantes com suspeita de Zika vírus e bebês com Microcefalia 2015-2016**. Esse documento reúne informações sobre a situação epidemiológica do ZIKV no ES; recomenda ações no âmbito da vigilância epidemiológica e orienta o acompanhamento clínico de gestantes e bebês, além de estabelecer o fluxo de atendimento no estado. A SEMUS de Vitória segue este protocolo.

<sup>14</sup> Nota Técnica nº 02/2015, sobre a forma de contratação de serviço de triagem e reabilitação e orienta preenchimento de formulário para solicitação de triagem na APAE e Programa de Atenção ao Desenvolvimento Infantil (PADI). A Nota Técnica nº 006/2016, recomenda serviços de saúde locais e demais condutas diante da epidemia por ZIKV, além da necessidade de acompanhamento de recém-nascidos (RN) com microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC) e RN expostos intra-útero à infecção pelo Zika.

de mobilização social foram importantes medidas adotadas pela gestão. Também foi fundamental a ‘Sala de Situação’, que monitorava e atualizava, diariamente, o número de casos no município, colaborando para aperfeiçoamento do Comitê de Investigação de Mortalidade Infantil e Materna (COPEMI) e elaboração de documentos orientadores para o município. Tais documentos reúnem orientações e determinam as atribuições de cada serviço que integra a rede para atendimento às crianças com SCZ em Vitória. A seguir, apresentamos particularidades do atendimento ofertado nestes serviços, destacando os limites e possibilidades para a oferta de cuidado às crianças diagnosticadas com a SCZ em Vitória (ES).

### **5.1 Em nível estadual: problemas de acesso e articulação.**

O Hospital estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HENSG) – ambulatório de SCZ; o Centro de Reabilitação Física do ES (CREFES) e a Policlínica da Universidade de Vila Velha (UVV), ao ofertarem serviços de especialidade em neurologia pediátrica e triagem/reabilitação auditiva, respectivamente, encontraram êxitos: ações que dependem prioritariamente dos profissionais (HEINSG e Policlínica UVV); disponibilidade de neuropediatra, especificamente para os casos de SCZ, na rede (HEINSG); acesso na modalidade porta aberta para os casos suspeitos e confirmados de SCZ (Policlínica UVV); entrosamento entre equipe, antiga no serviço (CREFES), entre outros.

As dificuldades relatadas referem-se à gestão; acesso a serviços de reabilitação; demora no acesso a especialistas (gastroenterologista, oftalmologista); ausência de geneticista; dificuldade em encontrar profissionais de reabilitação capacitados na área de neurologia; ausência de terapeutas ocupacionais (TO) nos serviços municipais; rotatividade de profissionais nos serviços municipais, prejudicando o vínculo e a comunicação e afetando o mecanismo de referência e contrarreferência; morosidade em processos licitatórios para aquisição de materiais para confecção de órteses; ausência de equipe multiprofissional no ambulatório de SCZ, entre outros.

*“Qual a maior dificuldade? Oftalmo! Até neuro tá um pouco melhor né, bem melhor com a estrutura de rede. Agora, oftalmo é difícil. Os exames, o gastro consegue, mas é sempre as mesmas dificuldades, é uma demora... Agora, no interior a gente tem a dificuldade do quê... Profissional [...] A prefeitura troca profissional muito né, tem a questão política, tem a questão da dificuldade de salário...” (CREFES 1).*

*“Eu acho que troca muito profissional na Unidade de Saúde e aí se perde.*

*Porque quem sabia não passou, entendeu? Quem assumiu não sabe. E isso acontece demais. Como é que resolve? Não sei, mas o grande problema tá nisso aí” (Pol. UVV 1).*

*“Aqui no Infantil sou só eu que acompanho as crianças, não tem equipe multidisciplinar, nada disso, elas vem aqui pra uma consulta. A gente não é um grupo multidisciplinar que atende junto, faz reunião clínica, discute os pacientes... Isso a gente infelizmente não tem. [...] O que tem aqui é assim, tem o ortopedista, eu preciso do ortopedista eu encaminho, mas essa criança vai praquele ortopedista como qualquer outro paciente, não existe um atendimento especial ou de grupo porque é uma criança com Zika” (HEINSG 1).*

Os problemas decorrem de dificuldades postas à saúde pública antes do ZIKV e conformam (desde sempre) o lado desarticulado da rede. O ZIKV ‘denunciou’ velhos problemas e trouxe novos, ressaltando as falhas do sistema de saúde (Silva, 2019). As dificuldades identificadas não ficam restritas à realidade dos serviços em nível estadual e conformam um paradoxo onde uma articulação limitada une os serviços em torno de dificuldades em comum. O reflexo das falhas ou o sucesso das ações em nível estadual também é sentido na oferta da assistência em nível municipal.

## **5.2 Em Vitória, uma rede funcional com antigas problemáticas.**

As cinco USF visitadas e a APAE<sup>15</sup> integram a rede assistencial às crianças com SCZ, sendo responsáveis pela assistência em nível primário e ações de estimulação precoce, respectivamente. Neste nível de atenção, muitos são os elementos positivos destacados, tanto na gestão, quanto nos serviços: busca ativa de mulheres gestantes nos territórios; sala de situação que monitorava e atualizava diariamente o número de casos no município, bem como aperfeiçoamento do Comitê de Investigação de Mortalidade Infantil e Materna (COPEMI); Rede Bem Estar – prontuários e regulação informatizados no nível municipal; incorporação do Protocolo do ZIKV nos serviços; atendimento multidisciplinar em algumas USF; vínculo com o território – profissionais efetivos; fluxo municipal bem construído tecnicamente, entre outros.

---

<sup>15</sup> A APAE de Vitória é credenciada junto ao Ministério da Saúde (MS) para realizar Teste do Pezinho, Teste do Suor, Teste da orelhinha e audiometria, além de ações de reabilitação. O serviço conta com profissionais de neurologia, psiquiatria, pediatria, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, terapia ocupacional, psicologia, serviço social e geneticista. Nos casos de SCZ, o atendimento foi centralizado na área de estimulação precoce (Informação obtida em entrevista).

As USF têm equipes compostas por médico/a da família e/ou generalista, assistente social, dentista, enfermeiro/a, fonoaudiólogo/a, psicólogo/a, farmacêutico/a, profissional de educação física, agente comunitário de saúde (ACS) e auxiliares. Algumas equipes estavam desfalcadas à época das entrevistas. Nestas, faltavam pediatra, assistente social e dentista. A rotatividade de profissionais, devido a contratos temporários, é vista como problemática.

*“[...] a pediatra, foi embora daqui e não veio outro. Às vezes essas especialidades são difíceis de conseguir, de manter na rede. Essa coisa de ser concursado, dá estabilidade, mantém o profissional no lugar. A gente teve uma assistente social 10 anos, aí ela foi convidada a trabalhar na Serra, depois já passaram duas e agora a gente tá sem por causa de negócio de contrato” (USF/BP 1).*

Quanto à estimulação precoce, intervenção na qual o MS aposta para minimizar as consequências da SCZ nas crianças, a APAE – serviço de referência em Vitória, não registrou maiores investimentos, ao passo que a demanda aumentou. Para iniciar atendimento na APAE<sup>16</sup>, as crianças enfrentam uma fila de espera, mas os casos de SCZ (suspeitos ou confirmados) foram priorizados. Esta foi a única mudança registrada no serviço, segundo os/as entrevistados/as. Esta determinação, por parte do MS, desagradou aos profissionais, por desconsiderar outras crianças que também precisam do serviço e que, segundo avaliação dos profissionais, apresentam quadro mais delicado e urgente ante as crianças atingidas pelo ZIKV.

*“Então, hoje eu tenho uma fila de 200 crianças esperando vaga. Eu poderia te dizer que um Zika vírus, na minha opinião, não é mais urgente entre as que estão esperando vaga. Aí o Ministério vai lá e define que essa criança é prioridade. Aí eu tiro uma criança que, na opinião da equipe, é uma prioridade [...] e aí eu tenho que botar um Zika vírus, independente da avaliação que a gente fez. Com isso houve uma mudança. É uma mudança que eu, particularmente, não concordo. Difícil pra mim aceitar, mas a gente muitas vezes é obrigado a acatar porque é o protocolo do Ministério. Independente de ter uma criança esperando há 3 meses, chegou um Zika vírus ontem, ele vai entrar na frente” (APAE 1).*

Nota-se a política do ‘cobertor curto’ – a proteção a um é desproteção ao outro. Esta realidade vai de encontro aos princípios do SUS. Além disso, as limitações dos serviços, por vezes, geram transferência de responsabilidades para as famílias. Na

---

<sup>16</sup> As crianças com alguma alteração no desenvolvimento são elegíveis para atendimento e crianças que não apresentam alterações, mas foram expostas ao ZIKV, são incluídas no Programa de Atenção ao Desenvolvimento Infantil (PADI). No PADI, a criança é acompanhada por equipe multiprofissional até os 7 anos de idade.

APAE, assim como nos demais serviços visitados, a família é tida como central para o sucesso do tratamento das crianças<sup>17</sup>. Há que se ter “*um família estruturada, uma família boa. Boa você tá querendo dizer o quê? [...] Tem a ver com interesse e com amor, dedicação. É a família que define o sucesso do tratamento de uma criança*” (APAE 1).

As famílias são atendidas uma vez por semana. A ideia é que essa tenha condições de estimular a criança em casa e ‘dependa menos do serviço’. Ao ofertar atendimento uma vez por semana, a APAE segue recomendação mínima do MS, segundo as diretrizes de estimulação precoce (BRASIL, 2016), mas oferta assistência insuficiente diante das necessidades das crianças.

A realidade dos serviços não acompanha as proposições dos gestores de saúde. Os/as profissionais destacam que há um abismo entre o que os documentos orientadores exigem para o cuidado das crianças com SCZ e o que é possível fazer.

*“Entre o ideal e o que a gente consegue fazer tem uma distância muito grande. Não que o que a gente faça seja ruim... Se a gente ofertar o que se preconiza, por exemplo, no manual, eu vou atender metade das crianças que eu atendo hoje. Porque só aumenta, mas o serviço não aumentou. As pessoas escrevem isso lá nos seus escritórios de Brasília, no ar condicionado, aí não sabem o que acontece na prática ou fica imaginando que aqui é a Suécia”* (APAE 1).

As dificuldades enfrentadas pelos/as profissionais revelam-se como problemas em comum aos níveis estadual e municipal de saúde. Os problemas relatados podem ser agrupados em três áreas principais: 1) **gestão de recursos humanos**; 2) **acesso a serviços e especialistas** e 3) **gestão administrativa**. Abaixo (Figura 2), ilustramos as dificuldades encontradas no nível municipal de saúde, e destacamos as dificuldades comuns aos níveis estadual e municipal para a oferta da assistência em saúde às crianças com SCZ.

---

<sup>17</sup> Há duas formas de responsabilização das famílias no âmbito dos serviços, uma forma prática administrativa, que envolve os movimentos relacionados à burocracia dos serviços, por exemplo, atividades relativas ao acesso ao direito. A outra, na forma de participação das famílias, que pode ser requerida tanto em práticas formais, quanto em práticas informais de integração e geralmente estão relacionadas às limitações dos serviços (MIOTO; DAL PRÁ, 2015).

Figura 1. Dificuldades encontradas na rede municipal e dificuldades em comuns nos níveis estadual e municipal, por área, segundo entrevistados.



Fonte: elaboração própria (2019).

## 6 Considerações finais

A organização da RAS no município de Vitória seguiu as recomendações do MS, contudo, permanecem dificuldades (anteriores ao ZIKV) para acesso às ações e serviços e surgem novas necessidades (algumas delas atendidas, outras não). No município, houve incremento de ações que já eram anteriormente executadas, maior cobrança junto aos profissionais quanto às rotinas de parto e nascimento das crianças, bem como seguimento na Atenção Básica e serviços de referência e reabilitação. Os/as profissionais entrevistados/as e a representante da gestão municipal de saúde avaliam que as ações e serviços ofertados em Vitória respondem às necessidades de saúde das crianças com SCZ e convergem para o enfrentamento do problema.

Por outro lado, há relatos de precarização dos recursos humanos em saúde – ausência de concursos e planos de carreira, favorecendo uma lógica de contratação por tempo determinado; prejuízo no vínculo dos/as profissionais com os serviços e com os territórios em que trabalham; dano ao trabalho em equipe e perdas na relação com outros serviços da rede e usuários, comprometendo a integralidade da assistência. Apontam ainda, insuficiência da rede de reabilitação para ofertar atendimento em estimulação precoce que atenda as necessidades das crianças. Identificamos que as limitações dos serviços são minimizadas com o repasse de responsabilidades para as famílias, via discurso da corresponsabilidade no cuidado. Os/as profissionais chamam nossa atenção para o fato de que a realidade dos serviços e as condições de trabalho dadas aos profissionais não acompanha as proposições teóricas dos gestores de saúde.

Concluimos que as necessidades de saúde das crianças atingidas pela SCZ foram atendidas em alguma medida, ou seja, no âmbito do que já é realizado e em meio às tantas dificuldades historicamente enfrentadas pela política de saúde. Ao findar nosso trajeto, descobrimos o que temíamos: o ZIKV foi mais um susto e se tornou mais um flagelo a pesar sobre os ombros da população empobrecida que teima em sobreviver em meio aos parasitos, à negação de direitos, às iniquidades e à desigualdade que se faz persistente em terras brasileiras.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, C, LOPES, SGR, KOERICH, MHAL et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc Anna Nery*, 19(1): 169-173, 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília (DF), 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, [...] e dá outras. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.813**, de 11 de novembro de 2015. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. **OMS anuncia Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional**. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. **Governo decreta fim da Emergência Nacional para o vírus Zika e microcefalia**. 2017.

CHAN, J.F.W. et al. Febre Zika e síndrome congênita do Zika: uma doença arboviral emergente inesperada. **Journal of Infection**, Reino Unido, v. 72, n. 5, p. 507-524, mai. 2016.

DUCHIADE, M.P. População brasileira: um retrato em movimento. In: MINAYO, M.C.S [Org.]. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. 2.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado. Região Metropolitana. Disponível em: <https://www.es.gov.br/turismo/regiao-metropolitana> (Acesso em 14 Outubro 2019).

GORSKY, M. The Gloucestershire Extension of Medical Services Scheme: An Experiment in the Integration of Health Services in Britain before the NHS. **Med. Hist.** 50(4): 491–512, 2006.

HRW - HUMAN RIGHT WATCH. **Relatório Esquecidas e desprotegidas: O impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no nordeste do Brasil**. Jul. 2017.

HUTCHISON, B, LEVESQUE, J-F, STRUMPF E, COYLE, N. Primary Health Care in Canada: Systems in Motion. **The Milbank Quarterly**, 89(2): 256–288, 2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. 2019.  
 INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. The Health Care Delivery System. In: Institute of Medicine (US) Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. **The Future of the Public's Health in the 21st Century**. Washington (DC): National Academies Press (EUA), pp.(212-257), 2002.

LESSER, J. KITRON, U. A geografia social do Zika no Brasil. **Revista Estudos Avançados**. Instituto de Estudos Avançados (IEA) USP. 30 (88), 2016. p. 167-175.

MARINHO, F. et al . Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 701-712, dez. 2016.

MENDES et al. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42 (spe1), Rio de Janeiro, Set. 2018.

MIOTO, R.C.T.; DAL PRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da Política Social brasileira. In: MIOTO, R.C.T.; CAMPOS, M.S.; CARLOTO, C.M. [orgs.]. **Familismo, direito e cidadania: contradições da Política Social**. São Paulo: Cortez, 2015, p. 147-178.

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

OLIVEIRA, NRC. UNA-SUS/Universidade Federal do Maranhão. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**, 2016.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **OMS declara fim de Emergência de Saúde Pública Internacional, mas diz que resposta ao Zika e suas consequências deve continuar**. 2016.

PNUD. **Uma avaliação do impacto socioeconômico do vírus Zika na América Latina e Caribe: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso**. 2017.

PORTELA, GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 27(2): 255-276, 2017.

SEMUS. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória - ES. Gerência de Atenção em Saúde (GAS). **Nota Técnica nº 02/2015**. Vitória: SEMUS/GAS, 2015. Acesso restrito.

\_\_\_\_\_. Gerência de Atenção em Saúde (GAS). **Nota Técnica nº 06/2016**. Vitória: SEMUS/GAS, 2016. Acesso restrito.

SESA - Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo - ES. **Protocolo de Assistência**

**a Gestantes com suspeita de Zika vírus e bebês com Microcefalia 2015-2016.**

Vitória: SESA, 2016.

SILVA, CA. **Deu Zika! Serviços de Saúde para casos de Síndrome Congênita do Zika em Vitória-ES.** Dissertação (Mestrado em Política Social), Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

SILVA, UMP, LEAL, ML, GARCIA, EM et al. Vigilância do óbito infantil no Espírito Santo, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, 20(4): 31-37, 2018.

TEIXEIRA, M. G. Zika e microcefalia: uma pandemia em progresso. **Rev. Ensaios e diálogos**. 2016, p. 32-36.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.