



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas (ICH)
Departamento de Serviço Social (SER)
Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS)

Epidemia de zika vírus no Brasil em 2015: um retrato da
desigualdade social.

Aluna: Juliana Oliveira de Almeida (18/0005065)

Brasília – DF
Fevereiro de 2020



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas (ICH)
Departamento de Serviço Social (SER)
Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS)

Epidemia de zika vírus no Brasil em 2015: um retrato da desigualdade social.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Política Social pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, sob a orientação da Prof.^a Dr^a. Livia Barbosa Pereira.

Aluna: Juliana Oliveira de Almeida (18/0005065)

Brasília – DF
Fevereiro de 2020

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

AOL48e Almeida, Juliana Oliveira de
Epidemia de zika vírus no Brasil em 2015: um retrato da
desigualdade social. / Juliana Oliveira de Almeida;
orientador Livia Barbosa Pereira. -- Brasília, 2020.
129 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Política Social) --
Universidade de Brasília, 2020.

1. Zika vírus; . 2. Epidemia 2015; . 3. Desigualdade
social; . 4. Saúde; . 5. Capitalismo.. I. Pereira, Livia
Barbosa, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

“[...] políticas de
provisão de saúde
pública são políticas de
combate à pobreza e à
desigualdade”.

Marcelo Neri
Wagner Soares

Dedico este estudo às vítimas dessa tragédia humanitária, a epidemia de zika de 2015 no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu marido querido, Mário, pelo incentivo quando decidi seguir novos caminhos profissionais e apoio incondicional nas minhas incontáveis horas de estudo.

À minha família pelo apoio e torcida constantes.

Aos/Às estimados(as) professores(as) pelo conhecimento transmitido, sobretudo à professora Dra. Lívia Barbosa Pereira, minha bondosa orientadora, pelo especial incentivo e oportunidades na vida acadêmica.

Às professoras Dra. Jane Jeson e Dra. Françoise Montanbeault pela acolhida na Universidade de Montreal durante o meu intercâmbio acadêmico no Canadá, especialmente à querida professora Jane que me deu valiosas orientações, sem as quais esta pesquisa não seria a mesma. Assim, aproveito para agradecer também à Universidade de Montreal e seus servidores que me deram apoio em todos os trâmites burocráticos, bem como ao Ministério da Educação canadense pela minha inclusão no “Emerging Leaders in the Americas Program” que proporcionou a concretização deste intercâmbio.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo suporte financeiro durante esses dois anos de pesquisa, essencial para o desenvolvimento desta.

À querida Domingas Carneiro, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Política Social, pela presteza em atender às demandas dos/das discentes.

A Evilásio Salvador, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Política Social.

RESUMO

A epidemia de Zika vírus de 2015 foi um marco na história do Brasil, tendo afetado mais gravemente as regiões mais pobres do país. Milhares de pessoas foram acometidas pela doença, tendo impactado desproporcionalmente mulheres e meninas vulnerabilizadas e seus filhos nascidos com síndrome congênita de zika. O surto do vírus zika no Brasil agravou antigos e conhecidos problemas de direitos humanos e cidadania, evidenciando também a relação entre a epidemia e a desigualdade social. Diante da magnitude e repercussão desta tragédia humanitária, urge a necessidade de pesquisa do tema em diversas áreas, para assim, combater novas epidemias. Desse modo, o objetivo geral do presente estudo foi investigar como a desigualdade social produziu a epidemia de zika vírus de 2015 no Brasil. Para tanto foram utilizados dados oficiais disponibilizados pelas autoridades brasileiras, sendo estes o rendimento mensal domiciliar per capita e os números sobre a infecção pelo vírus zika e a síndrome congênita de zika de cada unidade da federação, bem estudos de grande magnitude sobre a epidemia no país. Assim, os dados foram analisados numa abordagem quanti-qualitativa, considerando o contexto social, político e econômico para uma melhor compreensão e interpretação do fenômeno. Os resultados encontrados demonstraram uma correlação negativa entre rendimento mensal domiciliar per capita com a infecção pelo zika, bem como com os casos de síndrome congênita de zika, corroborando a afirmação do campo da saúde pública de que a desigualdade social produz processos de adoecimento, tendo sido capaz de produzir a epidemia de zika vírus de 2015 no Brasil.

Palavras-chave: Zika vírus; Epidemia 2015; Desigualdade social; Saúde; Capitalismo.

ABSTRACT

The 2015 Zika virus epidemic was a milestone in the history of Brazil, having affected the poorest regions of the country most severely. Thousands of people were affected by the disease, having disproportionately impacted vulnerable women and girls and their children born with congenital Zika syndrome. The outbreak of the Zika virus in Brazil has aggravated old and well-known problems of human rights and citizenship, also highlighting the relationship between the epidemic and social inequality. In view of the magnitude and repercussion of this humanitarian tragedy, there is an urgent need for research on the topic in several areas, in order to combat new epidemics. Thus, the general objective of the present study was to investigate how social inequality produced the 2015 Zika virus epidemic in Brazil. For this purpose, official data about the per capita monthly household income and the numbers on the Zika virus infection and the congenital Zika syndrome of each federation unit were used, as well as studies of great magnitude on the epidemic in the country. Thus, the data were analyzed using a quantitative and qualitative approach, considering the social, political and economic context for a better understanding and interpretation of the phenomenon. The results found demonstrated a negative correlation between per capita monthly household income with Zika infection, as well as with cases of congenital Zika syndrome, corroborating the statement in the field of public health that social inequality produces illness processes, having been capable of producing the 2015 Zika virus epidemic in Brazil.

Keywords: Zika virus; Epidemic 2015; Social inequality; Health; Capitalism.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Cruzamento de dados relativos a incidência de zika e renda das unidades federativas, ano 2016.	85
Gráfico 2 - Cruzamento de dados relativos a incidência de zika e renda nas unidades federativas (exceto MT e RJ), ano 2016.	86
Gráfico 3 - Cruzamento dos dados relativos a microcefalia e renda em todas as unidades federativas, ano 2015.	89
Gráfico 4 - Cruzamento dos dados relativos a microcefalia e IDH em todas as unidades federativas, ano 2015.	90
Tabela 1 - Número de casos prováveis de infecção pelo vírus zika e taxas de incidência a cada 100 mil habitantes nas unidades federativas, ano 2016.	75
Tabela 2 - Depósitos predominantes identificados no Levantamento Rápido de Índice de Infestação por <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA) das regiões brasileiras, anos 2015 e 2016.	78
Tabela 3 - Número de casos prováveis de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika e taxas de incidência a cada 100 mil habitantes nas unidades federativas, ano 2015.	79
Tabela 4 - Rendimento mensal domiciliar per capita, IDH e população estimada das unidades da federação, ano 2015 e 2016.	81
Tabela 5 - Quadro comparativo das regiões da Capital e da Baía de Ilha Grande no Estado do Rio de Janeiro, ano 2016.	87
Tabela 6 - Quadro comparativo dos municípios de Cuiabá e Nova Mutum no Estado do Mato Grosso, ano 2016.	88

LISTA DE SIGLAS

BE	Boletim Epidemiológico
BM	Banco Mundial
BPC	Benefício de Prestação Continuada
EBC	Empresa Brasileira de Comunicação
FGV/IBRE	Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getulio Vargas
FMI	Fundo Monetário Internacional
HRW	Human Rights Watch
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LIRAA	Levantamento Rápido de Índice de Infestação por Aedes aegypti
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não-governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PIB	Produto Interno Bruto
PNA	Plano Nacional de Adaptação à Mudança do Clima
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SCZ	Síndrome congênita de Zika
SES	Secretarias de Estado de Saúde
Sinan-NET	Sistema de Informação de Agravos de Notificação – NET
SUS	Sistema Único de Saúde
ZIKV	Zika vírus

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO: Apresentação da pesquisa	09
CAPÍTULO 1: Trajetória da epidemia de zika de 2015 no Brasil	24
CAPÍTULO 2: Capitalismo e desenvolvimento socioeconômico no Brasil	39
CAPÍTULO 3: O debate sobre a saúde e a desigualdade social	55
CAPÍTULO 4: A correlação da epidemia de zika de 2015 no Brasil e a desigualdade social	74
4.1. Dados epidemiológicos da infecção por zika e socioeconômicos das unidades da federação e do Brasil	74
4.1.1. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	74
4.1.2. DADOS SOCIOECONÔMICOS	81
4.2. Uma análise dos dados apresentados	83
4.3. Breve balanço da ação governamental no enfrentamento da epidemia .	97
4.4. Breves considerações sobre o papel da política social	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114

INTRODUÇÃO: Apresentação da pesquisa

A epidemia do vírus zika (ZIKV) no Brasil em 2015, foi um marco na história do país e da medicina. Após este surto de 2015, o zika foi associado a complicações neurológicas graves em razão do nascimento de milhares de bebês com desenvolvimento atípico do cérebro. Na ocasião, o governo brasileiro decretou Emergência Nacional de Saúde Pública e a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional.

Dados epidemiológicos sobre a doença divulgados pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas Secretarias de Estado de Saúde (SES) apontaram para o fato de que as regiões mais atingidas pela epidemia no Brasil, foram também as mais empobrecidas do país, em especial na região nordeste. Ressaltando que o surto ainda ocorreu num momento em que o país enfrentava sua pior recessão econômica em décadas, forçando as autoridades a tomarem decisões difíceis sobre a alocação de recursos para o enfrentamento da epidemia.

Diversos estudos foram realizados sobre o tema, apontando que os impactos de longo prazo do surto de zika recaíram desproporcionalmente sobre mulheres e meninas, cujo perfil¹ pode ser sintetizado da seguinte maneira: jovens; negras e indígenas; nordestinas; solteiras; de baixa renda; periféricas aos grandes centros urbanos; com baixa escolaridade; sem emprego formal ou sem nenhum tipo de ocupação no mercado de trabalho; dependentes das políticas sociais do Estado. Além disso, apontaram igualmente para a necessidade de investimentos em saneamento básico, acesso à água potável e fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Diante desse quadro, é preciso pensar a respeito de tais dados, fatos e achados científicos, investigando qual a relação entre eles, a fim de se ter clareza sobre as origens dessa epidemia, e assim, evitar/combater de forma efetiva/assertiva novos surtos. Em resposta à epidemia de zika de 2015, foi editada a Lei nº 13.301/16 e o Plano Nacional de Enfrentamento, ambos dispendo sobre a adoção de medidas de

¹ Em razão da vastidão e complexidade do tema, para aprofundamento sobre o perfil das mulheres e meninas mais impactadas pela epidemia de zika, com a problematização dos aspectos étnico-racial, de gênero e de pobreza, ver o estudo “As mães da epidemia”: uma análise do perfil das mães de crianças com síndrome congênita de Zika vítimas da epidemia de 2015 no Brasil”, de minha autoria.

vigilância em saúde. Contudo, tais medidas podem revelar-se ineficazes, posto que dificilmente serão implantadas ou plenamente implantadas frente a corrente política de cortes nos gastos públicos, de viés neoliberal, coroada pela promulgação da Emenda Constitucional nº 95 que limita por 20 anos os gastos públicos. Tal postura do governo brasileiro, leva à reflexão sobre as prioridades do governo/na sociedade capitalista, colocando os interesses do mercado à frente dos interesses da população. Estigmatizando, sobretudo os pobres/mais desfavorecidos, numa sociedade extremamente desigual.

Face ao exposto, depara-se com o seguinte problema: a epidemia atingiu sobretudo a região nordeste do Brasil, uma das regiões mais empobrecidas do país, bem como famílias já extremamente vulnerabilizadas.

De acordo com Antônio Carvalho e Paulo Buss (2009), autores com os quais aqui partilha-se das concepções acerca da influência das condições sociais na saúde, as políticas públicas neste campo desenvolveram-se, de maneira organizada e sistemática a partir do século XVII, durante a formação dos Estados Nacionais, surgindo o cuidado público com a saúde como política de proteção contra riscos sociais e ambientais, ou seja, surge a compreensão da determinação social na saúde e na doença. Importante registrar que não há aqui pretensões de se esgotar a discussão acerca dos determinantes sociais da saúde, posto não ser esta uma categoria central no estudo proposto.

Dando prosseguimento, segundo os autores, a partir do processo de reforma do sistema de saúde canadense na década de 1970, consolidou-se um modelo explicativo mais abrangente do processo saúde-doença, o modelo do campo da saúde. Essa concepção parte do reconhecimento de que a saúde e a doença não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, “mas são influenciados pelas **relações sociais e econômicas** que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida” (CARVALHO e BUSS, 2009, p. 151) (Grifo nosso). Dessa forma, para Carvalho e Buss, a dinâmica dessas relações entre os determinantes da saúde-doença caracteriza o perfil sanitário da população e, por isso, deve subsidiar a implementação de políticas de saúde.

Nesse sentido, Júlia Arêas Garbois, Francis Sodré e Maristela Dalbello-Araújo (2017) destacam o Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS, segundo o qual “os determinantes sociais da saúde são abordados em camadas, desde aquelas que expressam as características individuais, até as que incluem os macrodeterminantes do processo saúde-doença” (GARBOIS, SODRÉ e ARAÚJO, 2017, p. 66). Os autores também destacam o modelo proposto por Solar e Irwin, utilizado pela OMS em 2010 para estabelecer um novo marco conceitual sobre os determinantes sociais da saúde. Neste modelo, “os determinantes estruturais operam por meio de um conjunto de determinantes intermediários para moldar os efeitos na saúde” (GARBOIS, SODRÉ e ARAÚJO, 2017, p. 67).

Segundo Carvalho e Buss, a partir da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986 no Canadá, consolidou-se o movimento da promoção da saúde, que considera como foco da ação sanitária os determinantes gerais sobre a saúde. De acordo com os referidos autores, na América Latina tais ideias encontraram uma realidade de pobreza e desigualdade, impondo um foco maior nas questões estruturais, priorizando os processos comunitários voltados para mudanças sociais. Contudo, embora as estratégias da promoção da saúde tenham logrado avanços no controle de algumas doenças crônicas e agudas, ainda existem enormes desigualdades. Nesse sentido, fala-se em iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades de saúde entre grupos e indivíduos de uma mesma localidade. Segundo os autores, estas iniquidades são um dos traços mais marcantes da situação de saúde no Brasil, cujos determinantes se relacionam com as formas de organização da vida social.

Assim, de acordo com Carvalho e Buss, o fator mais importante para explicar a situação de saúde de um país é a maneira como sua riqueza se distribui. A desigualdade na distribuição de renda não é somente prejudicial à saúde dos grupos mais pobres, mas também à saúde da sociedade em seu conjunto. No caso do Brasil, a situação é duplamente grave, pois além de apresentar graves iniquidades na distribuição da riqueza, há grandes setores de sua população vivendo em situação de pobreza sem acesso a mínimas condições e bens essenciais à saúde.

Desse modo, os autores trazem que para lidar adequadamente com o processo saúde-doença é preciso enfrentar as determinações econômicas e sociais com ações que envolvam mudanças no sistema de atenção à saúde e intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas intersetoriais. Nesse sentido, torna-se obrigatória a ação coordenada dos diversos setores e instâncias governamentais. Contudo, eles apontam que deve ser dada prioridade a “políticas de desenvolvimento, voltadas para a distribuição mais equânime dos recursos socialmente produzidos, subordinando a economia ao bem-estar social” (CARVALHO e BUSS, 2009, p. 160). Entretanto, o que se vê atualmente no Brasil é o congelamento dos gastos públicos, priorizando a economia em detrimento do bem-estar social.

Considerando, assim, a forte influência na saúde das determinações econômicas e sociais, bem como da maneira como a riqueza socialmente produzida é distribuída, conforme acima exposto, e considerando ainda o fato da epidemia ter atingido sobretudo uma das regiões mais empobrecidas do país e famílias vulnerabilizadas, faz-se de extrema necessidade uma discussão a partir da desigualdade social gerada pelo sistema capitalista. Dessa forma, para entender o porquê da epidemia ter se comportado de tal maneira é preciso também refletir sobre os tensionamentos provocados este sistema que rege as relações sociais, determinando a forma como a sociedade se estrutura.

O sistema capitalista e os tensionamentos por ele provocados ocasionam as severas desigualdades sociais e injustiça na distribuição da riqueza na sociedade. Tais tensionamentos são fruto do embate político entre capital e trabalho, ou seja, da disputa entre projetos societários antagônicos: de um lado, o projeto da burguesia, e do outro, o da classe trabalhadora, cada um em defesa de seus interesses. Na literatura do Serviço Social, este embate político é denominado “questão social”.

Nesse sentido, é válido registrar rapidamente o que é a questão social com base nos ensinamentos de autores já consagrados no estudo do tema, quais sejam, Marilda Villela Iamamoto, Maria Carmelita Yazbek, José Paulo Netto e Potyara A. P. Pereira. Assim, haverá uma melhor compreensão da discussão aqui proposta.

Para José Paulo Netto, a questão social é um ponto central e “praticamente consensual” na “agenda contemporânea” do Serviço Social, muito embora o significado desta expressão ainda não seja homogêneo e haja diversas compreensões e atribuições de sentido em torno dela. De acordo com Netto:

Todas as indicações disponíveis sugerem que a expressão “questão social” tem história recente: seu emprego data de cerca de cento e setenta anos. Parece que começou a ser utilizada na terceira década do século XIX e foi divulgada até a metade daquela centúria por críticos da sociedade e filantropos situados nos mais variados espaços do espectro político. A expressão surge para dar conta do fenômeno mais evidente da história da Europa Ocidental que experimentava os impactos da primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra no último quartel do século XVIII: trata-se do fenômeno do pauperismo. (NETTO, 2001, p. 42)

Segundo o autor, o uso da expressão “questão social” para designar esse pauperismo, relaciona-se com seus “desdobramentos sócio-políticos”. Netto entende a questão social no marco da tradição teórico-política marxista, assim, para ele esta “é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo”, sendo determinada pela exploração, traço próprio da relação capital/trabalho. Nesse sentido, ele elenca como algumas das manifestações imediatas da questão social: “forte desigualdade, desemprego, fome, doenças, penúria, desamparo frente a conjunturas econômicas adversas etc.” (NETTO, 2001, p. 43 e 44).

Já para Potyara Pereira (2001), “a *questão social* não é sinônimo da contradição entre capital e trabalho e entre forças produtivas e relações de produção [...] mas, de embate político, determinado por essas contradições” (PEREIRA, 2001, p. 54). Assim, Pereira entende que para se falar em questão social, é necessário haver antes um processo de politização, como ocorreu na Europa no século XIX com os problemas da alienação do trabalho e da pauperização do proletariado. Dessa forma, a autora considera que os problemas atuais, como desemprego estrutural, aprofundamento da desigualdade social, globalização da pobreza, acirramento do racismo e das lutas étnicas, desmonte dos direitos sociais, são produtos da mesma contradição que gerou essa questão social constituída no século XIX, mas que, por ainda não terem sido suficientemente politizados, não podem ser considerados traços dessa mesma questão.

Nesse sentido, para Pereira a questão social é particular e historicamente situada, se constituindo em “um estágio mais avançado, conflituoso e consciente do

movimento de reação das classes subalternas à dominação social capitalista” (PEREIRA, 2001, p. 60). É preciso um embate político acerca de um problema para que este seja traduzido em uma questão social.

Marilda lamamoto (2001) por sua vez, traz que “a análise da questão social é indissociável das configurações assumidas pelo trabalho e encontra-se necessariamente situada em uma arena de disputas entre projetos societários” (IAMAMOTO, 2001, p. 10). Nessa perspectiva, a questão social se dá a partir de disputas de interesses de classes, sendo “parte constitutiva das relações sociais capitalistas” e “apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais” (IAMAMOTO, 2001, p. 10). Segundo a autora, a produção e reprodução da questão social na contemporaneidade assume “expressões historicamente particulares”.

lamamoto explica:

A questão social expressa portanto **disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais**, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e **formações regionais**, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. (IAMAMOTO, 2001, p. 17) (Grifo nosso).

Maria Carmelita Yazbek (2001) analisou “a pobreza e a exclusão social como algumas das resultantes da questão social que permeiam a vida das classes subalternas em nossa sociedade” (YAZBEK, 2001, p. 33). Por subalternas a autora entende sem protagonismo, sem poder, traduzindo a exploração e a dominação. Para a autora:

Pobreza, exclusão e subalternidade configuram-se, pois como indicadores de uma forma de inserção na vida social, de uma condição de classe e de outras condições reiteradoras da desigualdade (como **gênero, etnia, procedência** etc.), expressando as relações vigentes na sociedade. São produtos dessas relações, que produzem e reproduzem a desigualdade no plano social, político, econômico e cultural, definindo para os pobres um lugar para os pobres. (YAZBEK, 2001, p. 34) (Grifo nosso).

Assim, segundo Yazbek, as consequências da questão social estão presentes justamente na vida das classes subalternas, as quais são desprovidas de poder, trabalho e informação.

Feitas essas ponderações preliminares sobre a questão social, é importante registrar que para realizar a pesquisa aqui proposta, filiar-se-á às concepções de lamamoto e Yazbek acerca do tema.

Dessa forma, considerando que a epidemia de Zika de 2015 atingiu sobretudo uma das regiões mais empobrecidas do país e que a pobreza e a desigualdade social são consequências deste embate político, tem-se a dimensão da gravidade do problema enfrentado pelo país com a epidemia e suas consequências desastrosas na vida de suas vítimas, sobretudo das mais vulnerabilizadas. Os fatos remetem as origens da epidemia a essas contradições do sistema capitalista, o qual é, na verdade, também a origem de diversos problemas sociais.

Isto posto, tem-se que a solução deste problema não está somente em medidas imediatas e/ou restritas ao campo da saúde, mas sim numa discussão ampliada que inclua o debate sobre a desigualdade social. Nesse sentido, a problemática da pesquisa relaciona-se com a reflexão sobre a relação entre a epidemia de Zika vírus de 2015 no Brasil e a desigualdade social gerada pelo sistema capitalista. Assim, o objeto do presente estudo é a relação entre a epidemia de Zika vírus de 2015 no Brasil e a desigualdade social.

Levando-se em consideração que a epidemia atingiu com muito mais força uma das regiões mais empobrecidas do Brasil, bem como as breves explicações acima a respeito do embate político entre capital e trabalho e suas consequências para a sociedade, é possível identificar uma ligação entre as contradições do sistema capitalista e a epidemia. Desse modo, o estudo partiu da seguinte hipótese de trabalho: a desigualdade social foi capaz de produzir a epidemia de Zika vírus de 2015 no Brasil, considerando-se as contradições do sistema capitalista.

Logo, a pesquisa foi realizada sob a perspectiva da necessidade de intervenção estatal para a garantia e defesa da saúde pública em detrimento dos interesses do capital, face a esse contexto neoliberal de cerceamento de direitos, corte de gastos e desigualdade social.

Nesse sentido, de acordo com Potyara Pereira (2008), política pública implica sempre a intervenção do Estado, visando à “satisfação das necessidades sociais e não da rentabilidade econômica privada” (PEREIRA, 2008, p. 96), ou seja, do capital. Assim, para Pereira, a política pública tem duas principais funções: “Concretizar

direitos conquistados pela sociedade e incorporados nas leis; Alocar e distribuir bens públicos” (PEREIRA, 2008, p. 99).

Desse modo, tem-se que a saúde é um direito humano e social historicamente conquistado pela classe trabalhadora e garantido na Constituição brasileira de 1988, devendo assim ser viabilizada por meio da política pública. Em seu artigo 196, a Constituição estabelece:

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. (BRASIL, 1988) (Grifo nosso).

Conforme assegurado pela Constituição, a saúde deve ser garantida pelo Estado por meio de políticas sociais e econômicas. No entanto, o que se tem assistido no Brasil é o uso constante da política econômica para servir ao capital – ao rentismo, em detrimento da política social, posto que a mesma Constituição que diz que a saúde é um dever do Estado, traz em seu artigo 199 que “assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988), numa clara demonstração do poder da burguesia sobre este.

Para Ernest Mandel (1982), o estado burguês é fruto da tomada do poder político e de seu aparato pela classe burguesa, que dá ordens ao governo de acordo com seus interesses. Porém, ele também pondera que o Estado é anterior ao capital, e, assim, suas funções não podem decorrer das necessidades deste.

Contudo, a história do capitalismo é marcada por essa cooptação do Estado pela burguesia que o influencia cada vez mais em prol de seus objetivos. Mandel traz ainda que na fase tardia do capitalismo, o sistema social está crescentemente suscetível a crises econômicas e políticas. Com o advento do neoliberalismo, esta dominação tomou proporções desastrosas.

David Harvey (2008), explica que a virada neoliberal se deu com a falência das medidas keynesianas na economia, que significou também o fim de uma espécie de acordo entre capitalistas e trabalhadores no final dos anos 1960. Quanto a isso, o

autor traz que uma das respostas apresentadas foi a liberação do poder corporativo e dos negócios e o restabelecimento das liberdades de mercado.

De acordo com Harvey, tal resposta passou a prevalecer em meados da década de 1970 e, dessa forma, o mundo capitalista mergulhou na neoliberalização rumo a uma “nova ortodoxia com a articulação, nos anos 1990, do que veio a ser conhecido como o “Consenso de Washington”” (HARVEY, 2008, p. 23). Segundo o autor, houve um aumento da concentração de renda após a implementação de políticas neoliberais, sendo o neoliberalismo “um projeto político de restabelecimento das condições de acumulação do capital e de restauração do poder das elites econômicas” (HARVEY, 2008, p. 27).

Harvey traz que a partir de então, os Estados Unidos da América (EUA) desenvolveram o que ele chamou de um “sistema mais aberto de colonialismo sem colônias”. Países em desenvolvimento, sobretudo na América Latina, ávidos por recursos, se endividaram, mantendo, em troca, o país sempre aberto às operações do capital estadunidense. Assim, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) se tornaram centros de propagação e implantação do neoliberalismo no reescalonamento da dívida desses países sob a condição da devida implementação de reformas institucionais como cortes nos gastos sociais.

A título de ilustração, de acordo com dados sobre o orçamento público federal extraídos do sítio Siga Brasil² na *internet*, as despesas com “Dívida Pública – Execução Orçamentária” em 2015 foram de R\$ 962,2 bi, em 2016 R\$ 1,1 tri, em 2017 R\$ 867,1 bi e em 2018, até novembro, R\$ 982,1 bi. Ao passo que com “Saneamento Básico Urbano” as despesas foram em 2015 R\$ 1,7 bi, em 2016 R\$ 2,6 bi, em 2017 R\$ 2 bi e em 2018, até novembro, R\$ 1,2 bi. Com relação ao “Saneamento Básico Rural”, as despesas foram em 2015 R\$ 312 mi, em 2016 R\$ 641,2 mi, em 2017 R\$ 217,3 mi e em 2018, até novembro, R\$ 231,1 mi. Na função “Saúde”, por sua vez, as despesas foram em 2015 de R\$ 100,5 bi, em 2016 R\$ 108,8 bi, em 2017 R\$ 109,2 bi

² “O SIGA Brasil é um sistema de informações sobre orçamento público federal, que permite acesso amplo e facilitado aos dados do Sistema Integrado de Administração Financeira-SIAFI e a outras bases de dados sobre planos e orçamentos públicos. Esse acesso pode ser realizado pelo SIGA Brasil Painéis e pelo SIGA Brasil Relatórios”. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>>. Acesso em: 08/12/2018.

e em 2018, até novembro, R\$ 7,4 mi. Dessa forma, vê-se que as despesas com a dívida pública, que alimenta o rentismo, são prioridade no orçamento federal.

Conforme relatório da Human Rights Watch (HRW)³, divulgado em julho de 2017, o surto do vírus Zika no Brasil impactou desproporcionalmente mulheres e meninas e agravou antigos e conhecidos problemas de direitos humanos e cidadania, incluindo o acesso à água e ao saneamento, as disparidades raciais e socioeconômicas no acesso à saúde e as restrições aos direitos sexuais e reprodutivos. Essa situação tende a se agravar diante da aprovação de medidas de austeridade fiscal pelas autoridades brasileiras que podem diminuir o financiamento da saúde pública, educação e outros serviços e programas que poderiam reduzir as chances de novas epidemias.

Em dezembro de 2016, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional nº 95, que congelou as despesas públicas por um período de 20 anos. Esse congelamento certamente irá atingir com mais força as camadas mais pobres e mais vulneráveis da população, aumentando os níveis de desigualdade em uma sociedade já extremamente desigual.

Apesar do governo brasileiro ter decretado, em maio de 2017, o fim da emergência nacional de saúde pública relacionada ao vírus Zika, as condições que permitiram que o surto se alastrasse no país permanecem em grande parte sem solução, deixando a população vulnerável a futuros surtos e ameaçando a saúde pública. Ademais, já existem estudos que indicam a possibilidade de um ciclo silvestre do zika vírus, agravando ainda mais este cenário. Um destes é o relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da OMS, o “*Zika - Epidemiological Report Brazil*”⁴, publicado em setembro de 2017. Segundo o relatório em abril de 2016, pesquisadores brasileiros relataram a descoberta de primatas não humanos infectados com o vírus zika no estado do Ceará. Quatro saguis e três macacos pregos capturados no estado entre julho e novembro de 2015 tiveram confirmada a infecção

³ Organização internacional não-governamental que defende e realiza pesquisas sobre os direitos humanos.

⁴ Disponível em: <<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/049395v1.full>>. Acesso em:07/08/019.

pelo zika, sendo este o primeiro relato de detecção do ZIKV entre primatas neotropicais.

Um outro estudo foi o divulgado pela Agência da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) em 30 de outubro de 2018, realizado com apoio da Fundação e coordenado por Maurício Lacerda Nogueira⁵. O estudo, publicado na revista *Scientific Reports*, examinou carcaças de macacos (também saguis e macacos prego) que haviam sido mortos pela população nos municípios de São José do Rio Preto (SP) e de Belo Horizonte (MG) e detectou que estes estavam infectados com o zika vírus, o que fez com que adoecessem e ficassem mais vulneráveis ao ataque humano.

Segundo o estudo, a descoberta indica que existe o potencial de um ciclo silvestre para o zika no Brasil, como acontece com a febre amarela. Ademais, no mesmo local onde foram coletadas as carcaças dos macacos, foram coletados também mosquitos infectados por zika. Dessa forma, os pesquisadores concluíram que a infecção desses animais com a doença indica um possível papel dos primatas neotropicais não humanos no ciclo de transmissão e manutenção do zika vírus em áreas urbanas e alertam para um possível estabelecimento de um ciclo silvestre deste no Brasil.

De acordo com a Agência Fapesp, para Nogueira “se o ciclo silvestre for confirmado, isso muda completamente a epidemiologia da zika, porque passa a existir um reservatório natural a partir do qual o vírus pode reinfectar muito mais frequentemente a população humana”. Dessa forma, tem-se que esta descoberta reafirma a urgência do combate ao zika de maneira eficaz e alerta para a ameaça latente de novas epidemias.

Ademais, Sofia Ali *et al.* (2017) afirmam que, embora o estabelecimento de transmissão autóctona de zika, em geral, ocorre em um ciclo urbano, eles igualmente ressaltam que o vírus possui um ciclo de transmissão silvestre que envolve reservatórios animais. No entanto, os autores trazem o registro do caso de Uganda,

⁵ Professor na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp) e presidente da Sociedade Brasileira de Virologia.

onde o ZIKV também foi descoberto em um macaco, no caso um *sentinela rhesus*, uma espécie não nativa do país, juntamente com evidências de anticorpos contra o vírus em amostras de sangue humano coletadas na África entre as décadas de 1950 e 1960, implicando um ciclo silvático.

Lamentavelmente, o Brasil é responsável pela esmagadora maioria dos casos de síndrome congênita de zika em todo o mundo. Embora dados do MS apontem que tenha havido uma diminuição no número de notificações desde o pico da epidemia em 2015, eles evidenciam que o Nordeste, uma das regiões mais empobrecidas do Brasil, foi definitivamente a região mais atingida. Nesse sentido, constata-se que a epidemia do vírus zika em si é reflexo da desigualdade social, e, portanto, uma violação de direitos humanos e sociais, e que a solução definitiva para a questão perpassa pelo investimento em políticas públicas em várias frentes, sobretudo as que promovam a saúde e o desenvolvimento humano com redução de desigualdades sociais.

De acordo com Potyara Pereira (2008), a política pública é gênero do qual a política social é espécie, e estas visam concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e incorporados nas leis. Assim, os direitos sociais só têm aplicabilidade por meio de políticas públicas, as quais são operacionalizadas através de programas, projetos e serviços.

Para a autora a “identificação das políticas públicas com os direitos sociais decorre do fato de esses direitos terem como perspectiva a equidade, a justiça social, e permitem à sociedade exigir atitudes positivas, ativas do Estado para transformar esses valores em realidade” (PEREIRA, 2008, p. 102). Dessa forma, a participação do Estado no campo de atuação das políticas públicas é considerada fundamental.

Ainda de acordo com Pereira, os direitos sociais dependem de recursos para serem efetivados e isso impõe desafios reais às políticas públicas que devem concretizá-los. Nesse sentido, estes desafios são potencializados diante das medidas de austeridade fiscal que vêm sendo implantadas no país.

Para melhor compreensão da importância da política de saúde pública para a sociedade, e, assim, da responsabilidade do Estado em sua garantia, é válido retomar

os ensinamentos de Antônio Carvalho e Paulo Buss (2009). Como já exposto acima, segundo os autores, a partir da década de 1970 consolidou-se um modelo explicativo mais abrangente do processo saúde-doença, o modelo do campo da saúde. De acordo com tal modelo, pode-se dizer que as condições de saúde dependem de quatro conjuntos de fatores: do patrimônio biológico do indivíduo; das condições sociais, econômicas e ambientais nas quais o indivíduo é criado e vive; do estilo de vida adotado pelo indivíduo; dos resultados das intervenções médico-sanitárias. Assim, a saúde é entendida como produto de uma gama de fatores relacionados “à qualidade de vida, como padrões adequados de alimentação e nutrição, **habitação** e **saneamento**, trabalho, educação, **ambiente físico limpo**, ambiente social de apoio a famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde” (CARVALHO e BUSS, 2009, p. 155) (Grifo nosso). Para os autores, a dinâmica das relações entre os determinantes da saúde-doença caracteriza o perfil sanitário da população e, por isso, deve subsidiar a implementação de políticas de saúde.

De acordo com Carvalho e Buss, há também iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, ou seja, “desigualdades de saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são evitáveis, injustas e desnecessárias, segundo a definição de Margareth Whitehead (2004)” (CARVALHO e BUSS, 2009, p. 157). Estas iniquidades são um dos traços mais marcantes da situação de saúde no Brasil e no mundo, cujos determinantes se relacionam com as formas de organização da vida social.

Diante da magnitude da epidemia e de suas consequências aqui expostas, resta justificada a importância de se pesquisar o tema, sobretudo em sua dimensão socioeconômica, para, assim, desvendar essa tragédia humanitária em profundidade. Para tanto, foi utilizado o método dialético para a abordagem teórica, fundamentado na dialética de Karl Marx de concepção materialista, na qual as contradições se transcendem dando origem a novas contradições, partindo-se do real para o abstrato. Ademais, os dados precisam do contexto social, político e econômico para serem entendidos e corretamente aferidos, por isso é necessário um método que permita uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade como o dialético.

Assim, para compreender a realidade em todas as suas particularidades, ou seja, para entender a trajetória da epidemia de zika vírus de 2015, sua dimensão e seus determinantes, foram utilizados dados secundários sobre a realidade socioeconômica do Brasil e sobre a epidemia (dados epidemiológicos). Dessa forma, foi feita uma captação de dados e informações por meio de material bibliográfico já publicado e/ou disponibilizado na *internet* como livros, artigos científicos, teses de mestrado/doutorado e dados documentais como relatórios de pesquisa e documentos oficiais.

Nesse sentido, inicialmente, foram coletados dados sobre a infecção *per capita* (taxa de incidência de casos notificados a cada 100 mil habitantes) e o rendimento mensal domiciliar *per capita* da população em cada estado brasileiro e no Distrito Federal. Em seguida, foi feito o processamento destes dados no *software* Stata⁶, procedendo-se a uma análise dos resultados obtidos com o suporte de indicadores socioeconômicos como o Índice de Gini⁷ e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁸ do Brasil, bem como o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)⁹ das regiões do país. A opção pelos dados e indicadores aqui utilizados se deu por convergirem na linha de pesquisa adotada, corroborando na comprovação da hipótese levantada. Dessa forma, a partir da combinação destes acredita-se que foi obtido um panorama de como a epidemia de 2015 se deu em cada um dos estados e no DF, sob

⁶ Stata é um software estatístico para processamento de dados científicos. Disponível em: <<https://www.stata.com/>>. Acesso em: 01/04/2019.

⁷ “O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem).” Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 30/10/2019.

⁸ O IDH é uma medida média das conquistas de desenvolvimento humano básico em um país. Atualmente, os três pilares que constituem o IDH são saúde, educação e renda. O IDH pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano. Disponível em: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idh.html>>. Acesso em: 30/10/2019.

⁹ O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida calculada pelo PNUD a partir de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano, quais sejam, longevidade, educação e renda, assim como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), porém, adequando a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Segundo dados de 2016, a Região Nordeste possui o pior IDHM do país, 0,663, enquanto o IDH do Brasil é 0,754. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idhm.html>> e <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home.html>>. Acesso em: 28/05/2018.

a perspectiva do nível socioeconômico de sua população, comprovando-se, assim, a relação de causa e consequência entre a epidemia e a desigualdade social.

Por ser predominantemente bibliográfica, a pesquisa foi realizada majoritariamente no Distrito Federal e, por um período de cinco meses, em Montréal no Canadá, na Universidade de Montréal, a fim de apreender o debate internacional acerca da relação entre desigualdade social e saúde, sob a orientação das professoras Dra. Jane Jenson e Dra. Françoise Montabeault. Registrando que o processamento dos dados no STATA foi realizado na Universidade de Montréal com a colaboração do doutorando Fernando Feitosa.

A abordagem foi quanti-qualitativa, com a coleta de dados estatísticos e sua apreensão a partir do contexto no qual a sociedade está inserida. Na perspectiva de Maria Cecília Minayo (2002), isto permite responder a questões particulares, em um “nível de realidade que não pode ser quantificado”, ao se trabalhar com um universo de valores, “o que corresponde a um espaço mais profundo das relações” (MINAYO, 2002, p. 21 e 22). Nesse sentido, tem-se que a compreensão dos fenômenos e a interpretação dos dados é essencial para um melhor entendimento do trabalho.

CAPÍTULO 1: Trajetória da epidemia de zika de 2015 no Brasil

De acordo com a pesquisadora Débora Diniz (2016), embora cientistas tenham identificado o vírus zika em humanos em Uganda na África em 1952, o primeiro grande surto ocorreu décadas mais tarde na ilha Yap na Micronésia, em 2007. Em 2013 e 2014, ocorreram surtos em ilhas do Pacífico. E finalmente, em 2015 no Brasil, atingindo sobretudo a região Nordeste do país.

Contudo, segundo a Human Rights Watch (2017), ainda no fim de 2014 autoridades de saúde no Nordeste começaram a relatar casos de uma doença caracterizada por exantema¹⁰ e febre, mas só em maio de 2015, as autoridades de saúde confirmaram a transmissão local do vírus zika no país. A HRW traz que muitos casos provavelmente não tenham sido notificados à época e que o governo estimou que ocorreram entre 500.000 e 1,5 milhão de casos de 2015 até o início de 2016. De acordo com o Ministério da Saúde, o vírus zika é transmitido predominantemente através da picada de um mosquito *Aedes aegypti* infectado, mas também pode ser transmitido pela relação sexual sem proteção, bem como da gestante para o feto durante a gravidez.

Em novembro de 2015, o governo brasileiro declarou Emergência Nacional de Saúde Pública à medida que os casos de microcefalia¹¹ em recém-nascidos aumentavam. Em fevereiro de 2016, a Organização Mundial da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em resposta à disseminação do zika. E em maio de 2017, o governo brasileiro decretou o fim da emergência nacional relacionada ao ZIKV.

Após o surto de 2015 no Brasil, o zika foi associado a complicações neurológicas graves em razão do nascimento de milhares de bebês com desenvolvimento atípico do cérebro, apresentando, dentre outras, convulsões,

¹⁰ Erupção na pele ou lesão avermelhada que é ocasionada por uma doença aguda e infecciosa. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/exantema/>>. Acesso em: 07/07/2018.

¹¹ Microcefalia é uma doença em que o cérebro e a cabeça da criança são menores do que o esperado para a idade. Disponível em: <<https://minutosaudavel.com.br/microcefalia/>>. Acesso em: 07/07/2018.

problemas auditivos e de visão, diferenças musculoesqueléticas¹² e microcefalia, quando expostos ao vírus ainda no útero da gestante infectada. Dessa forma, foram confirmados os primeiros casos de transmissão vertical¹³ do vírus. Estudos apontam que as mulheres foram as maiores vítimas desta epidemia. Segundo Diniz, o “risco não é a doença do zika, mas a transmissão vertical: são as mulheres em idade reprodutiva e os futuros bebês que a epidemia ameaça de maneira particular” (DINIZ, 2016, p. 141 e 142).

De acordo com Diniz (2017), em 2016, a literatura médica nomeou tais complicações de “síndrome congênita de zika” (SCZ). No entanto, a imprensa e o senso comum ainda se referem à microcefalia como o principal risco do vírus nos fetos, quando o correto é descrever os efeitos do ZIKV no feto como de “alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionados à infecção pelo vírus zika” (DINIZ, 2017, p. 13).

Ainda de acordo com Diniz (2016), em novembro de 2016, a OMS declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, não necessariamente porque a emergência havia passado, mas sim para refletir a mudança do planejamento e resposta de curto prazo para longo prazo. Essa decisão foi tomada após haver maior clareza sobre a causa e reconhecimento de que o zika estará presente durante anos como um desafio de saúde pública permanente.

Infelizmente no Brasil, em especial na região Nordeste, as condições para a rápida disseminação do vírus zika são ideais. De acordo com a HRW, o fato de ser a região mais pobre do país aliado a décadas de escassez de investimentos em serviços públicos de água e esgoto possivelmente potencializaram a proliferação do mosquito vetor. Ressaltando-se que o surto ainda ocorreu num momento em que o país enfrentava sua pior recessão econômica em décadas, forçando as autoridades a

¹² O músculo esquelético representa a maioria do tecido muscular. É o tipo de músculo que impulsiona o movimento do esqueleto, como caminhar e levantar. Disponível em: <<https://www.portalsaofrancisco.com.br/corpo-humano/musculo-esqueletico>>. Acesso em: 07/07/2018.

¹³ Transmissão vertical é a transmissão de uma infecção ou doença a partir da mãe para o seu feto no útero ou recém-nascido durante o parto. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Transmiss%C3%A3o_vertical>. Acesso em: 28/05/2018.

tomarem decisões difíceis sobre a alocação de recursos para o enfrentamento da epidemia.

A fim de combater a ameaça do zika foi editada a Lei nº 13.301/16, com medidas de combate à epidemia em diversas frentes da política pública, como Pesquisa e Tecnologia, Saúde, Assistência Social e Infraestrutura, bem como o Plano Nacional de Enfrentamento, com em três frentes de atuação, sendo prevenção e combate ao mosquito *Aedes aegypti*, melhoria da assistência às gestantes e crianças e a realização de estudos e pesquisas nessa área. A referida lei prevê as seguintes medidas:

Art. 1º Na situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da dengue, do vírus chikungunya e do vírus da zika, a autoridade máxima do Sistema Único de Saúde - SUS de âmbito federal, estadual, distrital e municipal fica autorizada a determinar e executar as medidas necessárias ao controle das doenças causadas pelos referidos vírus, nos termos da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e demais normas aplicáveis, enquanto perdurar a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN.

§ 1º Entre as medidas que podem ser determinadas e executadas para a contenção das doenças causadas pelos vírus de que trata o caput, destacam-se:

I - instituição, em âmbito nacional, do dia de sábado como destinado a atividades de limpeza nos imóveis, com identificação e eliminação de focos de mosquitos vetores, com ampla mobilização da comunidade;

II - realização de campanhas educativas e de orientação à população, em especial às mulheres em idade fértil e gestantes, divulgadas em todos os meios de comunicação, incluindo programas radiofônicos estatais;

III - realização de visitas ampla e antecipadamente comunicadas a todos os imóveis públicos e particulares, ainda que com posse precária, para eliminação do mosquito e de seus criadouros, em área identificada como potencial possuidora de focos de transmissão;

IV - ingresso forçado em imóveis públicos e particulares, no caso de situação de abandono, ausência ou recusa de pessoa que possa permitir o acesso de agente público, regularmente designado e identificado, quando se mostre essencial para a contenção das doenças.

[...]

§ 3º São ainda medidas fundamentais para a contenção das doenças causadas pelos vírus de que trata o caput:

I - obediência aos critérios de diagnóstico estabelecidos pelas normas técnicas vigentes, aperfeiçoamento dos sistemas de informação, notificação, investigação e divulgação de dados e indicadores;

II - **universalização do acesso à água potável e ao esgotamento sanitário;**

III - **incentivo ao desenvolvimento de pesquisas científicas** e à incorporação de novas tecnologias de vigilância em saúde;

IV - permissão da incorporação de mecanismos de **controle vetorial** por meio de dispersão por aeronaves mediante aprovação das autoridades sanitárias e da comprovação científica da eficácia da medida. (BRASIL, 2016) (Grifo nosso).

O Plano Nacional de Enfrentamento por sua vez, traz o seguinte:

Metas

- **Intensificação da Campanha:** dezembro de 2015 a junho de 2016;
- **Inspecionar todos os domicílios e instalações públicas e privadas** urbanas até 29 de fevereiro de 2016;
- **Intensificar as visitas de controle do mosquito** com visitas domiciliares bimestrais.

O Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia trabalha em **três frentes:** prevenção e combate ao mosquito *Aedes aegypti*, melhoria da assistência às gestantes e crianças e a realização de estudos e pesquisas nessa área. A Zika é uma doença pouco conhecida pela ciência. Conhecer esse vírus poderá ajudar no seu enfrentamento. (BRASIL, 2016) (Grifo nosso).

Importante ressaltar que tais medidas podem ser consideradas ineficazes e/ou superficiais, posto que algumas delas são paliativas e não possuem perenidade, frente a permanência das condições de investimento em esgotamento sanitário e acesso à água. Além disso, muito embora outras sejam realmente parte de uma solução eficaz, como as previstas nos incisos II e III do § 3º, dificilmente elas serão implantadas ou plenamente implantadas frente a corrente política de cortes nos gastos públicos, coroada pela promulgação da Emenda Constitucional nº 95 que limita por 20 anos os gastos públicos.

Nesse sentido, para se ter uma melhor dimensão da trajetória da epidemia e de suas consequências e impactos, segue um breve relato dos seguintes estudos publicados em 2017 sobre o tema: “UMA AVALIAÇÃO DO IMPACTO SOCIOECONÔMICO DO VÍRUS ZIKA NA AMÉRICA LATINA E CARIBE: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso”, produzido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em parceria com a International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC); o relatório “Zika em Alagoas: a urgência dos direitos”, produzido pela Anis – Instituto de Bioética, Brasília/DF, Brasil e financiado pela Wellcome Trust, 206021/Z/16/Z “Care, health and stigma among

families affected by the Congenital Zika Syndrome”; e a pesquisa "Esquecidas e desprotegidas: o impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no Nordeste do Brasil" feita pela Human Rights Watch. Tais estudos foram escolhidos em razão da amplitude, ao abordarem diversos aspectos da epidemia, e do rigor científico com que foram realizados.

Em abril de 2017, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, em parceria com a International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, produziu um a avaliação para medir os impactos socioeconômicos do vírus zika nos países atingidos, bem como para examinar as respostas institucionais dadas à epidemia. Um dos focos da avaliação é o impacto do ZIKV sobre as mulheres mais marginalizadas e vulneráveis, sob a perspectiva da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável¹⁴ e o compromisso global de “não deixar ninguém para trás”, reconhecendo a redução das desigualdades e da exclusão social como algo fundamental para a saúde e o desenvolvimento.

Para realizar a avaliação uma equipe multidisciplinar de especialistas de várias instituições utilizou-se de metodologia mista para a coleta de dados, que foi feita através de análises documentais, modelagem do impacto macroeconômico a nível regional e nacional, consultas junto às partes interessadas nacionais e entrevistas informais com os principais informantes e em grupo. Brasil, Colômbia e Suriname foram selecionados para o estudo de caso para fornecer um instantâneo da América Latina e do Caribe, tendo sido considerado o fato de que a epidemia estava estabelecida nestes três países, assim como a presença de distúrbios neurológicos associados com o Zika.

A principal mensagem trazida pelo relatório é simples:

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

¹⁴ Esta Agenda é um plano de ação para as pessoas, para o planeta e para a prosperidade, lançado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015. Trata-se de uma Agenda universal com 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas, sendo o Objetivo nº 5 a Igualdade de Gênero. A Agenda reconhece ainda que a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 04/06/2018.

duramente obtidas. Mais investimentos em estratégias de prevenção, preparação e resposta nos âmbitos local, nacional e regional teriam uma relação custo-benefício mais vantajosa e ajudariam a realizar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. (PNUD/IFRC, 2017, p. 7) (Grifo nosso).

De acordo com a avaliação, as “ameaças globais à saúde podem devastar comunidades em termos sociais e econômicos e impedir o avanço do desenvolvimento” (PNUD/IFRC, 2017, p. 8). Nesse sentido, surtos globais de doenças têm o potencial de aumentar as desigualdades sociais e de saúde, sendo o vírus zika uma dessas ameaças. Segundo o estudo, embora não mais considerado uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, o zika ainda é, sem dúvida, uma crise de saúde e tem o potencial para afetar mais drasticamente as comunidades mais pobres e vulneráveis.

A avaliação chega a três principais conclusões:

Em primeiro lugar, a epidemia de Zika atual terá impacto de longo prazo e, conseqüentemente, os países incorrerão em altos custos diretos e indiretos.
[...]

Em segundo lugar, há um profundo desafio de equidade no cerne da epidemia de Zika. **O impacto é desproporcional sobre os países mais pobres da região, bem como sobre os grupos mais pobres e vulneráveis, especialmente as mulheres pobres em comunidades periurbanas.**

[...]
Em terceiro lugar, as estratégias de preparação e resposta regionais e nacionais precisam ser fortalecidas e devem envolver as comunidades. (PNUD/IFRC, 2017, p. 8 e 9) (Grifo nosso).

Aqui destaca-se a segunda conclusão a que chegou a avaliação por estar relacionada ao presente estudo. Nesse sentido, o PNUD e a IFRC trazem que a rápida urbanização da região, acompanhada pela falta de saneamento e desenvolvimento da infraestrutura, proporciona condições favoráveis para a proliferação do mosquito vetor, deixando as comunidades e famílias pobres mais vulneráveis à zika. E, assim, a avaliação destaca que a doença está afetando negativamente o progresso rumo à realização de vários Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030.

Dessa forma, a avaliação faz seis recomendações para enfrentamento da epidemia e de suas conseqüências, dentre as quais destacam-se:

Em primeiro lugar, dado ser provável que o Zika se torne endêmico, os planejamentos orçamentários devem ser formulados com essa realidade em mente.

[...]

Em quarto lugar, promover políticas públicas que apoiem a igualdade de gênero e promovam a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, tendo como alvo as comunidades afetadas.

(PNUD/IFRC, 2017, p. 9 e 10).

Dessa maneira, tem-se que a avaliação traz a necessidade de planejamento orçamentário e investimento para a promoção de políticas públicas que combatam a doença a longo prazo como uma das estratégias fundamentais para lidar com as consequências da epidemia, bem como evitar que outras ocorram, posto que considera ser provável que o ZIKV se torne endêmico. Destaca-se também a preocupação com promoção da igualdade de gênero e da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e meninas.

Quanto aos motivos para a rápida propagação da epidemia de zika na América Latina, a avaliação conclui que estes não são claros, mas que “podem, em parte, ser explicados pela introdução da doença em uma grande população sem imunidade preexistente e à distribuição generalizada do principal vetor do Zika, o *Aedes aegypti*, especialmente em áreas densamente populosas” (PNUD/IFRC, 2017, p. 12).

A avaliação também aponta para a alta capacidade do zika de infectar as células nervosas, causando complicações neurológicas nos infectados, inclusive fetos através das mães infectadas. Neste sentido, o estudo destaca que o vírus Zika é “o primeiro patógeno transmitido por mosquitos com efeitos teratogênicos conhecidos (que causam malformações de desenvolvimento em fetos) e transmissão sexual” (PNUD/IFRC, 2017, p. 12).

Ademais, a avaliação aduz:

A epidemia de Zika é uma crise de saúde e, como tal, a previsão é que **exacerbe a pobreza**, amplie as desigualdades de gênero, nomeadamente por meio de responsabilidades adicionais, impostas às mulheres e meninas, de cuidar de crianças e da redução da participação da mulher no mercado de trabalho, e tenha impacto no bem-estar psicológico das pessoas afetadas. (PNUD/IFRC, 2017, p. 38) (Grifo nosso).

De acordo com a avaliação, os custos indiretos da microcefalia no Brasil foram estimados em USD 1.707 por mês, cerca de seis vezes o valor do benefício assistencial fornecido às famílias com bebês com microcefalia, o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Dessa forma, caberá principalmente às famílias

afetadas arcar com esses custos, causando, portanto, sobrecarga financeira sobre as famílias de baixa renda, ainda que recebam benefícios assistenciais, agravando sua situação de pobreza.

Com base nos dados coletados pela pesquisa e em estudos prévios sobre microcefalia no Nordeste do Brasil, as organizações autoras da avaliação constataram que os casos de microcefalia eram mais comuns entre as famílias de baixo nível socioeconômico, sugerindo que de fato a epidemia pode contribuir para ampliar as desigualdades socioeconômicas. Assim, a maioria das mulheres no Brasil que tiveram bebês com Síndrome Congênita de Zika tende a ser jovem, solteira, afrodescendente, pobre e viver em pequenas cidades ou áreas periurbanas.

Por fim, o estudo também conclui que mulheres de nível socioeconômico mais elevado eram muito mais sensíveis às mensagens de saúde pública para adiamento da gravidez do que as mulheres de nível socioeconômico mais baixo. A explicação para tanto é que estas últimas “não foram suficientemente empoderadas nem têm acesso suficiente às informações, recursos e serviços para tomarem decisões” (PNUD/IFRC, 2017, p. 42).

Diante de todo o exposto, a avaliação apresenta a sua conclusão final no sentido de que “o Zika debilita os esforços para reduzir a pobreza e promover o desenvolvimento econômico e humano”, e que para combatê-lo é preciso se considerar também fatores sociais e ambientais e não somente aqueles restritos à saúde. Além disso, conclui que o ZIKV “está afetando grupos e mulheres de baixa renda de forma desproporcional”, e para que “os governos possam eliminar a lacuna de acesso e utilização dos serviços de saúde para esses grupos vulneráveis de baixa renda, é essencial tratar das questões mais amplas de desigualdade social” (PNUD/IFRC, 2017, p. 53). Para tanto são necessários, dentre outros, programas de bem-estar social, planejamento fiscal em prol dos pobres, gastos mais eficazes na saúde e melhores programas de proteção social.

Em maio de 2017 foi publicado o relatório “Zika em Alagoas: a urgência dos direitos”, produzido pela Anis – Instituto de Bioética, Brasília/DF, Brasil e financiado pela Wellcome Trust, 206021/Z/16/Z “Care, health and stigma among families affected

by the Congenital Zika Syndrome”. A pesquisa foi coordenada por Debora Diniz, antropóloga, professora da Universidade de Brasília e pesquisadora da Anis – Instituto de Bioética.

De acordo com o relatório, a pesquisa de campo foi realizada em dezembro de 2016. Para tanto, uma equipe de pesquisadores percorreu mais de 800 km no estado de Alagoas, nas regiões do Agreste, Sertão, Alto Sertão e Litoral, 21 municípios visitados e 54 mulheres com crianças confirmadas ou descartadas pelos critérios vigentes no momento do nascimento ou por atendimentos de puericultura foram entrevistadas por meio de conversa narrativa orientada e perguntas semiestruturadas.

O relatório se refere a 49 famílias, posto que 05 casos foram descartados pela equipe. Desse total, “39 (80%) delas com crianças com alterações compatíveis com a Síndrome Congênita de Zika e 10 (20%) como em investigação para zika ou para outras alterações congênitas ainda sem diagnóstico conclusivo ou descartadas pelos critérios adotados em Alagoas” (DINIZ, 2017, p. 24).

Segundo Débora Diniz, para o Ministério da Saúde haveria um paradoxo “entre a intensidade da epidemia nos estados vizinhos e a brandura com que o vírus zika teria atingido as mulheres em Alagoas” (DINIZ, 2017, p. 07). De acordo com a pesquisadora, tal paradoxo não fazia sentido pois o estado possui o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país, e, sendo a epidemia de Zika um espelho da desigualdade da sociedade brasileira, não haveria razão para Alagoas apresentar dados destoantes dos estados vizinhos. Assim, ela explica que este paradoxo foi uma grande motivação para a realização da pesquisa.

Mais da metade dos municípios percorridos na pesquisa de campo tinha casos oficialmente registrados de crianças afetadas pelo vírus Zika no estado. A equipe visitou casas e hospitais, ouvindo e documentando o que descreveram como “um mapa da precarização de mulheres e crianças afetadas pela epidemia do zika em Alagoas, de suas necessidades e seus direitos para uma vida digna” (DINIZ, 2017, p. 10).

Já no início do relatório, Diniz traz que “as mães da epidemia, como ficaram conhecidas as porta-vozes dos efeitos do zika na gravidez, tinham uma geografia diferente para o centro-sul do país” e descreve as mulheres alagoanas vítimas da epidemia de zika como “nordestinas, muitas delas sertanejas ou agricultoras” (DINIZ, 2017, p. 07), “majoritariamente adolescentes ou mulheres muito jovens, negras e indígenas, com pouca escolaridade, e integralmente dependentes das políticas sociais cada vez mais frágeis no país” (DINIZ, 2017, p. 10).

Nesse sentido, o relatório traz que há uma tragédia humanitária em curso, sendo o Nordeste brasileiro o seu epicentro. Dessa forma, o “documento é um apelo para que as mulheres sejam postas no centro das proteções e dos cuidados da epidemia de zika em Alagoas” (DINIZ, 2017, p. 10).

Assim sendo, para revelar as peculiaridades da epidemia em Alagoas, Diniz procurou apresentar um “retrato da sobrevivência”, dizendo:

As mulheres da epidemia de zika em Alagoas são a face da desigualdade da sociedade brasileira: são jovens, negras e indígenas, cuja maioria delas vivenciou a primeira gravidez ainda na adolescência, são pouco escolarizadas e fora do mundo do trabalho. Quase todas são integralmente dependentes de políticas públicas de saúde, assistência social e educação para cuidar de si e de seus filhos afetados pela síndrome congênita do zika. Em todos os indicadores que apresentaremos, as mulheres da epidemia de zika estão em pior situação que as mulheres de mesmo perfil em Alagoas e em muito pior situação que as mulheres do restante do país. É o mapa da sobrevivência em extrema precarização da vida. (DINIZ, 2017, p. 32 e 33) (Grifo nosso).

Dessa forma, a pesquisa conclui que a situação constatada em Alagoas é apenas uma parte do cenário geral de abandono em que se encontram as mulheres vítimas da epidemia de zika e que os dados e as narrativas retratadas no relatório demonstram a desigualdade social brasileira já existente antes mesmo da epidemia. Conclui ainda que as mulheres mais afetadas pela epidemia foram as mais vulneráveis socialmente.

Segundo a pesquisadora, essas mulheres são “sobreviventes de uma epidemia” que poderia ter sido evitada não fosse a abundância do mosquito vetor no país e as condições sanitárias e de higiene em que vivem essas mulheres e suas famílias, obrigando-as a reservar água em recipientes inapropriados para tanto, o que

contribuiu para a proliferação do mosquito. Assim, são famílias desamparadas pelas políticas de proteção social.

Por fim, quase um ano depois que os médicos deram o alarme para a epidemia, a Human Rights Watch realizou uma pesquisa para entender os impactos desta nos direitos humanos de mulheres e meninas e em crianças com a Síndrome de Zika. Com relatório publicado em julho de 2017, a pesquisa se deu em dois estados da região Nordeste do Brasil, Pernambuco e Paraíba, tendo sido realizada a maioria das entrevistas nas cidades do Recife, em Pernambuco, e de Campina Grande, na Paraíba, embora, muitos dos entrevistados residam em outras partes dos dois estados.

As entrevistas foram semiestruturadas e abordaram temas relacionados à saúde reprodutiva, acesso a informações e serviços e condições ambientais no contexto da epidemia do vírus Zika. Foram entrevistadas mulheres e meninas¹⁵, homens, que vivem em comunidades afetadas pelo surto de Zika, prestadores de serviços de saúde e outros especialistas, como promotores públicos, defensores públicos, pesquisadores acadêmicos e representantes de organizações não-governamentais (ONGs). A HRW também entrevistou autoridades de saúde e saneamento, totalizando 181 pessoas entrevistadas.

De acordo com o relatório, à epidemia, se seguiu uma crise de saúde pública que agravou as condições de vida de comunidades marginalizadas, ao mesmo tempo em que a própria crise foi agravada e amplificada em razão de acesso inadequado a água e saneamento, disparidades raciais e socioeconômicas em relação ao acesso a serviços de saúde e restrições aos direitos sexuais e reprodutivos. O estudo aponta que a epidemia e a resposta nacional e internacional a ela chamaram novamente a atenção para estes antigos desafios de saúde pública e direitos humanos no Brasil.

A pesquisa aponta ainda que os impactos de longo prazo do surto de zika recaíram desproporcionalmente sobre mulheres jovens, solteiras e meninas negras¹⁶.

¹⁵ Segundo o relatório, “a palavra “criança” refere-se a qualquer pessoa com idade inferior a 18 anos, e “menina” se refere a uma criança do sexo feminino”. (HRW, 2017, p. 19)

¹⁶ De acordo com a HRW, mais de 75% das mulheres e meninas se identificam como “preta” ou “parda”.

Além disso, a região Nordeste do Brasil é apontada como responsável por mais de 75% dos casos confirmados de bebês nascidos com a Síndrome Congênita de Zika desde o princípio da epidemia até a publicação do relatório.

Quanto às respostas dadas pelas autoridades brasileiras à epidemia, a HRW encontrou falhas que “causam impactos nocivos e diversificados em mulheres e meninas e deixam a população em geral vulnerável a contínuos e futuros surtos de doenças graves transmitidas por mosquitos” (HRW, 2017, p. 41). Nesse sentido, a ONG traz que ao invés de planejar investimentos em infraestrutura de água e saneamento, as autoridades têm estimulado esforços domésticos¹⁷ para combater a proliferação de mosquitos, sobrecarregando mulheres e meninas, que majoritariamente são as responsáveis pelas tarefas domésticas.

Para a HRW, em uma fase de emergência, o controle vetorial a nível doméstico é fundamental, porém é insustentável a longo prazo. Dessa forma, os “esforços das mulheres e das meninas para controlar a proliferação de mosquitos em casa são onerosos e, muitas vezes, inúteis sem a necessária atenção do Estado às falhas estruturais nos serviços de água e esgotamento” (HRW, 2017, p. 04).

A organização faz igualmente uma abordagem sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Dentro dessa perspectiva, o estudo conclui que as mulheres e meninas que mais sofrem com as restrições legais ao acesso ao aborto são, novamente, as pobres e marginalizadas, que não têm condições de pagar por procedimentos seguros e acabam por recorrer a métodos inseguros de aborto ou sendo obrigadas a levar adiante uma gravidez que não desejam.

O estudo traz que os principais cuidadores de crianças afetadas pelo vírus são muitas vezes mulheres e meninas que tiveram suas vidas profundamente afetadas pela chegada de uma criança com deficiência, e que, por isso, o governo brasileiro deve fornecer apoio contínuo às crianças e suas famílias com serviços a curto e longo prazos para que estas possam viver com dignidade. No entanto, algumas mães

¹⁷ A HRW ressalta que tais esforços são fundamentais para uma resposta emergencial de controle de vetores e as autoridades agiram corretamente ao enfatizar essas necessidades de forma imediata, mas que eles são inúteis e onerosos no médio e longo prazo.

entrevistadas pela ONG disseram que “têm de lutar pelo acesso aos serviços que seus filhos necessitam devido à centralização dos prestadores de serviços de saúde em áreas urbanas, transporte irregular e burocracia governamental” (HRW, 2017, p. 83). Além disso, também enfrentam problemas para acessar benefícios financeiros do governo que ajudam a cobrir as necessidades de seus filhos, considerando que muitas delas tiveram que parar de trabalhar ou estudar para cuidar de seus bebês.

Nesse sentido, a ONG alerta para a responsabilidade das autoridades públicas em evitar reforçar estereótipos negativos de gênero em políticas e programas de apoio às crianças com síndrome de Zika e às famílias. Todavia, os pais e as mães de crianças com SCZ entrevistados(as) para o estudo disseram que os desafios logísticos e financeiros dificultam o acompanhamento destes pais aos compromissos quase diários em várias unidades de saúde de seus filhos.

Concluindo, a ONG aponta para as obrigações de direitos humanos¹⁸ do governo brasileiro relacionadas às respostas à epidemia: Acesso a serviços de saúde reprodutiva (Direito à informação, Acesso ao aborto legal e seguro); Direitos à água e ao saneamento; Direitos das pessoas com deficiência, incluindo apoio para suas famílias e cuidadores. Assim, a Human Rights Watch traz que uma resposta à epidemia de zika baseada nos direitos humanos deve abranger o cumprimento dos direitos a água e saneamento, dos direitos reprodutivos das mulheres e meninas e dos direitos das pessoas com deficiência.

Diante de todo o exposto, viu-se que as autoridades em todos os níveis não abordaram problemas sistêmicos relacionados aos serviços públicos de água e saneamento básico que exacerbaram a crise de zika e de outras doenças, além dos cortes com gastos públicos que dificultam a implementação de algumas medidas previstas. O Estado não tomou para si a responsabilidade como deveria, deixando maior parte do esforço diário de erradicação de mosquitos com as famílias no controle vetorial em suas casas. Contudo, sem acesso a um abastecimento contínuo de água

¹⁸ O Brasil é parte de tratados internacionais que abordam o acesso a serviços de saúde reprodutiva, incluindo o aborto seguro e legal, os direitos à água e ao saneamento e outros direitos sociais, econômicos e culturais e os direitos das crianças e adolescentes — incluindo o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Direitos Culturais (PIDESC), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, em inglês), a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e o Protocolo de San Salvador. (HRW, 2017, p. 102)

e a uma infraestrutura de esgotamento sanitário adequado, o acúmulo de água parada nas comunidades é inevitável.

Tem-se ainda que a epidemia de zika atingiu, sobretudo, regiões mais empobrecidas do país, evidenciando a grave desigualdade social do país, sendo que os impactos de longo prazo do surto recaíram desproporcionalmente sobre mulheres e meninas, cujo perfil, aqui já apresentado, foi sintetizado da seguinte maneira: jovens; negras e indígenas; nordestinas; solteiras; de baixa renda; periféricas aos grandes centros urbanos; com baixa escolaridade; sem emprego formal ou sem nenhum tipo de ocupação no mercado de trabalho; dependentes das políticas sociais do Estado.

Lamentavelmente, não foi encontrado o registro do número de casos de infecção de zika ocorridos em 2015 em cada uma das unidades federativas, a doença somente passou a ser de notificação compulsória a partir da Portaria nº 204 do Ministério da Saúde (MS), de 17 de fevereiro de 2016. Além disso, é forçoso registrar que há um grau de imprecisão nos números divulgados pelo referido Ministério, posto que foram encontrados registros diferentes quanto ao número de notificações de casos de infecção de zika relativos aos mesmos períodos em diferentes boletins epidemiológicos. Assim, com base nos dados disponíveis, desde o seu início até dezembro de 2019, houve um total de cerca de 253.248¹⁹ casos prováveis de doença aguda pelo vírus zika notificados ao MS.

Em 2019, ainda de acordo com dados do MS, a região Nordeste foi a mais atingida novamente, apresentando a maior taxa de incidência (9,5 casos/100 mil habitantes), em seguida as regiões Centro-Oeste (5,8 casos/100 mil habitantes), Norte

¹⁹ De acordo com os seguintes Boletins Epidemiológicos:

- Boletim Epidemiológico Vol. 49, Nº 02, 2018: Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52 de 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/23/Boletim-2018-001-Dengue.pdf>>. Acesso em: 19/08/2019.
- Boletim Epidemiológico Vol. 50, Nº 04, 2019: Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e doença aguda pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52 de 2018. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/2019-002.pdf>>. Acesso em: 19/08/2019.
- Boletim Epidemiológico Vol. 51, Nº 02, 2020: Monitoramento dos casos de Arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, chikungunya e Zika) (SE 01 a 52 de 2019). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/20/Boletim-epidemiologico-SVS-02-1-.pdf>>. Acesso em: 30/01/2020.

(4,3 casos/100 mil habitantes), Sudeste (4,0 casos/100 mil habitantes) e Sul (0,4 casos/100 mil habitantes).

Com relação aos casos suspeitos de síndrome congênita de zika²⁰, o Ministério da Saúde foi notificado sobre 18.282 casos suspeitos, tendo sido 4.120 casos em 2015, 8.613 em 2016, 2.658 em 2017, 1.728 em 2018 e 1.163 em 2019. A maioria dos casos notificados também se concentra na região Nordeste do país, com 56,9% destes, seguindo-se as regiões Sudeste (26,1%) e Centro-Oeste (7,7%). Esses dados são nada menos que o reflexo da desigualdade social brasileira.

²⁰ De acordo com o Boletim Epidemiológico Número Especial, nov. 2019: Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika - Situação Epidemiológica, ações desenvolvidas e desafios de 2015 a 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/05/be-sindrome-congenita-vfinal.pdf>>. Acesso em: 30/01/2020.

CAPÍTULO 2: Capitalismo e desenvolvimento socioeconômico brasileiros

O Brasil é um país de contradições e sua história comprova isso a todo momento. Lilia M. Schwarcz e Heloisa M. Starling (2015), apontam que o Brasil se desenvolveu “a partir de ambivalências e contrastes”, sendo atualmente “uma nação marcada por altos gaps sociais”, mas igualmente “por um sistema dos mais modernos e confiáveis de aferição de votos” (SCHWARCZ e STARLING, 2015, p. 19). Ao mesmo tempo que o país é a oitava²¹ economia do mundo, apresenta uma extensa desigualdade social, que atingiu em 2019 seu maior nível em sete anos. De acordo com estudo do Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (FGV/IBRE) divulgado em 21/05/2019, a desigualdade aumentou pelo 17º trimestre consecutivo e o índice de Gini²² alcançou este ano o patamar de 0,627. Ressalta-se que o país se encontra entre as cinco nações mais desiguais do mundo²³. Nesse sentido, Schwarcz e Starling trazem que não se tem como esquecer os inúmeros processos de exclusão social, que se expressam inclusive no acesso à saúde, na “difícil e tortuosa construção da cidadania” brasileira (SCHWARCZ e STARLING, 2015, p. 14).

E foi neste caminho, sob a égide do sistema capitalista, que o Brasil se desenvolveu social e economicamente, encerrado em suas particularidades. A fim de compreender melhor essas contradições, é preciso resgatar brevemente a história do país e sua formação socioeconômica, posto que, como já disse Caio Prado Jr (1961), “para compreender o Brasil contemporâneo precisamos ir [...] longe” (PRADO JR, 1961, p. 06), às suas origens no período colonial.

Nesse sentido, Prado Jr remonta ao início do século XIX como um importante período para o desenvolvimento brasileiro com “a transferência da sede da Monarquia portuguesa para o Brasil e os atos preparatórios para a emancipação política do país”,

²¹ Disponível em: <http://www.funag.gov.br/ipri/images/analise-e-informacao/01-Maiores_Economias_do_Mundo.pdf?source=post_page----->. Acesso em: 22/08/2019.

²² O índice de Gini mede a renda do trabalho per capita, quanto mais perto de 1, maior é a desigualdade. Série histórica iniciada em 2012. Disponível em: <<https://portalibre.fgv.br/navegacao-superior/noticias/levantamento-do-fgv-ibre-aponta-desigualdade-recorde-na-renda-do-trabalho.htm>>. Acesso em: 22/08/2019.

²³ Disponível em: <<https://ipcig.org/pt-br/brasil-est%c3%a1-entre-os-cinco-pa%c3%adses-do-mundo-em-que-o-1-mais-rico-recebe-mais-de-15-da-renda-total>>. Acesso em: 22/08/2019.

marcando “uma etapa decisiva em nossa evolução e iniciando em todos os terrenos, social, político e econômico, uma fase nova” (PRADO JR, 1961, p. 05). Para o autor, este é um período “chave” para a compreensão do Brasil contemporâneo. Segundo Prado Jr, o Brasil ainda possui elementos do passado colonial, posto que na economia há uma extensiva produção para os mercados do exterior, e no terreno social as relações sociais brasileiras, sobretudo as de classe, ainda conservam um “acentuado cunho colonial”.

Nesse sentido, o autor afirma que muitos dos problemas enfrentados pelo país atualmente são consequência direta do passado colonial e que somente a partir da solução destes é que se conseguirá solucionar tantos outros problemas também. Assim, Prado Jr relembra que “o sentido da colonização brasileira” é o de uma colônia para fornecimento de gêneros tropicais ou minerais de grande importância para a Europa, tendo a economia brasileira se subordinado inteiramente a este propósito. Na agricultura, por exemplo, o autor ressalta que o elemento fundamental foi a grande propriedade monocultural trabalhada por escravos, sendo este modo de organização agrária uma consequência natural e necessária das circunstâncias que concorreram para a ocupação e aproveitamento do território brasileiro em razão de seu caráter tropical.

Este tipo de colonização se difere das colônias de clima temperado, como a dos Estados Unidos, que se caracterizaram pela pequena exploração do tipo camponês. No norte a agricultura foi organizada com base em pequenos pedaços de terra, enquanto no sul, clima quente, em grandes pedaços de terra. Assim, no Brasil não se tem a figura do colonizador “trabalhador, o simples povoador”, mas sim “o explorador, o empresário de um grande negócio [...] e se é para o campo que se encaminha, só uma empresa de vulto [...] o pode interessar” (PRADO JR, 1961, p. 114). De acordo com o autor, a monocultura implica a grande propriedade tropical e, desde o princípio, as grandes áreas de terras é que foram concedidas aos colonos no Brasil.

Prado Jr assevera, ainda, que o mesmo se deu na mineração e no extrativismo. Assim, a grande propriedade e a grande exploração são uma das características mais marcantes da organização econômica da colônia, o que, segundo o autor, trouxe

consequências diversas e de toda ordem. Para o autor, a origem da concentração extrema da riqueza que caracteriza a economia da colônia está neste sistema de organização do trabalho e da propriedade. Desse modo, Prado Jr afirma que de todo esse cenário resultou a consequência, que para ele talvez seja a mais grave, que foi a forma como se deu a evolução econômica da colônia. Segundo o autor, foi uma “evolução cíclica, [...] em que se assiste sucessivamente a fases de prosperidade estritamente localizadas, seguidas, depois de maior ou menor lapso de tempo, mas sempre curto, do aniquilamento total” (PRADO JR, 1961, p. 121), padrão que se observa até a atualidade.

Desse modo, Prado Jr cita os exemplos da Bahia e de Pernambuco, que antes centros produtores de açúcar na primeira fase da prosperidade da colônia, foram substituídos pelos centros mineradores, sendo esta a maneira que se “formou e sempre funcionou a economia brasileira”. Para o autor, no conjunto, a colônia nunca teve uma organização econômica sólida, oscilando “com altos e baixos violentos, semeando de cada vez mais um pouco de destruição e miséria” no território brasileiro (PRADO JR, 1961, p. 123). Segundo Prado Jr, os esforços na colônia eram somente para manutenção do estritamente necessário, resultando no baixo padrão de vida da população em geral. Nesse sentido, citando Luís Vilhena (1927), o autor destaca a situação da Bahia que, embora fosse a segunda, senão a primeira, em riqueza na colônia, já foi chamada de “congregação de pobres”.

A esse cenário, o autor acrescenta o poder que a metrópole exercia sobre a sociedade colonial, que reproduziu o modelo da monarquia portuguesa quando da constituição de um Estado nacional brasileiro. Assim, tem-se que com uma economia voltada para a satisfação das necessidades do mercado europeu e a influência político-institucional da coroa portuguesa, portanto, eurocêntrica, surgiu no Brasil uma burguesia com características particulares, num contexto capitalista igualmente peculiar.

Florestan Fernandes (2006), traz que as representações ideais da burguesia brasileira se encerravam nela mesma, numa falsa consciência, agindo em essência de forma predominantemente “reacionária e ultraconservadora”, seguindo a tradição do mandonismo oligárquico. Para o autor, a burguesia brasileira era:

[...] dotada de moderado espírito modernizador e que, além do mais, tendia a circunscrever a modernização ao âmbito empresarial e às condições imediatas da atividade econômica e do crescimento econômico. Saía desses limites, [...] para demonstrar a sua civilidade. Nunca para empolgar os destinos da nação como um todo, para revolucioná-la de alto a baixo. (FERNANDES, 2006, p. 242)

E assim, tem-se duas das características mais marcantes da burguesia nacional, a convergência do liberalismo econômico com o conservadorismo moral e a ausência de nacionalismo assinalada por um sentimento elitista. Para o autor, isso faz com que a “democracia burguesa” seja uma “democracia restrita”, acessível somente para aqueles com acesso à dominação burguesa e demonstra a raiz e o sentido político da intolerância.

Segundo Fernandes, ao longo do tempo a burguesia brasileira foi “ganhando maior controle da situação interna e maior flexibilidade na fixação de uma política econômica destinada a acelerar o desenvolvimento capitalista” (FERNANDES, 2006, p. 255). Contudo, ele pontua que este avanço não tornou o país independente, persistiram as relações de dependência e dominação externa na economia. No entanto, o autor traz que o desenvolvimento capitalista brasileiro se deu dentro dos mesmos padrões observados também em outras nações tomadas como periféricas e heteronômicas, com ou sem passado colonial.

Nesse sentido, o autor afirma que o desenvolvimento capitalista do Brasil, em nenhuma de suas fases, seja sob o regime de trabalho escravo, seja sob o regime de trabalho livre, logrou:

1º) a ruptura com a associação dependente, em relação ao exterior (ou aos centros hegemônicos da dominação imperialista); 2º) a desagregação completa do antigo regime e de suas sequelas [...]; 3º) a superação de estados relativos de subdesenvolvimento, inerentes à satelização imperialista da economia interna e à **extrema concentração social e regional** resultante da riqueza. (FERNANDES, 2006, p. 262) Grifo nosso.

Assim, Fernandes acrescenta que o desenvolvimento capitalista brasileiro se deu com base em comportamentos “egoísticos e particularistas” por parte da burguesia, o que permitiu a continuação da dominação imperialista externa, bem como a constante exclusão da maioria da população. Isto posto, tem-se que “dependência e subdesenvolvimento não foram somente “impostos de fora para dentro””, as classes dominantes brasileiras também construíram elas mesmas “o capitalismo dependente

como realidade econômica e humana” (FERNANDES, 2006, p. 262). Neste mesmo raciocínio, Vicente Navarro (2007) fala em “classes dominantes do Sul”, trazendo que a ordem mundial é baseada numa aliança entre as classes dominantes do Norte e do Sul contra a redistribuição das riquezas produzidas para a preservação de seus interesses. Ademais, Fernandes reforça dizendo que o progresso do país não foi o objetivo central do desenvolvimento capitalista no Brasil, mas sim os “interesses egoísticos particulares” da burguesia, que se fundiam com os propósitos econômicos e extra-econômicos da dominação imperialista externa.

Karl Marx (2015), ao desvendar o complexo funcionamento do sistema capitalista e da sociabilidade decorrente deste, afirmou que este sistema de organização da sociedade não pode existir sem que haja desigualdade social e apropriação da riqueza socialmente produzida por parte da classe dominante, a burguesia. Havendo um segmento que domina, logo, há o que é dominado, que por sua vez, segundo Marx, é a classe trabalhadora.

Nessa relação de dominação, vive-se em uma sociedade em que a classe dominante desapropria a classe trabalhadora em tantos níveis, que só lhe resta a sua força de trabalho para vender e sobreviver. Nesse sentido, o capitalismo fabrica o “exército industrial de reserva”, ou “população trabalhadora excedente”, posto que esta é “produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza” neste sistema. Assim, esta população se constitui na “alavanca da acumulação capitalista”, sendo a “condição de existência” do capitalismo, e portanto, deve ser mantida para sua sobrevivência (MARX, 2015, p. 743). Desse modo, ao aumentar a oferta de força de trabalho, ele desvaloriza esta e subjuga o trabalhador a aceitar as condições postas pelo mercado.

Dessa forma, Marx estabelece como “*lei geral, absoluta, da acumulação capitalista*” o seguinte:

Quanto maiores a riqueza social, o capital em função, a dimensão e energia de seu crescimento e, conseqüentemente, a magnitude absoluta do proletariado e da força produtiva de seu trabalho, tanto maior o exército industrial de reserva. [...] A magnitude relativa do exército industrial de reserva cresce, portanto, com as potências da riqueza [...]. E, ainda, quanto maiores [...] o exército industrial de reserva, tanto maior, usando-se a terminologia oficial, o pauperismo. (MARX, 2015, p. 756)

Para Marx, o pauperismo, que significa pobreza extrema/miséria²⁴, é parte da produção capitalista e fica a cargo da classe trabalhadora na divisão social. E, assim, ele afirma que “tudo o que importa é tornar a fome permanente na classe trabalhadora [...]” (MARX, 2015, p. 758). Diante disso, vê-se que o capitalismo precisa da desigualdade social para existir.

Partindo dessa perspectiva marxiana, Marilda Iamamoto (2015) também traz que “ao crescimento do capital corresponde a crescente pauperização relativa do trabalhador” (IAMAMOTO, 2015, p. 24). A partir do “capital fetiche”, termo criado por Marx para designar o capital que rende juros, a autora faz uma análise da questão social brasileira e da sociabilidade decorrente desta nova era do capitalismo que integra grupos industriais a instituições financeiras, ou seja, o capitalismo financeiro.

De acordo com Iamamoto, “o predomínio do capital fetiche conduz à banalização do humano, à descartabilidade e indiferença perante o outro” (IAMAMOTO, 2015, p. 37), resultando na “superficialização do mundo” e na potencialização das desigualdades inerentes à relação social capitalista. Assim, tem-se o recrudescimento das desigualdades e do número de pessoas destituídas de direitos civis, políticos e sociais, o que se exacerba diante de orientações “(neo)liberais”, como as do Consenso de Washington, já abordado anteriormente.

A autora ressalta que os países em desenvolvimento são capturados pelos países imperialistas que impõem medidas de austeridade como o único caminho para o crescimento econômico, com ônus para as “grandes maiorias”. Como posto por Marx (2015), no modo de produção capitalista o Estado tem o papel de manter a estrutura de classes e as relações de produção em conformidade com os interesses da burguesia. É neste sentido que Iamamoto observa que esta imposição não é possível sem a participação efetiva dos Estados nacionais, afirmando que as relações de produção atualmente são inconcebíveis sem a ativa intervenção do Estado capitalista e das políticas sociais e econômicas implementadas.

Ainda sobre essa nova era do capitalismo, Iamamoto traz que o crescimento da dívida pública é um novo elemento que contribui para a mundialização do capital.

²⁴ Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/pauperismo/>>. Acesso em: 02/09/2019.

No tocante à dívida pública, a autora explica que o Estado paga aos seus credores o juro referente ao capital por estes emprestado. Assim, “o credor possui o título de dívida contra o Estado, que lhe dá direitos sobre as receitas anuais do Estado, produto anual dos impostos” (IAMAMOTO, 2015, p. 98). De acordo com lamamoto, a dívida pública teve papel fundamental na primeira fase da “liberalização e desregulamentação dos mercados financeiros”, ocorrida entre 1982 e 1994. Dessa forma, o “poder das finanças foi construído com o endividamento dos governos” (IAMAMOTO, 2015, p. 117), sendo a dívida pública um de seus pilares juntamente com o mercado acionário das empresas. Nesse sentido, a autora aponta que há uma apropriação do fundo público para alimentação do mercado financeiro, com suporte dos Estados por meio de políticas fiscais e monetárias.

Além disso, lamamoto observa que sendo a tributação de forma regressiva, ou seja, tributos menores para os altos rendimentos, e a dívida pública paga com receitas anuais do Estado provenientes dos impostos, tem-se que o ônus da dívida pública recai sobre a maioria dos trabalhadores, cujos rendimentos são consumidos pela tributação pública direta ou indireta. É sabido que a imposição do pagamento dos serviços da dívida resulta na escassez de recursos para políticas e serviços públicos, que no caso brasileiro se concretizou com a emenda constitucional do teto dos gastos públicos, bem como na privatização da “coisa pública”, intensificando a submissão do Estado aos interesses econômicos e políticos dominantes externos e internos. E, assim, a autora aponta que as “necessidades sociais das maiorias” são sacrificadas em favor do neoliberalismo, sob o pretense discurso neoliberal de modernidade, que em essência carrega ainda o que há de “mais conservador e atrasado na sociedade brasileira” (IAMAMOTO, 2015, p. 142), a velha lógica da apropriação da riqueza socialmente produzida.

Sobre o neoliberalismo, Vicente Navarro (2007) traz que este começou nos EUA na década de 1970, durante o governo Jimmy Carter, mas que se expandiu e se tornou uma ideologia internacional durante o governo de Ronald Reagan, também nos EUA, e de Margaret Thatcher, no Reino Unido. Contudo, de acordo com David Harvey (2004), o neoliberalismo como doutrina político-econômica tem origem no final dos anos 1930, se opondo radicalmente ao comunismo, ao socialismo e a qualquer forma

de intervenção estatal que não fosse para “garantia da propriedade privada, das instituições de mercado e da atividade dos empreendedores” (HARVEY, 2004, p. 130). Segundo Harvey, a doutrina neoliberal foi por muito tempo ignorada, até que com o acirramento da crise geral de sobreacumulação, ela passou a ser considerada como alternativa ao keynesianismo, bem como uma solução para contornar a crise. No entanto, Harvey ensina que foi Thatcher quem “descobriu politicamente o movimento” na busca de soluções para os problemas econômicos enfrentados nos anos 1970.

A partir de então, segundo Harvey, o FMI e o Banco Mundial mudaram seus parâmetros de política, e em poucos anos o neoliberalismo dominou as instituições e o cenário político, inicialmente no “mundo anglo-saxão”, avançando depois para parte da Europa e do mundo. De acordo com Navarro, o neoliberalismo estabelece o seguinte:

- 1) O Estado [...] precisa reduzir o seu intervencionismo nas atividades econômicas e sociais.
- 2) Mercados de trabalho e financeiros precisam ser desregulados para liberar a enorme energia criativa dos mercados.
- 3) Comércio e investimentos precisam ser estimulados pela eliminação das fronteiras e barreiras para permitir completa mobilidade do trabalho, de capital, de bens e de serviços. (NAVARRO, 2007, p. 09. Tradução livre)

Estes são os princípios basilares do receituário neoliberal. Ainda quanto aos preceitos do neoliberalismo, Harvey (2008) traz que os valores fundamentais do pensamento neoliberal, quais sejam, os ideais políticos da dignidade humana e da liberdade individual, foram tomados como os “valores centrais da civilização”. Desse modo, o autor ressalta que nenhum modo de pensamento se torna dominante sem se propor concomitantemente um aparato conceitual que mobilize e motive as pessoas e que, nesse sentido, as figuras fundadoras do neoliberalismo foram sábias ao escolher tais valores, posto que estes são ideais “bem convincentes e sedutores”.

Contudo, Harvey observa que a circulação de fortes influências ideológicas neoliberais nas corporações, nos meios de comunicação e nas instituições que constituem a sociedade civil “criou um clima de opinião favorável ao neoliberalismo como o garante exclusivo da liberdade” (HARVEY, 2008, p. 50), o que se consolidou com o domínio dos partidos políticos e do poder do Estado. Quanto a este último, o autor afirma que seu papel é a criação de “um clima de negócios favorável e não cuidar das necessidades e do bem-estar da população em geral” (HARVEY, 2008, p.

58). Ainda quanto ao consentimento da sociedade, Harvey observa que a conformação à nova ordem social exigiu a neutralização do trabalho e das organizações trabalhistas. Enfim, ele então afirma que a genialidade de Reagan e Thatcher “esteve na criação de um legado e de uma tradição que envolveram políticos que os sucederam numa teia de restrições de que não foi fácil escapar” (HARVEY, 2008, p. 73), e que seu grande sucesso reside na maneira como transformaram uma corrente minoritária em majoritária.

Outro ponto importante abordado por Harvey é o papel assumido pelos Estados Unidos de protetor e propagador da liberdade no mundo, sendo o país o líder dessa “grandiosa missão”. A título de ilustração, o autor cita os casos do Iraque, ocorrido em 2003 e do Chile, ocorrido nos anos 1970, oportunidades em que os Estados Unidos intervieram nesses países derrubando seus governos em nome da liberdade, sendo este último apontado por Harvey como a primeira experiência de neoliberalização. Além disso, o autor também chama a atenção para a tendência neoconservadora em resposta a instabilidade do Estado neoliberal, iniciada nos EUA.

Harvey afirma que houve aumento da concentração de renda após a implementação de políticas neoliberais e, assim, defende que o neoliberalismo é “um projeto político de restabelecimento das condições de acumulação do capital e de restauração do poder das elites econômicas” (HARVEY, 2008, p. 27). Assim, o autor tece considerações sobre o significado do poder de classe e como o neoliberalismo implicou a redefinição do conceito de classe.

De acordo com Harvey, embora a neoliberalização possa ter tido como foco a restauração do poder de classe, isto não significou que a restauração do poder econômico se deu às mesmas classes. Nesse sentido, o autor destaca que com os conglomerados frutos das fusões de diversos setores da economia, o poder de classe se concentrou nas figuras dos CEOs²⁵ e dos “líderes dos aparatos financeiros, legais e técnicos” (HARVEY, 2008, p. 42), embora a noção de alta classe não se restrinja a esse grupo. Harvey destaca ainda que essa nova configuração de classe deve ser

²⁵ CEO é a sigla em inglês de *Chief Executive Officer*. De acordo com David Harvey, os CEOs são “os principais operadores dos conselhos de administração” dos grandes conglomerados. (HARVEY, 2008, p. 42)

considerada transnacional, sobretudo em razão da realização de atividades coloniais e neocoloniais, bem como por meio de ligações transnacionais que se ampliaram durante a fase de globalização neoliberal, o que, no entanto, não significa que as principais figuras dessa classe não estejam associadas a aparatos de Estados específicos. O autor traz também que o fato desses poucos indivíduos exercerem o poder de controle sobre amplos setores da economia lhes confere um enorme poder econômico de influenciar processos políticos.

Ao abordar o Estado neoliberal na teoria e na prática, Harvey afirma que na prática a neoliberalização se afastou do modelo que a teoria oferece e que sua evolução “caótica” sugere que o Estado neoliberal pode ser uma forma política instável e contraditória. O autor traz que na teoria, este deve favorecer os direitos individuais à propriedade privada, o regime de direito e as instituições de mercado, bem como promover a desregulação do mercado e a livre mobilidade do capital. Contudo, na prática existem tensões e contradições no Estado neoliberal, dentre as quais o autor destaca:

- 1) De um lado, espera-se que o Estado neoliberal assuma um poder secundário e simplesmente monte o cenário para as funções do mercado. Porém, de outro, espera-se que ele seja ativo na criação de um clima de negócios favorável e se comporte como entidade competitiva na política global. [...]
- 2) O autoritarismo na colocação em prática do mercado não combina muito com ideais de liberdades individuais. [...]
- 3) Embora possa ser essencial preservar a integridade do sistema financeiro, o individualismo irresponsável e autoengrandecedor de operadores no seu âmbito produz volatilidade especulativa, escândalos financeiros e instabilidade crônica. [...] A desregulação do sistema financeiro facilita comportamentos que exigem re-regulação para evitar crises.
- 4) Embora as virtudes da competição recebam prioridade máxima, a realidade mostra uma crescente consolidação de poder oligopolista, monopolista e transnacional nas mãos de umas poucas corporações multinacionais centralizadas [...].
- 5) No nível popular, o ímpeto para as liberdades de mercado e a mercadificação de tudo pode sair bem facilmente do controle e produzir incoerência social. [...] Torna-se então peculiarmente difícil combater a anomia e o controle dos comportamentos antissociais resultantes, como a criminalidade [...]. (HARVEY, 2008, p. 89 a 91)

Nesse sentido, Navarro (2007) também afirma que o neoliberalismo na prática diverge de sua teoria. Um exemplo disso é o fato de que, embora haja a máxima de diminuição do papel do Estado, como acima exposto, segundo Navarro, o tamanho

deste tem aumentado na maioria dos países capitalistas desenvolvidos, porém, com uma mudança na natureza desta intervenção, que fortalece ainda mais o seu caráter de classe.

Nesse ponto, o autor também elabora sua análise sobre o caráter classista do processo da neoliberalização e faz o alerta sobre o risco de setores da esquerda ignorarem conceitos científicos como “luta de classes e classes” por os considerarem ultrapassados. Para o autor, o mundo deve ser compreendido a partir do reconhecimento da existência da luta de classes, bem como das alianças de classe firmadas entre as classes dominantes dos países capitalistas desenvolvidos (do Norte) e as dos países capitalistas em desenvolvimento (do Sul), como aqui já exposto. Nesse sentido, o autor critica a visão simplista de que apenas o “rico Norte” oprime e explora o “pobre Sul”, lembrando que no Sul também há uma classe dominante que oprime a classe dominada em seu próprio território.

Para exemplificar tais alianças, o autor cita o caso do estímulo ao uso de planos de saúde feito pelo governo George W. Bush tanto para a população dos EUA, quanto para a população de países em desenvolvimento com o apoio de “governos conservadores da América Latina em nome de suas classes dominantes, que se beneficiam de esquemas de planos privados” (NAVARRO, 2007, p. 18. Tradução livre). Desse modo, para Navarro, a base dos problemas de saúde, são, dentre outros, problemas com raiz nas relações de classe.

Assim, segundo Navarro, “o neoliberalismo é a ideologia e a prática das classes dominantes dos mundos desenvolvido e em desenvolvimento” (NAVARRO, 2007, p. 14. Tradução livre), sendo o seu domínio nos campos econômicos, políticos e sociais uma marca da atualidade. O autor aponta, ainda, para o domínio do neoliberalismo também nas agências internacionais, incluindo-se as agências técnicas da Organização das Nações Unidas (ONU), como a OMS, que sofrem influência direta de países desenvolvidos.

Para Navarro, o maior problema enfrentado não é a eliminação da pobreza, mas sim a redução da desigualdade, sendo necessário primeiro resolver a questão da desigualdade, para então solucionar o problema da pobreza. Quanto a isso, o autor

critica a visão de que a pobreza seja somente uma “questão de recursos”, como posto pelo Banco Mundial, que mede a pobreza mundial pelo “número de pessoas que vivem com um dólar americano padronizado por dia”. Navarro assevera que “o problema real, novamente, não são os recursos absolutos, mas a distância social e os diferentes graus de controle sobre os próprios recursos” (NAVARRO, 2007, p. 21. Tradução livre). Lamentavelmente, esta realidade pode ser constatada em todas as sociedades capitalistas, sobretudo nos países em desenvolvimento, onde a desigualdade é mais acentuada.

Uma das propostas de Navarro para solucionar o problema desigualdade social, dentre outros, é a mudança de orientação econômica. Para o autor, as economias nos países em desenvolvimento são orientadas para a exportação, devendo, no entanto, orientá-las para o crescimento doméstico, algo que exigiria uma extensa redistribuição de renda e que, por isso, é rechaçada pelas classes dominantes nacionais e pelos países desenvolvidos. Desse modo, Navarro ressalta que a maioria dos países que se encontram nesta condição de subdesenvolvimento, já possuem recursos para interromper esta condição, incluindo financeiros.

Nesse mesmo sentido, Florestan Fernandes (1975) também traz que as classes dominantes latino-americanas têm interesse e responsabilidade por essa situação de dependência tanto quanto os grupos externos, e completa dizendo que a dependência e o subdesenvolvimento são benéficas para ambos. No entanto, Fernandes questiona se seria possível aos países latino-americanos atingir uma real “autonomia econômica, sociocultural e política” por meio do sistema capitalista.

Para responder a este questionamento, o autor aborda a forte concentração de renda no Brasil, a que ele chama de “terrível herança de quatro séculos de “tradição colonial” aberta ou dissimulada, a qual não pode ser superada mediante uma forma mais complexa e asfixiante de neocolonialismo” (FERNANDES, 1975, p. 27). Segundo Fernandes, este desafio não pode ser enfrentado por meio do capitalismo privado, sobretudo do capitalismo dependente, no qual há uma “dominação externa e uma drenagem de recursos permanentes”. Para ele igualmente, em teoria, uma “transferência maciça de capital, de tecnologia e de pessoal qualificado poderia iniciar um novo processo de reorganização econômica, sociocultural e política”

(FERNANDES, 1975, p. 28), todavia, ao contrário do que pensa Navarro, Fernandes acredita que os países da América Latina não poderiam arcar com os custos que este processo traria. Para o autor, este novo tipo de imperialismo e de hegemonia norte-americana desloca para o exterior o controle deste processo de acumulação de capital, ficando o fardo da acumulação com os países latino-americanos e seus efeitos multiplicadores mais significativos com as economias centrais, que atuam como centros de apropriação do excedente econômico gerado.

Assim, para Fernandes, o dilema latino-americano provém da “necessidade histórica e social de autonomia e equidade”, e um desenvolvimento gradual e seguro, só será possível se os setores sociais dominantes e as elites no poder obtiverem apoio popular e desenvolverem um “forte nacionalismo revolucionário”. Para tanto, segundo o autor, seria necessário um novo tipo de capitalismo de Estado, com capacidade para ajustar este desenvolvimento econômico e mudança sociocultural aos “requisitos da “revolução dentro da ordem social””. Uma outra solução apresentada pelo autor para o alcance deste desenvolvimento seria por meio de uma rebelião popular radical socialista. No entendimento de Fernandes, somente mudanças estruturais significativas podem eliminar “as tensões provocadas pelas migrações internas, a pobreza generalizada e a frustração sistemática” (FERNANDES, 1975, p. 30 e 31) na sociedade capitalista.

Quanto a essas tensões, em especial às provocadas pelas migrações internas, David Harvey (2005) traz que a urbanização se acelerou juntamente com o desenvolvimento capitalista, criando uma “revolução ecológica, política, econômica e espacial na organização social da população mundial”. Segundo o autor, a proporção da população global urbana dobrou em 30 anos, “resultando em concentrações espaciais massivas de população, numa escala, até então, consideradas inconcebíveis” (HARVEY, 2005, p. 214), ao que se pode acrescentar também o aumento da pobreza.

Ao discorrer sobre a Teoria do Desenvolvimento Geográfico Desigual, Harvey (2006) traz que a cidade foi moldada de acordo com os interesses de “proprietários de imóveis, incorporadores, especuladores, capitalistas financeiros e do Estado” em detrimento dos interesses dos habitantes da cidade (HARVEY, 2006, p. 89. Tradução

livre). Para o autor, ao moldar as cidades estes agentes acabaram por moldar também seus habitantes, tendo em vista que estes agentes reestruturaram e continuam a reestruturar “o cotidiano dos habitantes da cidade por meio de projetos que asseguram os [seus] interesses”. (HARVEY, 2006, p. 89. Tradução livre). Nesse sentido, Harvey (2008) destaca o fenômeno da gentrificação que, segundo ele, consiste na “expulsão dos moradores pobres por empreendimentos imobiliários destinados à classe média” para “restauração” de bairros decadentes” (HARVEY, 2008, p. 57). Assim, vê-se como a especulação imobiliária molda a cidade e constrói periferias.

Assim, Harvey fala em acumulação por meio da desapropriação que possibilita ao sistema capitalista uma aparência de estabilidade. Para o autor, a acumulação de capital não se restringe à “produção e circulação de excedentes como mais-valia”, trata-se também da “apropriação dos ativos de terceiros” (HARVEY, 2008, p. 95. Tradução livre). Harvey acrescenta que qualquer teoria do desenvolvimento geográfico desigual no capitalismo deve considerar a acumulação/desvalorização por meio da desapropriação para que seja válida. Desse modo, o autor aduz que o desenvolvimento geográfico desigual por meio da desapropriação é uma consequência da estabilidade capitalista.

Numa interpretação macro, essa teoria pode ser aplicada também quando se trata de regiões. No Brasil, algumas regiões se desenvolveram mais do que outras de acordo com interesses do capital, criando redutos de pobreza e atraso no desenvolvimento socioeconômico, com os piores indicadores sociais e econômicos do país, como é o caso da região Nordeste.

Celso Furtado (2007) ensina que, em razão da decadência da “grande empresa açucareira”, no período colonial o Nordeste foi transformado de sistema econômico de alta produtividade em uma “economia em que grande parte da população produzia apenas o necessário para subsistir” (FURTADO, 2007, p. 106), o que marcou profundamente a formação da população nordestina e de seu desenvolvimento econômico. Assim, seguindo em sua análise, o autor faz uma avaliação do nível de renda e ritmo de crescimento na segunda metade do século XIX no Brasil e conclui que o desenvolvimento não se estendeu a todo o território nacional neste período, tendo sido a referida região a única em que a renda per capita diminuiu, com exceção

do estado da Bahia, onde esta se manteve. Desse modo, vê-se como os ciclos da formação econômica do país moldaram o desenvolvimento das regiões brasileiras ao sabor da economia, criando regiões empobrecidas ao passo que construía regiões ricas. O declínio da produção açucareira no Brasil no século XVII, com o deslocamento da atenção econômica para a região Sudeste, levou ao declínio progressivo do Nordeste, que passou a figurar como uma grande periferia do novo centro econômico prioritário, mudando decisivamente a sua história.

Nesse sentido, é válido retomar o debate da questão social, a fim de registrar rapidamente os ensinamentos de Josiane Santos (2012) a respeito do tema. Santos faz uma análise desta a partir do tema do desemprego, para tanto a autora considera as particularidades do capitalismo do Brasil na formação social do país e como isso se reflete na questão social brasileira.

Desse modo, Santos se baseia em José Paulo Netto (1996) para destacar os três principais fenômenos que caracterizam as particularidades históricas da formação do Brasil. Em primeiro lugar, ela destaca o “*caráter conservador da modernização operada pelo capitalismo brasileiro*”, falando em “conciliação com o “atraso”” (SANTOS, 2015, p. 95). A autora afirma, assim, que não houveram “reformas estruturais” no país e cita como alguns dos exemplos disso o fato de “o ingresso na fase da industrialização pesada” não ter implicado alteração significativa quanto à estrutura fundiária, e a formação do mercado de trabalho, que teve a abolição da escravidão adiada o quanto pôde. Em segundo, ela destaca a exclusão da população dos processos de decisão política, falando em “fragilidade dos mecanismos democráticos”. Santos aponta que as classes dominantes operam constantemente ““pelo alto””, por meio do Estado, “burlando os mecanismos democráticos” (SANTOS, 2015, p. 112 e 113). E, em terceiro, a autora traz a centralidade do Estado para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil e seu papel político na luta de classes, ao ponto de ter a sua direção disputada por diferentes “facções da classe dominante”.

Dessa forma, Santos situa “os traços do desemprego como resultantes do caminho percorrido através da particularização, no nível da formação social brasileira” (SANTOS, 2015, p. 134). Para a autora, as particularidades presentes no regime de

trabalho brasileiro podem também ser consideradas como particularidades da questão social.

Marilda Iamamoto (2015) por sua vez, traz que o trabalho e a satisfação das necessidades sociais são preteridos em favor das mercadorias e do dinheiro. Para a autora, como já acima exposto, em consequência tem havido uma banalização da vida humana, que está na raiz da questão social na “era das finanças”, resultando em uma regressão dos direitos sociais e políticas públicas. Desse modo, Iamamoto defende a hipótese de que “na raiz do perfil atual assumido pela questão social no Brasil, encontram-se as políticas de favorecimento das instituições dos mercados financeiros e das empresas multinacionais como forças que capturam o Estado” (IAMAMOTO, 2015, p. 36). Assim, segundo a autora, a questão social é mais do que as expressões da pobreza, que por seu turno é historicamente produzida, ela também adensa a banalização do humano.

Nesse sentido, Santos traz que também os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho estão sujeitos aos processos de pauperização, que por sua vez “remete a outros indicadores sociais, como acesso a saneamento básico, habitação, [...], que determinam, por sua vez, os indicadores de saúde” (SANTOS, 2015, p. 134). Dessa forma, após esse breve resgate histórico para melhor compreensão da atual situação socioeconômica do Brasil, marcada pela profunda desigualdade social, segue-se à discussão sobre a influência dos fatores sociais na saúde.

CAPÍTULO 3: O debate sobre a saúde e a desigualdade social

Conforme o já citado relatório da Human Rights Watch, o surto do vírus zika no Brasil impactou desproporcionalmente as mulheres e as meninas negras e pobres e agravou antigos e conhecidos problemas de direitos humanos e cidadania, incluindo o acesso à água e ao saneamento, que exacerbaram a crise de zika, bem como as disparidades socioeconômicas no acesso à saúde. Essa situação tende a se agravar diante da adoção de medidas de austeridade fiscal pelas autoridades brasileiras que podem diminuir o financiamento da saúde pública e outros serviços, em dezembro de 2016, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional nº 95, que congelou as despesas públicas por um período de 20 anos. Esse congelamento certamente irá atingir com mais força a camada mais pobre e mais vulnerável da população, aumentando os níveis de desigualdade em uma sociedade já extremamente desigual.

Em maio de 2017, o governo brasileiro decretou o fim da emergência nacional de saúde pública relacionada ao vírus zika²⁶. Contudo, as condições que permitiram que o surto se alastrasse no país permanecem em grande parte sem solução, deixando a população vulnerável a futuros surtos, ameaçando a saúde pública. O Brasil é responsável pela maioria dos casos de síndrome congênita de zika em todo o mundo²⁷. Ademais, os estudos realizados no tema foram unânimes em afirmar que a epidemia de 2015 atingiu com mais gravidade a região Nordeste. O fato da região possuir o pior IDHM do país e ter sido a região que mais sofreu com a epidemia, não é mera coincidência. A pobreza que atinge a região, em razão de seu processo de formação social e da ausência de esforços públicos atuais, foi terreno fértil para a eclosão da epidemia nas proporções em que esta se deu.

Além da pobreza, vale o breve registro de que tendo sido mulheres e meninas negras e pobres atingidas desproporcionalmente pela epidemia de 2015, restam evidenciados mais outros dois fatores importantes mediatizadores da questão social

²⁶ De acordo com reportagem veiculada no sítio oficial do Ministério da Saúde (MS), em 11 de maio de 2017, 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. A medida foi tomada em razão da queda no número de casos de zika e microcefalia no Brasil. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/svs/28348-ministerio-da-saude-declara-fim-da-emergencia-nacional-para-zika-e-microcefalia>>. Acesso em: 04/12/2019.

²⁷ Dados apresentados em detalhe no Capítulo 4.

brasileira nessa tragédia humanitária, a relação de gênero e o aspecto étnico-racial. Nesse sentido, segundo Cássia Carloto e Silvana Mariano (2009), “sexo e cor são também definidores das desigualdades sociais” e a “presença mais notável de mulheres negras entre as pessoas pobres é reflexo de um processo histórico de (re)produção” dessas desigualdades (CARLOTO e MARIANO, 2009, p. 902). Assim, para elas a pobreza brasileira possui sexo e cor.

Débora Diniz traz que “as grandes epidemias já foram descritas como “armadilhas da pobreza”” (DINIZ, 2017, p. 68). Ela explica que, segundo Winford H. Masanjala:

“Armadilha da pobreza é definida como qualquer mecanismo retroalimentado que faz com que a pobreza persista. As armadilhas de pobreza não se referem apenas a dificuldade de contornar situações de baixa renda, mas a uma situação em que a evolução da riqueza ou do bem-estar dos membros de uma família está diretamente ligada às condições econômicas e sociais. De tal modo que, dependendo das condições de pobreza já vividas, os indivíduos poderão viver “trancados” na pobreza ou riqueza, se não indefinidamente, por longos períodos de tempo. Uma característica da armadilha da pobreza é que os resultados “bons” e “ruins” se reforçam, de modo que pequenas intervenções ou eventos não resultarão em consequências a longo prazo” (MASANJALA, 2006, p. 5822 apud DINIZ, 2017, p. 68. Tradução livre.).

Para a autora, a expressão descreve a situação das famílias dos estados nordestinos afetados. Segundo ela, as mulheres vítimas da epidemia de zika de 2015 já eram “vulneráveis pela desigualdade social, pelos regimes históricos de exploração racial e regional [...]. Nenhuma delas está no topo da estratificação social da sociedade brasileira” (DINIZ, 2017, p. 68).

Um passo dado em direção à erradicação da pobreza, a nível global, é a Agenda 2030 lançada pela ONU, com 30 Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável. Com isso, a Organização pretende erradicar a pobreza em todas as suas formas e dimensões, sendo este considerado o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável. Obviamente, este é o Objetivo nº 1 Erradicação da pobreza, com as seguintes metas:

Objetivo 1. Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares

1.1 Até 2030, erradicar a pobreza extrema para todas as pessoas em todos os lugares, atualmente medida como pessoas vivendo com menos de US\$ 1,90 por dia

1.2 Até 2030, reduzir pelo menos à metade a proporção de homens, mulheres e crianças, de todas as idades, que vivem na pobreza, em todas as suas dimensões, de acordo com as definições nacionais

1.3 Implementar, em nível nacional, medidas e sistemas de proteção social adequados, para todos, incluindo pisos, e até 2030 atingir a cobertura substancial dos pobres e vulneráveis

1.4 Até 2030, garantir que todos os homens e mulheres, particularmente os pobres e vulneráveis, tenham direitos iguais aos recursos econômicos, bem como o acesso a serviços básicos, propriedade e controle sobre a terra e outras formas de propriedade, herança, recursos naturais, novas tecnologias apropriadas e serviços financeiros, incluindo microfinanças

1.5 Até 2030, construir a resiliência dos pobres e daqueles em situação de vulnerabilidade, e reduzir a exposição e vulnerabilidade destes a eventos extremos relacionados com o clima e outros choques e desastres econômicos, sociais e ambientais

1.a Garantir uma mobilização significativa de recursos a partir de uma variedade de fontes, inclusive por meio do reforço da cooperação para o desenvolvimento, para proporcionar meios adequados e previsíveis para que os países em desenvolvimento, em particular os países menos desenvolvidos, implementem programas e políticas para acabar com a pobreza em todas as suas dimensões

1.b Criar marcos políticos sólidos em níveis nacional, regional e internacional, com base em estratégias de desenvolvimento a favor dos pobres e sensíveis a gênero, para apoiar investimentos acelerados nas ações de erradicação da pobreza

Contudo, a erradicação da pobreza, ainda que tomada sob um viés mais econômico como se vê na meta 1.1 acima transcrita, parece quase que impossível de ser plenamente alcançada no contexto do sistema capitalista, sobretudo sob à égide do neoliberalismo na era do capital fetiche. Como visto no capítulo anterior, o capitalismo é desigual por essência e inevitavelmente produz pobreza, o que se agudizou com a sua fase financeira e seus grandes conglomerados. De acordo com Marilda Iamamoto (2008), a expansão monopolista agudiza as desigualdades econômicas, sociais e regionais, posto que “favorece a concentração social, regional e racial de renda, prestígio e poder” (IAMAMOTO, 2008, p. 32).

Vicente Navarro (2007), ao tratar das consequências da neoliberalização, globalização e desigualdade social para a saúde, afirma que a razão para a situação em que o mundo se encontra é a enorme concentração de poder econômico, político e cultural, que caracteriza a ordem ou a “desordem” mundial. Assim, segundo ele, as “ideologias dominantes nos círculos de *establishment* nos países desenvolvidos [...] aparecem, por exemplo, nos documentos da OMS logo depois de aparecerem nos principais jornais médicos e econômicos” (NAVARRO, 2007, p. 204. Tradução livre).

Nesse sentido, Navarro chega a chamar o relatório “Sistemas de saúde: melhorando o desempenho” da OMS de “documento fortemente ideológico”.

No entanto, o autor reconhece e ressalta a importância da Declaração de Alma-Ata, por exemplo, afirmando ter sido esta um passo positivo e que trouxe respostas às necessidades do mundo e que, embora precise ser atualizada, sua filosofia ainda é muito relevante. Assim, Navarro defende a recuperação da visão holística e abrangente da saúde defendida na declaração, na qual o mérito de uma política econômica está no seu impacto positivo na saúde e no bem-estar da população.

A fim de solucionar os problemas enfrentados em saúde, Navarro propõe o seguinte:

[...] uma opção de saúde que possibilite o empoderamento das populações, facilitando sua participação ativa na formação de suas sociedades; um sistema de saúde no qual os recursos são alocados de acordo com a necessidade e os fundos são obtidos de acordo com a capacidade das pessoas de contribuir; um sistema de saúde vinculado a políticas redistributivas em cada país e entre países - complementado por políticas de pleno emprego que garantam aos adultos o direito a um trabalho satisfatório em um sistema de produção e distribuição ecológico, orientado por intervenções e regulações públicas. (NAVARRO, 2007, P. 209. Tradução livre)

O autor considera que essas soluções são facilmente possíveis, mas que a grande distância entre essas e a possibilidade das mesmas serem postas em prática diz muito sobre as extremas dificuldades políticas enfrentadas no mundo. Nesse sentido, Navarro traz que organizações e fundações como a OMS devem facilitar redes internacionais de “movimentos populares contra o neoliberalismo”, oferecendo recursos e/ou apoio. O autor lembra que a “OMS é um púlpito que constantemente entrega mensagens” (NAVARRO, 2007, p. 211. Tradução livre), logo, seria positivo que a organização divulgasse mensagens de apoio estes movimentos, ainda que este apoio não seja bem recebido pelas classes dominantes, considerando que o desconforto destas pode ser um indicador de que a OMS está desenvolvendo um bom trabalho.

Quanto a isso, a OMS (2010) publicou um relatório²⁸ abordando os determinantes sociais da saúde e o seu impacto nas desigualdades na saúde. O documento traz que as políticas sociais e econômicas têm um impacto determinante na possibilidade de uma criança crescer e se desenvolver, bem como que o nível de desenvolvimento de uma sociedade “pode ser avaliado pela qualidade da saúde da sua população, pela justiça da sua distribuição no espectro social e o grau de protecção prestado em situações desvantajosas relacionadas com deficiências de saúde” (OMS, 2010). Desse modo, quanto melhor a saúde da população, mais desenvolvida será a sociedade em que está inserida.

De acordo com a organização, dentre os mais pobres são registrados altos níveis de doença e mortalidade prematura, porém, a saúde deficiente não se restringe aos países mais pobres, em todos os países “a saúde e a doença seguem uma gradação social: quanto mais baixa a posição socioeconómica, pior o estado de saúde” (OMS, 2010). Assim, para a OMS corrigir tais desigualdades na saúde é uma questão de justiça social, posto que a injustiça social provoca a morte de pessoas em grandes proporções.

Adotando uma visão holística dos determinantes sociais da saúde, a OMS afirma que a igualdade na saúde é afetada pela economia global e pelos sistemas políticos. Assim, as desigualdades na saúde são provocadas pela desigualdade na distribuição de poder, renda, bens e serviços, em nível nacional e global. Em seguida, a OMS afirma que esta distribuição desigual não constitui um fenômeno natural, mas sim o resultado de uma má combinação de políticas sociais e programas frágeis, estruturas econômicas injustas e política ruim. Segundo a organização, “a má distribuição dos cuidados de saúde é um dos determinantes sociais da saúde” (OMS, 2010, p. 01). Desse modo, a saúde e a igualdade na saúde devem ser um resultado fundamental de políticas sociais, num esforço conjunto entre o Ministério da Saúde e outros ministérios para a criação de políticas que promovam a igualdade na saúde.

²⁸ No documento “Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final da comissão para os determinantes sociais da saúde”, a OMS recolheu, sistematizou e sintetizou informação factual sobre os determinantes sociais da saúde e o seu impacto nas desigualdades na saúde e produziu recomendações para atuação que abordassem essas desigualdades.

Em seu relatório, a OMS faz as seguintes recomendações gerais para eliminar as desigualdades:

1 - Melhorar as condições de vida quotidianas. 2 - Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos – [...] Isso requer um sector público forte e empenhado, capaz e adequadamente financiado. Para alcançar essa meta é necessário mais que um governo sólido – uma governação sólida. 3 - Quantificar e compreender o problema e avaliar o impacto da acção. (OMS, 2010, p. 2)

No tocante às condições de vida, a OMS traz que o local onde as pessoas vivem afeta a sua saúde e possibilidade de ter uma vida próspera. Apresentando um dado da WorldWatch Institute de 2007, a organização aponta que naquele ano, pela primeira vez, a maior parte da população encontrava-se em ambientes urbanos, sendo que cerca de 1 bilhão de pessoas vivia então em bairros degradados. Desse modo, a OMS afirma que a urbanização altera “os problemas de saúde das populações, especialmente por entre os pobres urbanos” e que, assim, o “planejamento e concepção dos ambientes urbanos” tem um grande impacto na igualdade na saúde. Nesse sentido, recomenda políticas de habitação de custo suportável e investimento na “requalificação de bairros degradados, incluindo como prioridade o **abastecimento de água e condições de saneamento**” (OMS, 2010, p. 04. Grifo nosso), essenciais para a saúde da população.

Ademais, a OMS também recomenda a garantia de emprego justo e condições dignas de trabalho para melhorar as condições de saúde, além de contribuir para a erradicação da pobreza e minimização das desigualdades sociais. Assim, ela indica a necessidade de se reforçar a representação de trabalhadores na elaboração das políticas e de proteção dos mesmos.

Um outro ponto importante abordado pela organização em seu relatório é a pobreza infantil e a transmissão da pobreza de geração em geração. Segundo a OMS, estes são grandes obstáculos na melhoria do estado de saúde da população e na redução das desigualdades nesta. Dessa forma, ela defende a ampliação da proteção social a toda a população, a nível nacional e global, como um importante passo para se alcançar a igualdade na saúde.

Segundo a OMS, outros fatores importantes para o alcance dessa igualdade na saúde são o acesso e o usufruto de cuidados de saúde. Para a organização, o sistema de cuidados de saúde em si é um determinante social da saúde, que influencia outros determinantes sociais, ao mesmo tempo que também é influenciado. Assim, aspectos como gênero, educação, profissão, renda, origem étnica e local de residência estão relacionados ao acesso e usufruto dos cuidados de saúde.

Dessa forma, o relatório traz que os cuidados de saúde são “um bem comum, não uma mera mercadoria no mercado”, e faz a defesa do “financiamento dos sistemas de saúde através de taxação geral e/ou do estabelecimento de sistemas de seguros universais e compulsivos”, apontando para a importância de se “fortalecer a liderança do setor público no financiamento de sistemas de saúde equitativos” (OMS, 2010, p. 09). Nesse sentido, a OMS alerta para os milhões de pessoas que são levadas à pobreza, em razão de despesas relacionadas à saúde.

Contudo, a organização reconhece que os mercados também trazem benefícios para a saúde com novas tecnologias, bens e serviços, e que os agentes do setor privado têm poder para contribuir para a igualdade na saúde, embora a economia de mercado possa criar condições negativas para a saúde, como “desigualdades económicas, esgotamento de recursos, poluição ambiental, condições laborais insalubres e a circulação de bens perigosos ou pouco saudáveis”. Assim, reafirma que a saúde não é uma mercadoria e que a comercialização de “cuidados de saúde provoca desigualdades” nesta, devendo a prestação de “bens sociais vitais” ficar a cargo do setor público, ao invés do mercado (OMS, 2010, p. 14). Assim, a OMS considera alguns bens e serviços como direitos humanos e sociais básicos, sendo o acesso a água potável e a cuidados de saúde exemplo destes.

Outro ponto importante para alcançar a igualdade na saúde apontado pela OMS é o financiamento público de ações transversais aos determinantes sociais da saúde. Assim, ela apela para a implementação de mecanismos de financiamento da ação trans-governamental sobre estes determinantes, para o perdão da dívida amplo e significativo e para a distribuição justa entre os grupos sociais dos recursos financeiros disponíveis, por meio da cobrança de impostos progressiva. Para a

organização, níveis reduzidos de redistribuição têm mais impacto na redução da pobreza que o crescimento econômico em si.

Uma importante afirmação feita pela OMS em seu relatório, que se relaciona à epidemia de zika de 2015 no Brasil, é a de que a redução das desigualdades na saúde somente é possível se as desigualdades de gênero forem sanadas e as vidas de mulheres e meninas forem melhoradas. Assim, a “capacitação” das mulheres é essencial para o alcance de uma distribuição justa da saúde. Contudo, a organização não se limita à defesa da capacitação somente das mulheres para tanto, ela também defende a capacitação de todos os indivíduos para que representem as suas necessidades e interesses, desafiando e modificando a distribuição injusta de recursos sociais. Desse modo, a OMS considera que qualquer esforço para reduzir desigualdades na saúde requer mudança na distribuição do poder na sociedade e no mundo.

Nesse sentido, o relatório segue afirmando que as diferenças nas possibilidades de saúde e de vida das populações no mundo são reflexo dos desequilíbrios de poder entre as nações. Assim, os benefícios da globalização foram, e permanecem, distribuídos de forma profundamente desigual, o que acaba por desencadear a proliferação de conflitos e migrações voluntárias ou forçadas, além de um aumento na proporção e na frequência de crises financeiras.

Como aqui já exposto, essas crises financeiras resultam na influência das políticas econômicas sobre as despesas do setor público. E é aqui que mais uma vez a OMS enfatiza o papel do setor público para a igualdade na saúde, bem como da participação democrática da sociedade civil na elaboração das políticas públicas, com a colaboração de agentes privados, posto que esta é uma “luta” longa e que requer investimento e modificações nas políticas sociais, acordos comerciais e ação política. A organização considera que a “combinação tóxica de más políticas, economia e política” é a grande responsável pela maioria da população mundial não gozar da boa saúde que se é possível (OMS, 2010, p. 28). Assim, é preciso um esforço conjunto e resistência às investidas da política econômica na busca da igualdade na saúde. Nesse ponto, o relatório cita a atuação do Brasil, dentre outros países, que acolheu as recomendações contidas neste e fez progressos no desenvolvimento de políticas,

envolvendo todo o governo ao abordar a igualdade nos determinantes sociais da saúde.

A OMS afirma que a pobreza não se restringe à falta de rendimentos, mas que “a desigualdade na saúde é causada pela distribuição desequilibrada de rendimentos, bens e serviços e a conseqüente falta de oportunidade de gozar de uma vida próspera” (OMS, 2010, p. 33 e 34). Nesse sentido, o relatório cita Romeri, Baker e Griffiths (2006) que asseveram que a taxa de mortalidade varia conforme o grau de pobreza”. Segundo a informação, a variação na mortalidade entre os mais pobres e os mais ricos chega a ser de 2,5 vezes maior entre os primeiros.

Assim, de acordo com a organização, “a distribuição de rendimentos relativamente igualitária” e “a ausência de grandes diferenças nos padrões de vida entre os indivíduos e os grupos sociais” contribuem para uma igualdade na saúde (OMS, 2010, p. 36). Para ilustrar essa constatação, o relatório cita os exemplos dos países nórdicos, mas também de alguns países pobres, como Cuba, Costa Rica, China, Índia (no Estado de Kerala) e Sri Lanka, que a despeito do nível econômico nacional, atingiram um bom nível de saúde. Desse modo, a OMS afirma que para se ter uma saúde boa e equitativa não é necessário um “nível de riqueza nacional relativamente alto”, mas sim um “compromisso histórico para com a saúde enquanto objetivo social” (IRWIN e SCALI, 2005 apud OMS, 2010, p. 36). Ou seja, distribuição de riqueza e entendimento da saúde como dever do Estado e direito da população são fundamentais para a qualidade desta.

Contudo, a organização traz que sob à égide do neoliberalismo, com uma política econômica orientada para o mercado, com a redução do papel do Estado e dos gastos e investimento público, as soluções para os problemas sociais passaram a depender extremamente dos mercados, o que se provou ser prejudicial. Porém, citando Stiglitz (2002; 2006), a organização faz o alerta de que o receituário econômico que é promovido nos países pobres não é o mesmo que se promove nos países ricos.

Tendo em vista essa política econômica orientada para o mercado, a OMS considera que o “ministro das Finanças” pode, assim, vir a ter mais influência na igualdade na saúde que o próprio ministro da Saúde, bem como a conjuntura

financeira global ter mais influência que “a assistência internacional para os cuidados de saúde”. Dessa forma, afirma que o principal campo de ação sobre os determinantes sociais da saúde deve ser externo à seara da saúde e que esta e sua distribuição justa devem ser entendidas como “um indicador de desenvolvimento social e económico” (OMS, 2010, p. 37). Logo, de acordo com a OMS, o investimento na saúde é uma importante estratégia para o desenvolvimento econômico.

Nesse sentido, Ichiro Kawachi e Bruce P. Kennedy (1997) fazem o seguinte questionamento: “Por que a sociedade deveria realmente se importar com a extensão da desigualdade de renda?” (KAWACHI e KENNEDY, 1997, p. 1040. Tradução livre). Para responder a isso, os autores elencam alguns motivos, sendo em primeiro lugar, o fato de que a desigualdade de renda repercute na qualidade de vida mesmo daqueles que não sofrem privações materiais, com o aumento das taxas de crime, violência e homicídio. Um outro motivo é que “a redução de gastos públicos em educação e menores taxas de alfabetização” resulta no “aumento de uma “subclasse” de cidadãos com baixa escolaridade e baixa qualificação”, que por sua vez, leva à baixa produtividade e ao lento crescimento econômico. Por fim, está o motivo de que “a quebra da coesão social provocada pela desigualdade de renda ameaça o funcionamento da democracia” e, assim, corre-se o risco de “baixos níveis de confiança cívica” e “falta de confiança no governo”, levando a um tipo de democracia em que as políticas públicas não resultem de um esforço coletivo (KAWACHI e KENNEDY, 1997, p. 1040. Tradução livre). Desse modo, eles propõem a interrupção do crescimento da desigualdade de renda, o que revitaliza o capital social e ao mesmo tempo beneficia a saúde da população.

Vicente Navarro (2001), por sua vez, elenca as principais razões para as desigualdades de renda em um país, sendo: “(1) a porcentagem da renda nacional que vai para capital versus trabalho, (2) a dispersão salarial no trabalho e (3) o efeito redistributivo das intervenções estatais” (NAVARRO, 2001, p. 485. Tradução livre). Dessa forma, o autor registra que ao invés de se tomar as desigualdades como “um requisito para o crescimento econômico, como prega a economia clássica, a redução de tais desigualdades tem sido adotada como uma condição prévia para a eficiência e o crescimento econômicos.

Para Kawachi e Kennedy (1997), não há como contestar que “a pobreza faz mal à saúde”. Segundo os autores, em geral, quanto menor o padrão de vida material (medido por indicadores como renda), pior é o nível de saúde, o que tende a piorar face ao acirramento da concentração de riqueza no mundo. Eles afirmam que existem evidências de que a distribuição de renda em uma sociedade é importante para a saúde de sua população, e que, assim, mesmo uma discreta redução da desigualdade social pode ter um impacto significativo na saúde. Os autores trazem ainda que há estudos em que a má distribuição de renda já foi relacionada até mesmo à mortalidade infantil, homicídios e mortes por doenças cardiovasculares e neoplasias.

Michael Marmot (2005), um dos responsáveis²⁹ pelo supramencionado relatório da OMS, ao discorrer sobre os determinantes sociais da saúde, igualmente afirma que estes são relevantes para doenças transmissíveis e não transmissíveis. Para o autor, não só doenças infecciosas estão relacionadas à pobreza, mas também as doenças não transmissíveis (físicas e mentais), bem como as mortes violentas. Ele acredita, portanto, que a saúde deve ser motivo de preocupação não apenas para formuladores de políticas da saúde, mas sim de todos os setores.

A fim de diminuir as grandes desigualdades na saúde entre os países, Marmot propõe três ações centrais. Em primeiro, ele propõe que se coloque “mais esforço no controle das principais doenças que matam e melhorar os sistemas de saúde”. A segunda proposta é “lidar com a pobreza”, e aqui ele inclui a redução da mortalidade infantil que, segundo ele, é o “resultado de saúde mais sensível aos efeitos da privação absoluta de material” (MARMOT, 2005, p. 1099. Tradução livre). Uma outra proposta, que é complementar às duas anteriores, é a ação sobre os determinantes sociais da saúde. Para o autor, se a saúde de uma população não está bem, é preciso fazer modificações nos “arranjos sociais”, ou seja, é preciso adotar uma visão de mundo na qual as pessoas importam e a justiça social é fundamental.

Contudo, para Marmot, apenas entender que “a pobreza na forma de privação material - **água suja**, má nutrição - aliada à falta de assistência médica de qualidade

²⁹ Michael Marmot foi presidente da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da OMS que elaborou o relatório “Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais” em 2010.

pode explicar as vidas tragicamente encurtadas” (MARMOT, 2005, p. 1101. Tradução livre. Grifo nosso), não é suficiente para uma verdadeira compreensão das implicações da pobreza na saúde. Uma das razões para isto é porque este entendimento não leva em consideração que o alívio da pobreza não está no simples fornecimento do bem do qual se sofre privação. Para o autor, a ação adequada para o alívio dos efeitos da pobreza na saúde requer uma compreensão mais profunda das consequências das políticas sociais e econômicas para a saúde, posto que as condições sociais em que as pessoas vivem influenciam “poderosamente” o tratamento das principais doenças infecciosas fatais.

Segundo Marmot, isso implica também uma compreensão mais profunda dos determinantes sociais da saúde. O autor afirma que embora a relação entre pobreza e grande parte das doenças infecciosas seja óbvia, não é tão óbvio como romper esta ligação. Nesse sentido, o autor afirma que é preciso observar se as ações tomadas para aliviar a pobreza estão repercutindo não só na renda média, mas também na distribuição de renda e, portanto, beneficiando as pessoas mais pobres.

Nessa direção, Marmot cita o exemplo da Suécia que utilizou como estratégia para a saúde pública a criação de condições sociais que garantem uma boa saúde para toda a sua população. Segundo o autor, dos 11 domínios de política, 5 se relacionam com os determinantes sociais da saúde, sendo estes “participação na sociedade, segurança econômica e social, condições na infância e adolescência, vida profissional mais saudável e ambiente e produtos”. Em seguida, Marmot conclui que se “os principais determinantes da saúde são sociais”, estes também devem ser “os remédios”. Dessa forma, o autor considera que são importantes para a saúde o seguinte: “impostos e créditos tributários, pensões para idosos, benefícios de doença ou reabilitação, benefícios de maternidade ou criança, benefícios de desemprego, políticas de habitação, mercados de trabalho, comunidades e instalações de assistência” (MARMOT, 2005, p. 1103. Tradução livre). Assim, Marmot defende que o desenvolvimento social e econômico é a resposta para o combate a doenças graves e melhoria da saúde da população, sendo uma política social mais ampla fundamental para a redução das desigualdades na saúde.

Para Marmot, a melhor forma de se saber se uma população está prosperando, é justamente medindo-se o seu estado de saúde, ao invés de se basear somente em medidas comumente utilizadas como Produto Nacional Bruto (PNB), renda média ou padrões de consumo. Ou seja, é preciso agir sobre os determinantes sociais da saúde, posto que a melhoria na saúde, indica também melhoria na vida do indivíduo como um todo. Marmot, defende ainda que políticas prejudiciais à saúde, em geral, precisam ser identificadas e modificadas, não importando sua base ideológica. Dessa maneira, para ele “a globalização e os mercados são bons ou ruins”, a depender de como são operados.

Navarro (2001), no entanto, chama a atenção para o impacto das forças políticas e das políticas públicas que estas seguem quando no poder nas desigualdades sociais e na saúde. O autor afirma que os partidos políticos e as políticas implementadas por eles quando estão no governo interferem diretamente “na determinação do nível de igualdade ou desigualdade em uma sociedade e na explicação do nível de saúde de sua população” (NAVARRO, 2001, p. 482. Tradução livre). Para comprovar o seu ponto de vista, Navarro fez um estudo analisando as forças políticas que governaram os principais países capitalistas desenvolvidos durante o tempo em que o estado de bem-estar foram estabelecidos nestes. Utilizando-se de dados de saúde da OCDE do ano de 1998, o autor agrupou os países de acordo com o tipo dominante de força política, sendo estas social-democrata, cristão-democrata (ou partidos conservadores dentro da tradição cristã), liberal e fascista.

No primeiro grupo, Navarro colocou as social-democracias com países governados por partidos social-democratas. Neste grupo foram identificados “alta densidade sindical, [...] altos gastos com seguridade social [...] e alto emprego público nos serviços de saúde, educação e bem-estar”, ao passo que o grupo com países liberais e o grupo com países “ex-fascistas” registraram, “em geral, os menores gastos públicos em saúde no mesmo período” (NAVARRO, 2001, p. 482. Tradução livre). O autor registra que os países social-democratas tiveram os mais extensos estados de bem-estar social, e também são os que têm as menores desigualdades de renda

familiar e as menores taxas de pobreza para a população em geral e para as crianças, além das menores taxas de mortalidade infantil no período de 1960 a 1996.

No grupo dos países democráticos-cristãos, em comparação com os países social-democratas, a “renda derivada do capital” tinha maior representação nas contas nacionais, o desemprego era maior durante grande parte dos anos 1945 a 1980, as disparidades salariais também foram maiores e o efeito redistributivo do Estado foi menor nestes países. Além disso, o autor registra que a pobreza em geral e entre as crianças foi maior nos países democráticos-cristãos do que nos países social-democratas.

Nos países liberais, Navarro observou que o mercado “reina supremo”, prevalecendo os interesses do capital sobre os do trabalho, tendo também o primeiro uma renda nacional maior que o segundo. Outra constatação foi a de que nestes países as desigualdades são maiores, com disparidades salariais mais acentuadas e um estado menos redistributivo, ficando atrás apenas dos estados fascistas. O autor registra ainda que este grupo inclui os EUA, país que registrou a maior mortalidade infantil.

Carla Bronzo e Paulo Fleury-Teixeira (2010) também abordam a influência da política no campo da saúde. De acordo com os autores, a saúde constitui tema bastante sensível para o universo político, considerando a determinação social da saúde e o papel central da política no ordenamento social, vinculando, assim, a saúde da população ao ordenamento social. Para Bronzo e Fleury-Teixeira, “toda questão pertinente à determinação social da saúde é essencialmente uma questão social” (BRONZO e FLEURY-TEIXEIRA, 2010, p. 45), dessa forma, qualquer questão relativa à determinação social da saúde é igualmente uma questão política.

Diante das constatações feitas em seu estudo, Navarro conclui que a fim de reduzir as desigualdades de renda e a mortalidade infantil, é “aconselhável apoiar os partidos social-democratas baseados no trabalho” (NAVARRO, 2001, p. 486. Tradução livre). Para o autor, os dados encontrados em seu estudo demonstram que a redução das desigualdades na saúde passa por um conjunto maior de intervenções

relacionadas entre si, conduzidas por partidos ou partidos políticos que possuem uma cultura de solidariedade e oportunidade.

Em um outro relatório sobre os determinantes sociais da saúde, a Organização Mundial da Saúde (2003) traz que, como ser social, o ser humano precisa não somente de boas condições materiais para viver, mas, também, de se sentir valorizado e apreciado. Assim, o indivíduo precisa de amigos, de “sociedades mais sociáveis”, se sentir útil e exercer um grau relevante de controle sobre o seu trabalho significativo. De acordo com a OMS, sem isso, o ser humano fica mais propenso à depressão, ao uso de drogas, à ansiedade, à hostilidade e a sentimentos de desesperança, que ecoam em sua saúde física.

Bronzo e Fleury-Teixeira, a partir da análise da obra de Marx, igualmente versam sobre a influência do grau de reconhecimento, do nível de autonomia e de segurança, bem como do “balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm no curso de suas vidas” na sua condição de saúde (BRONZO e FLEURY-TEIXEIRA, 2010, p. 39). Os autores consideram que tais aspectos são também determinantes da saúde e acompanham o gradiente social.

Desse modo, a OMS afirma que as condições sociais e econômicas são o fator mais importante para a saúde da população como um todo, sendo isso, antes de tudo, o que deixa as pessoas doentes e em necessidade de assistência médica. Por mais relevantes que sejam as predisposições genéticas de cada pessoa para o adoecimento, “as causas comuns dos problemas de saúde que afetam as populações são ambientais” (OMS, 2003, p. 07. Tradução livre). Assim, vê-se que o ambiente no qual o indivíduo está inserido é decisivo para a sua saúde.

De acordo com a OMS, esse é também o motivo pelo qual “alguns países europeus melhoraram sua saúde, enquanto outros não, e é por isso que as diferenças de saúde entre diferentes grupos sociais aumentaram ou diminuíram à medida que as condições sociais e econômicas mudaram” (OMS, 2003, p. 07 e 08. Tradução livre). A OMS afirma que mesmo nos países mais desenvolvidos, as pessoas “menos favorecidas” têm uma expectativa de vida significativamente menor e também mais

doenças do que os ricos. Para a OMS, estas diferenças levaram ao entendimento da influência do meio social na saúde e, logo, ao entendimento dos determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, a organização destaca o papel das políticas públicas na formação do ambiente social para a melhoria da saúde.

Segundo Rita Barata (1987), as epidemias sempre estiveram presentes na história da humanidade, “intensificando-se nas épocas de transição entre os modos de produção e nos momentos de crise social” (BARATA, 1987, p. 09). Desta forma, a autora aponta que sucessivas alterações da estrutura social no contexto da crise dos anos 1970, sobretudo em países não desenvolvidos, propiciaram a reinstalação de epidemias cujo controle era tido como satisfatório. Dentre estas, Barata cita as então recentes epidemias de malária, febre amarela silvestre e dengue, que inclusive é também transmitida pelo mosquito vetor da zika, que vinham acometendo vários países da América Latina.

Dessa forma, é possível encontrar inúmeros estudos científicos que apontam a relação entre condições socioeconômicas e as mais diversas epidemias, como é o caso da referida epidemia de dengue, de talidomida no Brasil e de HIV/Aids, e até mesmo a relação destas com morbidades crônicas, como diabetes e hipertensão arterial. Assim, destaca-se aqui alguns destes.

A dengue assola o Brasil há décadas, tendo se tornado endêmica no país oscilando entre períodos com menos infecções e epidemias com aumento do número de casos. Dessa forma, diversos são os estudos envolvendo a doença, inclusive apontando sua relação com a desigualdade social. Nesse sentido, Luciana Alves, Roberto Carmo e Igor Johansen (2016) analisaram a desigualdade social intraurbana e suas implicações sobre a epidemia de dengue em Campinas-SP, em 2014. A partir do estudo, os autores concluíram que as taxas de incidência de dengue mais elevadas se concentraram na região sul do município, exatamente onde se encontram os segmentos populacionais com menor IDHM e, portanto, onde estão concentradas as piores condições socioeconômicas.

Bruna Silveira (2016) realizou uma análise sobre a dengue no Distrito Federal, entre os anos de 2007 a 2014. A partir da análise, Silveira verificou que os indicadores mais relacionados à dengue foram, nas áreas urbanas, o rendimento médio mensal domiciliar baixo aliado a um alto número de pessoas por domicílio e, nas áreas rurais, o acesso à água. Dessa forma, a autora aponta que a falta de abastecimento de água possui forte relação com a dengue, pois o armazenamento de água pela população propicia o surgimento de potenciais criadouros para o vetor da doença.

Nesse sentido, Silveira conclui que a dengue, no Distrito Federal, está associada a uma população de menor renda e privada de infraestrutura urbana, sobretudo quanto ao abastecimento de água, e que as desigualdades socioespaciais contribuem para uma distribuição também desigual da dengue, sendo esta uma doença relacionada com as condições de vida das populações.

Quanto à epidemia de talidomida ocorrida no Brasil entre 1959 e 1964, cabe ressaltar o estudo de Francieli Santos (2018) a respeito desta em sua tese de doutorado. Em seu trabalho, Santos evoca a concepção de sociedade de risco, desenvolvida por Beck, para relacionar a referida epidemia com o desenvolvimento científico e econômico na sociedade capitalista, assim, a epidemia seria uma consequência deste.

No tocante à epidemia de HIV/Aids, ressalta-se o trabalho de Vieira *et al.* (2014) em que foi feito um estudo comparativo sobre a epidemia no Brasil, África do Sul e Moçambique. De acordo com as autoras, nos três países, a expansão do HIV/Aids é permeada pela pauperização. Assim, no Brasil, a epidemia vem crescendo em regiões mais pobres, como Norte e Nordeste. Para Vieira *et al.*, a “Aids é uma epidemia que expõe a exploração decorrente das relações capitalistas, pois a prevenção e a vivência com HIV dependem em grande medida, do acesso a serviços de saúde, insumos, informações, medicamentos” (VIEIRA *et al.*, 2014, p. 197). Nessa perspectiva, as autoras trazem que o que deveria ser tomado como direito universal à saúde é transformado em oportunidades de produção de lucro, num processo de privatização da saúde que tem crescido nas últimas décadas. Aqui vale a observação de que para a OMS (2003), o acesso universal aos cuidados médicos é um dos determinantes sociais da saúde.

Sobre esse domínio do capital no campo da saúde, Luis Castiel (2010) evoca os ensinamentos de Foucault acerca do “biopoder”, que se dá quando estratégias de poder que passam a operar no âmbito biológico. Assim, segundo o autor, o controle social na sociedade capitalista sobre as pessoas não atua somente na dimensão da consciência ou da ideologia, mas também diretamente no “âmbito somático, corporal, biológico”. Desse modo, por meio de, por exemplo, “planejamento e gestão de saúde, enfocando higiene, alimentação, controle de natalidade e regulação da sexualidade” (CASTIEL, 2010, p. 161-162), perde-se na sociedade capitalista o controle sobre os corpos.

Vieira *et al.* seguem argumentando que nos referidos países existe uma desigualdade de renda própria do modo de produção capitalista, “no qual a riqueza cresce, mas não é dividida de forma justa e equitativa entre todos os trabalhadores” e que, “portanto, entre aqueles que só têm sua força de trabalho para vender, o pauperismo se impõe como condição imprescindível à criação de valor” (VIEIRA *et al.*, 2014, p. 198). Para as autoras, o neoliberalismo determinou a limitação ou o fracasso das tentativas de ampliar e garantir direitos sociais a nível mundial. Dessa forma, elas afirmam que a epidemia de HIV/Aids no Brasil, África do Sul e Moçambique “deve ser pensada como produto da realidade de desigualdade e pobreza, das lutas sociais pela garantia de direitos, das respostas do Estado diante de demandas sociais ou de sua ausência” (VIEIRA *et al.*, 2014, p. 201), ou seja, fruto de todo um contexto social, político e econômico.

As autoras observam, ainda, que na sociedade capitalista se convive com desiguais relações de poder e que a estas se agregam desigualdades de gênero e de raças/etnias, que estão enraizadas em tradições e culturas, gerando preconceitos e opressões que permeiam as relações sociais, o que também é exposto pela epidemia de HIV/Aids. De maneira semelhante, a epidemia de zika vírus de 2015 no Brasil também expôs tais dimensões da sociedade capitalista como exposto anteriormente.

Além disso, vale o registro do caso que ficou como “Tragédia da Hemodiálise”, ocorrido durante o Carnaval de 1996, em Caruaru e municípios vizinhos, provocando a morte de cerca de 60 pessoas por hepatite tóxica, segundo a Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco. De acordo com uma reportagem veiculada em 04/02/2016

no portal de notícias G1, 126 famílias, cujos membros eram pacientes de uma clínica particular que realizava atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foram afetadas pela tragédia. Investigações realizadas pelo governo estadual, pela polícia civil e por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) na Assembleia Legislativa de Pernambuco concluíram que os pacientes passaram mal após uma sessão de hemodiálise, em que foi usada água contaminada por uma toxina chamada microcistina, liberada pelas cianobactérias. Ainda segundo a reportagem, “ninguém nunca assumiu a responsabilidade pela água”, que saía de uma barragem e chegava até a clínica por meio de caminhões-pipa fornecidos pela companhia de saneamento do estado. Desse modo, vê-se que problemas de saúde relacionados à qualidade e ao abastecimento de água no Nordeste e que afetam, sobretudo, famílias pobres, são bastante afeitos à população.

Já no século XIX, Karl Marx (2015) apontava para as desigualdades existentes entre a saúde da classe trabalhadora e da classe burguesa. Segundo Marx, o capital consumia tão intensamente a força de trabalho, que o trabalhador em idade mediana já estava, em regra, “bastante alquebrado”, encontrando-se, então, a menor expectativa de vida entre os trabalhadores da grande indústria. Nesse sentido, Marx cita um trecho do discurso de J. Chamberlain, ex-prefeito da cidade de Manchester na Inglaterra, na abertura da Conferência Sanitária em Birmingham, neste mesmo país, em que ele afirma que foi verificado, naquela época, que ““a duração média da vida, naquela cidade [Manchester], na classe abastada era de 38 anos e na classe trabalhadora apenas de 17 anos. [...] Inference-se daí que a classe privilegiada goza da vantagem de viver duas vezes mais que seus cidadãos menos favorecidos”” (CHAMBERLAIN apud MARX, 2015, p. 753). Diante deste registro, vê-se que há muito as condições socioeconômicas influenciam diretamente as condições de saúde do indivíduo, bem como que desigualdades sociais, e suas conseqüentes desigualdades na saúde, sempre existiram no sistema capitalista.

CAPÍTULO 4: A correlação da epidemia de zika de 2015 no Brasil e a desigualdade social

Após o breve resgate histórico e a revisão teórica realizada no capítulo anterior, comprovando amplamente a relação entre desigualdade social e saúde, tem-se o embasamento necessário para discorrer acerca da hipótese levantada no presente estudo, qual seja, a de que a desigualdade social foi capaz de produzir a epidemia de zika vírus de 2015 no Brasil, considerando-se as contradições do sistema capitalista. Para tanto, num primeiro momento, serão apresentados dados epidemiológicos da infecção por zika, bem como dados socioeconômicos das unidades da federação e do Brasil, fazendo-se em seguida uma análise, correlacionando os mesmos.

4.1. Dados epidemiológicos da infecção por zika e socioeconômicos das unidades federativas e do Brasil

4.1.1. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Inicialmente, é importante lembrar que não foi encontrado o registro do número de casos de infecção de zika ocorridos em 2015 em cada uma das unidades federativas, tendo sido a doença acrescentada a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública apenas pela Portaria nº 204 do Ministério da Saúde (MS), de 17 de fevereiro de 2016. Assim, fez-se a escolha metodológica pela utilização dos dados referentes ao ano de 2016 para realização da análise aqui proposta. Desse modo, os dados relativos à infecção pelo zika apresentados foram extraídos do Boletim Epidemiológico (BE) nº 03 de 2017, volume 48, referente ao monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus zika até a Semana Epidemiológica 52 (SE 52), que vai de 03 de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

Antes de prosseguir, alguns registros a respeito de nomenclatura e metodologia utilizadas no referido BE são necessários. Dessa forma, de acordo com o Boletim, a nomenclatura “casos prováveis” refere-se a todos os casos notificados, salvo os que já foram descartados. Já os casos descartados são aqueles que possuem coleta de amostra com diagnóstico laboratorial negativo ou quando são diagnosticados para outras doenças. Os casos e óbitos notificados podem ser excluídos a qualquer

momento, após o registro no sistema de notificação, o que pode ocasionar diferenças nos números divulgados de uma semana epidemiológica para outra. Os dados de zika foram obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – NET (Sinan-NET). Já os dados sobre população foram obtidos das estimativas populacionais para os anos de 2014, 2015 e 2016 feitas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Por fim, o coeficiente de incidência da doença numa localidade é calculado utilizando-se o número de casos novos prováveis dividido pela população de determinada área geográfica, e expresso por 100 mil habitantes.

Feitos esses registros, o BE informa que a transmissão autóctone de febre pelo vírus zika (ZIKV) no país foi confirmada a partir de abril de 2015, fazendo neste ano 3 óbitos no país, sendo 2 na região Nordeste e 1 na região Norte, e 8 óbitos em 2016, sendo 6 na região Sudeste e 2 no Nordeste novamente. Quanto ao número de gestantes infectadas pelo ZIKV, o BE traz que foram registrados 17.000 casos prováveis em 2016, sendo 11.052 destes confirmados.

O Boletim também apresenta a distribuição da incidência dos casos prováveis de infecção pelo vírus zika no Brasil, segundo município de residência, no ano de 2016. Até a SE 52, foram registrados naquele ano 215.319 casos prováveis de febre pelo ZIKV no país (taxa de incidência de 105,3 casos/100 mil hab.), distribuídos em 2.306 municípios, tendo sido confirmados 130.701 (60,7%) casos. O BE destaca os casos do estado do Mato Grosso (671,0 casos/100 mil hab.), com alta concentração de municípios de incidência elevada, do Rio de Janeiro (414,2 casos/100 mil hab.) e da Bahia (340,5 casos/100 mil hab.). Dessa forma, segue tabela com as taxas de incidência em cada uma das unidades federativas:

Tabela 1 - Número de casos prováveis de infecção pelo vírus zika e taxas de incidência a cada 100 mil habitantes nas unidades federativas, ano 2016.

Região/Unidade da Federação	Casos prováveis (n)	Incidência (/100 mil hab.)
NORTE		
Acre	58	7,2
Amazonas	4.493	114,1
Amapá	452	59,0

Continua

Tabela 1 - Número de casos prováveis de infecção pelo vírus zika e taxas de incidência a cada 100 mil habitantes nas unidades federativas, ano 2016.

Continuação

Rondônia	976	55,2
Roraima	178	35,2
Pará	4.524	55,3
Tocantins	2.292	151,3
REGIÃO CENTRO-OESTE		
Distrito Federal	357	12,2
Mato Grosso	21.911	671,0
Mato Grosso do Sul	1.719	64,8
Goiás	10.297	155,8
REGIÃO NORDESTE		
Maranhão	4.523	65,5
Piauí	233	7,3
Ceará	4.305	48,3
Rio Grande do Norte	3.953	114,8
Paraíba	3.750	94,4
Pernambuco	391	4,2
Alagoas	6.874	205,8
Sergipe	220	9,8
Bahia	51.767	340,5
REGIÃO SUDESTE		
Minas Gerais	14.436	69,2
Espírito Santo	2.354	59,9
Rio de Janeiro	68.542	414,2
São Paulo	5.721	12,9
REGIÃO SUL		
Paraná	714	6,4
Santa Catarina	92	1,3
Rio Grande do Sul	187	1,7
BRASIL	215.319	105,3

Fonte: elaborada pela autora com dados do Ministério da Saúde.

Em razão da magnitude da epidemia do vírus zika, que se deu não só no Brasil, mas também a nível internacional, sua rápida dispersão e graves consequências para a saúde da população, inclusive a nunca antes registrada associação do vírus com a

microcefalia, o levantamento entomológico de Infestação por *Aedes aegypti* passou a ser obrigatório por meio da Resolução nº 12 do MS, de 26 de janeiro de 2017. O Levantamento Rápido de Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA) é feito pelos municípios, que enviam o resultado para as Secretarias Estaduais de Saúde e estas para o Ministério da Saúde. De acordo com a Resolução, o levantamento deve ser realizado nos municípios infestados pelo vetor *Aedes aegypti* com mais de 2.000 imóveis. Nos municípios infestados que tenham menos de 2.000 imóveis, deve-se realizar o Levantamento de Índice Amostral (LIA). O levantamento identifica os depósitos predominantes do mosquito vetor e avalia a quantidade de ovos e larvas encontrados nestes, por meio de ovitrampa ou larvitampa³⁰ ou de alguma outra metodologia validada.

Segundo informações do *site*³¹ da Rede Dengue, Zika e Chikungunya Fiocruz, instituída pela Fundação Oswaldo Cruz para promover ações de controle destas arboviroses, uma das vantagens do LIRAA é permitir o direcionamento das ações de controle para as áreas mais críticas ao identificar a situação de infestação do município. Segundo o conteúdo disponibilizado, índices de infestação predial inferiores a 1%, estão em condições satisfatórias, de 1% a 3,9%, estão em situação de alerta e superiores a 4%, há risco de surto das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*.

Frente à não obrigatoriedade em realizar o LIRAA, em 2015 somente 1.792 municípios fizeram o levantamento³², que se desenrolou no mês de novembro. Naquela ocasião, 18 estados brasileiros já haviam casos confirmados de zika. Em 2016, 2.284 municípios participaram do LIRAA, representando um aumento de 27,3% em relação a 2015. O levantamento³³ de 2016 foi então realizado entre os meses de outubro e novembro. No ano de 2015, o LIRAA demonstrou que as regiões com mais

³⁰ Ovitrapas são armadilhas de ovos e larvitrapas são armadilhas de larvas. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rsp/1993.v27n4/237-241/+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 29/10/2019.

³¹ Disponível em: <<https://rededengue.fiocruz.br/component/content/article?id=264:combate-aos-focos-do-aedes-nos-domicilios>> e <<https://rededengue.fiocruz.br/conheca-a-rede>>. Acesso em: 28/01/2020.

³² Disponível em: <<https://rededengue.fiocruz.br/numeros/34-liraa-aponta-199-municipios-em-situacao-de-risco-para-dengue>>. Acesso em: 13/05/2019.

³³ Disponível em: <<http://saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/25/LIRAA-NACIONAL-2016.pdf>>. Acesso em: 28/10/2019.

municípios em situação de risco foram a Norte, com 24, e a Nordeste, com 152, enquanto a populosa região Sudeste apresentou 7 municípios em situação de risco.

Outro achado importante dos levantamentos foi que no Nordeste, a região mais atingida, a maioria dos depósitos predominantes foram identificados em reservatórios de água, o que se relaciona diretamente ao problema do acesso à água. Quanto a isso, os referidos levantamentos identificaram o que se segue:

Tabela 2 - Depósitos predominantes identificados no Levantamento Rápido de Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA) das regiões brasileiras, anos 2015 e 2016.

Ano	2015			2016		
Depósitos	Armazenamento de Água	Depósito Domiciliar	Lixo	Armazenamento de Água	Depósito Domiciliar	Lixo
Região Norte	33,3%	30,4%	36,3%	32,3%	28%	39,7%
Região Nordeste	82,5%	15,4%	2,1%	76%	19,1%	4,9%
Região Sudeste	30,9%	51,7%	17,4%	33,1%	47,1%	19,8%
Região Centro-Oeste	32,5%	36,4%	31,1%	33,2%	30,9%	35,9%
Região Sul	17,8%	33,4%	48,8%	45,5%	36,4%;	18,2%

Fonte: elaborada pela autora com dados do Ministério da Saúde.

Quanto aos casos de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika, em razão da existência de um protocolo para notificação de casos de microcefalia, sendo esta uma doença de notificação compulsória, foi possível o registro do número de casos referente ao ano de 2015. De acordo com o BE³⁴ de Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil até a SE 51 (até 26 de dezembro) de 2015, foram registrados um total de 2.975 casos suspeitos de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika no país, enquanto que nos cinco anos anteriores houve uma média de 156,2 notificações de casos de microcefalia, tendo sido notificados 114 casos em 2014, segundo informações³⁵ do MS. Os casos notificados em 2015 estão distribuídos da seguinte maneira:

³⁴ BRASIL. Boletim Epidemiológico Vol. 47, Nº 1, 2016: Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil até a Semana Epidemiológica 51 de 2015. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/11/2015-053-para-substituir-na-p--gina.pdf>>. Acesso em: 09/04/2019.

³⁵ Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/svs/21020-ministerio-da-saude-divulga-novos-dados-de-microcefalia>>. Acesso em: 28/01/2020.

Tabela 3 - Número de casos prováveis de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika e taxas de incidência³⁶ a cada 100 mil habitantes nas unidades federativas, ano 2015.

Região/Unidade da Federação	Casos prováveis (n)	Incidência (/100 mil hab.)
REGIÃO NORTE		
Acre	–	–
Amazonas	–	–
Amapá	–	–
Rondônia	–	–
Roraima	–	–
Pará	32	0,388134015
Tocantins	49	3,259101206
REGIÃO CENTRO-OESTE		
Distrito Federal	11	0,386150129
Mato Grosso	72	2,172247129
Mato Grosso do Sul	3	0,113039992
Goiás	40	0,603725469
REGIÃO NORDESTE		
Maranhão	94	1,359119198
Piauí	51	1,575196645
Ceará	134	1,504727483
Rio Grande do Norte	154	4,537667651
Paraíba	476	12,10414549
Pernambuco	1153	12,37423994
Alagoas	129	3,933859922
Sergipe	146	6,586494888
Bahia	271	1,852482511
REGIÃO SUDESTE		
Minas Gerais	18	0,087171384
Espírito Santo	32	0,834893105
Rio de Janeiro	103	0,611597625
São Paulo	6	0,013526826

Continua

³⁶ Taxa de incidência calculada pela ESTAT, empresa júnior da Universidade de Brasília, a pedido da autora.

Tabela 3 - Número de casos prováveis de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika e taxas de incidência³⁷ a cada 100 mil habitantes nas unidades federativas, ano 2015.

Continuação

REGIÃO SUL		
Paraná	–	–
Santa Catarina	–	–
Rio Grande do Sul	1	0,008947924

Fonte: elaborada pela autora com dados do Ministério da Saúde.

Lamentavelmente, com relação ao ano de 2016, não foram encontrados dados individualizados sobre o número de casos, ou seja, dados sobre a distribuição dos casos notificados no ano de 2016 nas unidades federativas. O Informe Epidemiológico³⁸ nº 57, referente à SE 52 de 2016 (que vai de 25 a 31/12/2016), sobre o Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil divulgou nesse sentido o cumulativo de 08 de novembro de 2015 a 31 de dezembro de 2016, o que dificulta a identificação da distribuição dos casos relativos somente ao ano de 2016.

Contudo, o BE³⁹ nº 6 de 2018, até a SE 52 de 2017, sobre o monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus zika e outras etiologias infecciosas, ou síndrome congênita de zika⁴⁰, traz que o número de notificações no ano de 2016 foi de 8.599 em todo o país, sem no entanto informar a sua distribuição nas unidades federativas. Já com relação ao ano de 2015, o mesmo BE traz que o número de notificações para este ano foi de 4.120, o que não corresponde ao BE divulgado em 2015, e não informando novamente a sua distribuição nas unidades federativas. Assim, frente a diversidade de números divulgados, com relação aos casos de síndrome congênita de zika, fez-se a escolha metodológica pela utilização dos dados constantes do BE nº 1 de 2016 até a SE 51 de 2015, posto que este contém informações sobre a distribuição do número de casos notificados nas unidades federativas.

³⁷ Taxa de incidência calculada pela ESTAT, empresa júnior da Universidade de Brasília, a pedido da autora.

³⁸ Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/12/Informe-Epidemiologico-n57-SE-52_2016-09jan2017.pdf>. Acesso em: 11/05/2019.

³⁹ Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/20/2018-003-Final.pdf>>. Acesso em: 29/10/2019.

⁴⁰ Lembrando que a partir de 2016 esta passou a ser a nova designação para tais casos ao invés de “casos de microcefalia relacionados à infecção pelo vírus zika”.

Após a apresentação dos dados epidemiológicos sobre a epidemia, segue-se à apresentação dos dados socioeconômicos de cada uma das unidades da federação e do Brasil.

4.1.2. DADOS SOCIOECONÔMICOS

A apresentação de alguns dados socioeconômicos é de extrema importância para a realização da análise aqui proposta. Desse modo, segue-se à apresentação de dados referentes ao rendimento mensal domiciliar per capita, IDH e população das unidades da federação e do Brasil, bem como o Índice de Gini do país.

Assim, segundo dados do IBGE⁴¹, quanto às unidades federativas, tem-se:

Tabela 4 - Rendimento mensal domiciliar per capita, IDH e população estimada das unidades da federação, ano 2015 e 2016.

Região/Unidade da Federação	Ano	Rendimento mensal domiciliar per capita em R\$		IDH	População estimada	
		2015	2016	2010	2015	2016
NORTE						
Acre		751,00	760,00	0,663	831.665	844.137
Amazonas		754,00	741,00	0,674	3.887.740	3.952.171
Amapá		841,00	881,00	0,708	779.416	796.419
Rondônia		823,00	902,00	0,690	1.698.263	1.717.911
Roraima		1.007,00	1.068,00	0,707	831.665	844.137
Pará		672,00	709,00	0,646	8.244.575	8.334.346
Tocantins		816,00	863,00	0,699	1.503.482	1.520.448
REGIÃO CENTRO-OESTE						
Distrito Federal		2.254,00	2.351,00	0,824	2.848.633	2.890.224
Mato Grosso		1.053,00	1.139,00	0,725	3.314.540	3.356.979
Mato Grosso do Sul		1.044,00	1.283,00	0,729	2.653.928	2.685.454
Goiás		1.077,00	1.140,00	0,735	6.625.528	6.726.130
REGIÃO NORDESTE						
Maranhão		508,00	574,00	0,639	6.916.244	6.955.099

Continua

⁴¹ Para os dados utilizados na Tabela 4, ver referências bibliográficas.

Tabela 4 - Rendimento mensal domiciliar per capita, IDH e população estimada das unidades da federação, ano 2015 e 2016.

<i>Continuação</i>					
Piauí	727,00	745,00	0,646	3.237.691	3.246.228
Ceará	680,00	750,00	0,682	8.905.267	8.962.834
Rio Grande do Norte	818,00	919,00	0,684	3.393.814	3.422.843
Paraíba	771,00	788,00	0,658	3.932.537	3.953.693
Pernambuco	824,00	872,00	0,673	9.317.744	9.377.368
Alagoas	597,00	662,00	0,631	3.279.222	3.293.629
Sergipe	781,00	878,00	0,665	2.216.657	2.237.132
Bahia	736,00	773,00	0,660	14.629.018	14.689.684
REGIÃO SUDESTE					
Minas Gerais	1.127,00	1.168,00	0,731	20.648.978	20.780.264
Espírito Santo	1.074,00	1.156,00	0,740	3.832.826	3.879.376
Rio de Janeiro	1.284,00	1.429,00	0,761	16.841.138	16.947.738
São Paulo	1.481,00	1.769,00	0,783	44.356.304	44.760.305
REGIÃO SUL					
Paraná	1.241,00	1.398,00	0,749	11.089.062	11.176.203
Santa Catarina	1.368,00	1.458,00	0,774	6.802.306	6.894.058
Rio Grande do Sul	1.433,00	1.553,00	0,746	11.175.777	11.229.947

Fonte: elaborada pela autora com dados do IBGE.

Com relação ao Brasil, de acordo com dados do IBGE, do PNUD e do Banco Mundial, tem-se o seguinte:

- 1) Rendimento mensal domiciliar per capita: R\$ 1.113,00 – 2015; R\$ 1.226,00 – 2016⁴²;
- 2) IDH: 0,755 – 2014 (ocupando o 75º lugar no ranking mundial)⁴³;

⁴² IBGE. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2015_20160420.pdf> e <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2016.pdf>. Acesso em: 14/04/2019.

⁴³ PNUD. Ranking IDH Global 2014. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idh-global.html>. Acesso em: 14/04/2019.

- 3) População: 203.475.683 – estimada 2015; 205.156.587 – estimada 2016⁴⁴;
- 4) Índice de Gini: 51,3 – 2015; 53,7 – 2016⁴⁵.

Após a apresentação dos dados epidemiológicos da zika e socioeconômicos das unidades da federação julgados necessários, segue-se à análise destes, correlacionando-os entre si.

4.2. Uma análise dos dados apresentados

Antes de prosseguir, cabe alguns esclarecimentos sobre as escolhas metodológicas feitas para a análise aqui apresentada, a fim de comprovar a hipótese defendida no presente trabalho de dissertação. Em primeiro lugar, como já esclarecido no tópico anterior, o Ministério da Saúde não disponibiliza números concretos sobre a infecção de zika do ano de 2015, tendo sido esta acrescentada a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública apenas em fevereiro de 2016. Assim, procedeu-se à análise com base nos dados epidemiológicos da infecção por zika referentes ao ano de 2016, utilizando-se este como variável proxy.

Em segundo lugar, cabe esclarecer a escolha do dado socioeconômico “Rendimento mensal domiciliar per capita (em salários mínimos)” disponibilizado pelo IBGE em seu sítio oficial na *internet*⁴⁶. Embora se saiba que o critério renda não é absoluto para explicar as condições socioeconômicas em que vive uma população, este foi tido como melhor critério para representar a desigualdade social entre os estados brasileiros e o DF. Dessa forma, a análise realizou-se também com base no rendimento médio dos trabalhadores formais nas unidades da federação.

Feitos esses esclarecimentos, faz-se pertinente uma descrição de como se realizou a análise ora apresentada. Para tanto, foi utilizado o *software* STATA⁴⁷, no

⁴⁴ IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>> e <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock>. Acesso em: 14/04/2019.

⁴⁵ BANCO MUNDIAL. DataBank - World Development Indicators. Disponível em: <<https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&series=SI.POV.GINI&country=BRA>>. Acesso em: 14/04/2019.

⁴⁶ <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/>>.

⁴⁷ Stata é um software estatístico para processamento de dados científicos. Disponível em: <<https://www.stata.com/>>. Acesso em: 01/04/2019.

qual foram inseridos⁴⁸ os dados epidemiológicos da infecção por zika e do rendimento mensal domiciliar per capita nos estados brasileiros e no DF, ambos relativos ao ano de 2016.

O STATA opera gerando gráficos para visualização da relação entre os dados inseridos, e também calculando a força da correlação⁴⁹ entre estes uma melhor compreensão. Nesse sentido, o resultado deste cálculo pode variar entre o mínimo de -1.00 e o máximo de 1.00, indicando uma correlação negativa ou positiva ao gerar uma linha descendente ou ascendente no gráfico. Quanto mais o resultado se aproximar de -1.00 ou de 1.00, a correlação entre as variáveis inseridas será mais forte e, por outro lado, quanto mais este se aproximar de 0 (zero), menos forte será a correlação.

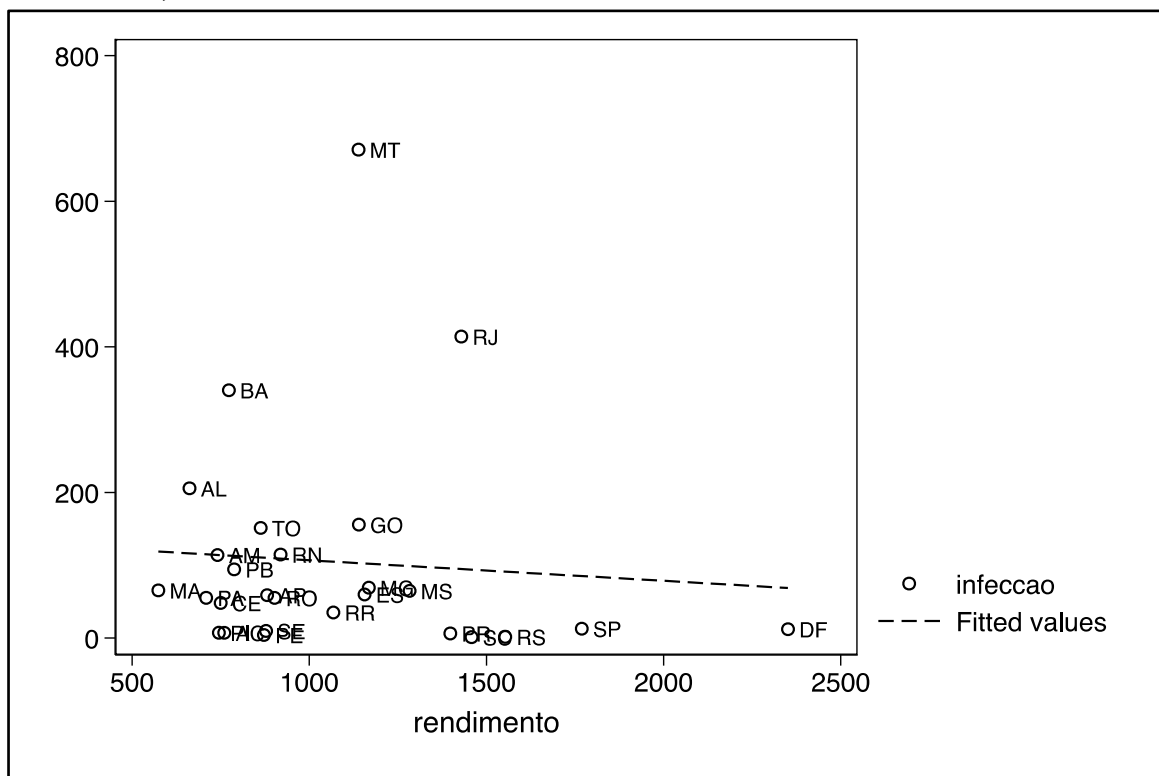
Dessa forma, inicialmente, foram inseridos os dados epidemiológicos da infecção por zika⁵⁰ e do rendimento mensal domiciliar per capita de todas as unidades da federação, como se vê no gráfico a seguir:

⁴⁸ A inserção dos referidos dados no *software* STATA contou com a colaboração de Fernando Feitosa, brasileiro doutorando na Universidade de Montréal.

⁴⁹ Chamada de “Person-Product Moment Correlation”.

⁵⁰ Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52 de 2016. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/06/2017-002-Monitoramento-dos-casos-de-dengue--febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-v--rus-Zika-ate-a-Semana-Epidemiologica-52--2016.pdf>>.

Gráfico 1 - Cruzamento de dados relativos a incidência de zika e renda das unidades federativas, ano 2016.



Fonte: elaborada pela autora⁵¹ com dados do Ministério da Saúde e do IBGE.

Como se pode observar, neste primeiro momento, a linha gerada no gráfico não possui inclinação significativa, tendo a correlação sido calculada em **-0.07**, o que significa uma relação muito fraca, aproximada de zero. No entanto, vê-se que os estados do Mato Grosso (MT) e do Rio de Janeiro (RJ) se distanciam das outras unidades da federação no gráfico.

Os referidos estados, embora tenham uma alta renda per capita, tiveram um alto nível de infecção por Zika, constituindo-se em exceções ao padrão observado. Assim, os casos do MT e RJ causaram distorções na análise estatística feita pelo *software*, alterando o cálculo força da correlação entre a renda e o nível de infecção.

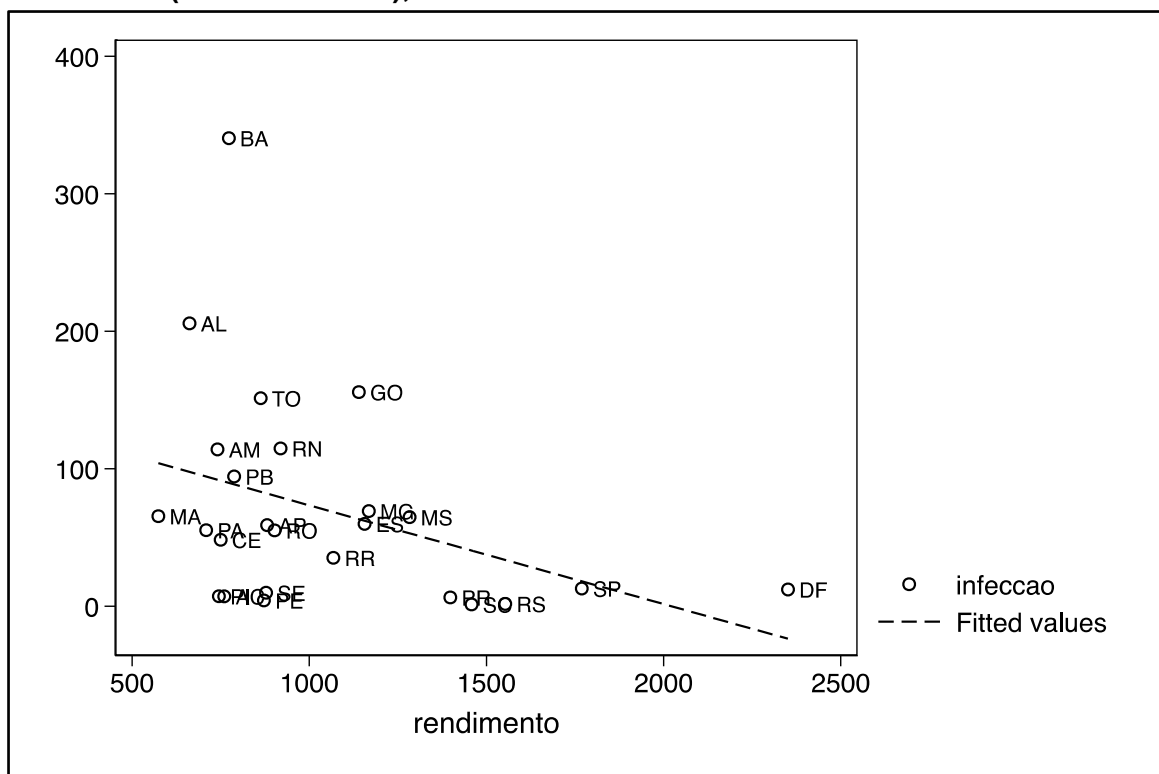
Nesse sentido, vale aqui registrar a observação de que o STATA, foi projetado de forma a operar melhor quando utilizado para o manejo de uma grande quantidade de dados. Dessa maneira, ao se trabalhar com uma quantidade reduzida de dados,

⁵¹ Gráfico elaborado pela autora com colaboração de Fernando Feitosa.

como no presente caso, até mesmo apenas duas exceções podem alterar consideravelmente a análise estatística.

Desse modo, foi tomada a decisão metodológica de retirá-los da análise quantitativa, procedendo-se a uma segunda inserção dos dados acima referidos, excetuando-se, porém, os estados do MT e RJ. Neste segundo momento, obteve-se o seguinte:

Gráfico 2 - Cruzamento de dados relativos a incidência de zika e renda nas unidades federativas (exceto MT e RJ), ano 2016.



Fonte: elaborada pela autora⁵² com dados do Ministério da Saúde e do IBGE.

Como se pode observar, com a retirada dos estados exceção, a linha gerada no gráfico adquiriu inclinação significativa, tendo a correlação sido calculada em **-.37**, ou seja, houve uma considerável melhora na análise estatística realizada pelo STATA. Dessa maneira, constatou-se que **a renda per capita e o nível de infecção de Zika possuem sim uma relação, sendo esta inversamente proporcional**, de forma que quanto maior a renda da população, menor é o nível de infecção apresentado nesta.

⁵² Gráfico elaborado pela autora com colaboração de Fernando Feitosa.

Contudo, constatou-se igualmente que mesmo nos estados do MT e RJ, internamente, a epidemia seguiu o padrão visto a nível nacional. Ou seja, os municípios mais atingidos pela epidemia nestes estados foram aqueles com menor renda e menor IDHM em relação à respectiva capital estadual.

No Rio de Janeiro, de acordo com dados⁵³ da Secretaria Estadual de Saúde do RJ (SES/RJ), houve 68.943 casos notificados em todo o estado em 2016, tendo sido a incidência 416,6/100 mil habitantes. A região mais atingida no RJ foi a da Baía de Ilha Grande, composta pelos municípios de Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty, além de alguns distritos. A Baía de Ilha Grande é uma região pobre, com IDHM e rendimentos mensais per capita inferiores aos da capital do estado, como se vê na tabela a seguir:

Tabela 5 - Quadro comparativo das regiões da Capital e da Baía de Ilha Grande no Estado do Rio de Janeiro, ano 2016⁵⁴.

	Capital	Baía de Ilha Grande		
		Angra dos Reis	Mangaratiba	Paraty
Salário médio mensal dos trabalhadores formais (salários mínimos)	4,1	3,5	2,2	2
Incidência/100 mil hab.	496	965,4		
Casos notificados de zika	32.125	2.602		
IDHM	0,799	0,724	0,753	0,693

Fonte: elaborada pela autora com dados da SES-RJ e do IBGE.

No tocante ao estado do Mato Grosso, de acordo com dados⁵⁵ da Secretaria Estadual de Saúde do MT (SES/MT), houve 24.563 casos suspeitos notificados em

⁵³ Boletim Epidemiológico Arboviroses nº 008/2016. Disponível em: <<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/site/Conteudo/Dados.aspx>>. Acesso em: 11/05/2019.

⁵⁴ Para outros dados utilizados na Tabela 5, ver referências bibliográficas.

⁵⁵ Boletim Epidemiológico nº 35, Ed. 01, S.E. 50/2016 - Monitoramento dos casos de Dengue, febre pelo vírus Zika e febre Chikungunya no Estado de Mato Grosso. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/suvs/a/arquivos/526/boletins-epidemiologicos?page=2>>. Acesso em: 11/05/2019.

todo o estado em 2016, tendo sido a incidência 752/100 mil habitantes. A região mais atingida foi a ERS-Barra do Garças, com incidência de 1.494/100 mil hab. Contudo, o município mais atingido foi o de Nova Mutum com incidência 4.092/100 mil hab., na região ERS-SINOP, e, assim, escolhido para a análise comparativa do estado do MT.

Nova Mutum é um município pequeno, com população estimada em 2018 de 43.919 pessoas e renda mensal dos trabalhadores formais inferior à da capital Cuiabá. Ainda, o município possui esgotamento sanitário adequado de 32%, ocupando a 3014ª posição no ranking nacional de 5.570 municípios, segundo dados do IBGE de 2010. Observe-se a tabela a seguir:

Tabela 6 - Quadro comparativo dos municípios de Cuiabá e Nova Mutum no Estado do Mato Grosso, ano 2016⁵⁶.

	Cuiabá	Nova Mutum
Salário médio mensal dos trabalhadores formais (salários mínimos)	3,8	2,4
Incidência/100 mil hab.	523	4.092
Casos suspeitos de zika	3.036	1.625
IDHM	0,799	0,758

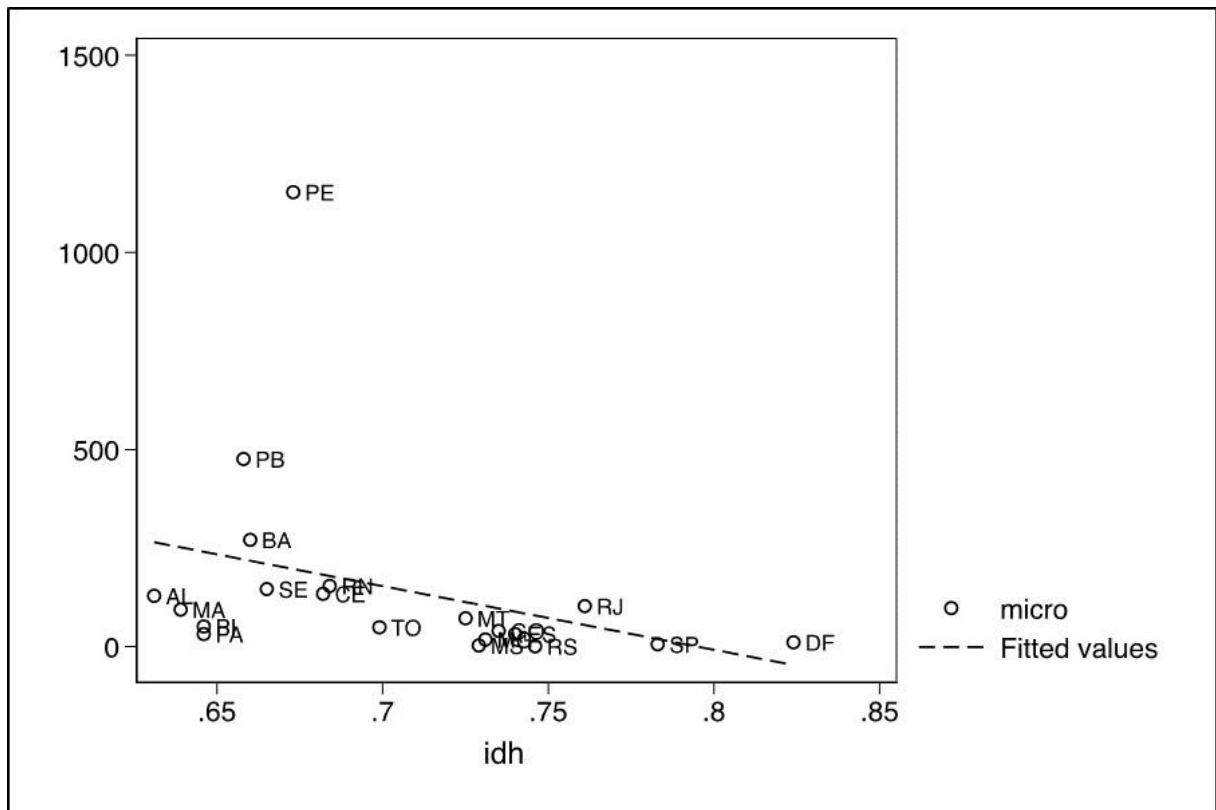
Fonte: elaborada pela autora com dados da SES-MT e do IBGE.

Feitas essas ponderações acerca dos estados do MT e do RJ, é válido um registro a respeito dos casos de microcefalia relacionados à infecção materna pelo vírus zika. Da mesma forma, foi procedida a análise destes casos. Foram inseridos os dados epidemiológicos da microcefalia⁵⁷ e do rendimento mensal domiciliar per capita de todas as unidades da federação no software STATA, dessa vez, porém, relativos ao ano de 2015, posto haver registro destes casos junto ao Ministério da Saúde do referido ano. Ressaltando que os dados epidemiológicos sobre a microcefalia referem-se, como já esclarecido anteriormente, aos casos suspeitos de alterações no

⁵⁶ Para outros dados utilizados na Tabela 6, ver referências bibliográficas.

⁵⁷ Boletim Epidemiológico: Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil até a Semana Epidemiológica 51 de 2015. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/11/2015-053-para-substituir-na-p--gina.pdf>>. Acesso em: 28/07/2019.

Gráfico 4 - Cruzamento dos dados relativos a microcefalia e IDH em todas as unidades federativas, ano 2015.



Fonte: elaborada pela autora⁵⁹ com dados do Ministério da Saúde e do IBGE.

A partir da observação do gráfico, vê-se que houve uma ligeira mudança no resultado obtido. Além da disposição das unidades federativas, a correlação entre os dados também se modificou, tornou-se mais forte, passando para **-0.3274**. Contudo, o fato mais curioso que este resultado traz é o de que mesmo em estados com alto nível de infecção, porém, com rendimento mensal domiciliar per capita e IDH elevados, como é o caso do MT e do RJ, não houve um grande número de notificações de casos suspeitos de microcefalia relacionados ao vírus zika em 2015. Em 2016⁶⁰, no total acumulado com 2015, o MT seguiu este mesmo padrão contando apenas 57⁶¹ casos investigados e confirmados de microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central, tendo o RJ, no entanto, elevado significativamente o número de notificações, se constituindo novamente em uma exceção.

⁵⁹ Gráfico elaborado pela autora com colaboração de Fernando Feitosa.

⁶⁰ Acumulado de 08 de novembro de 2015 a 31 de dezembro de 2016.

⁶¹ Informe Epidemiológico nº 57, Semana Epidemiológica 52/2016. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/12/Informe-Epidemiologico-n57-SE-52_2016-09jan2017.pdf>. Acesso em: 11/05/2019.

Todavia, tanto no ano de 2015 como no de 2016, as notificações de casos suspeitos de microcefalia relacionados ao vírus zika foram mais elevadas em regiões mais empobrecidas do Brasil. Como se vê na Tabela 3, as maiores taxas de incidência de casos de microcefalia relacionadas à infecção pelo ZIKV se deram no Nordeste do país, tendo o estado de Pernambuco apresentado a maior taxa do país, aproximadamente 12,4/100 mil habitantes, ao passo que o Rio Grande do Sul apresentou uma taxa de 0,009, a menor do país, e São Paulo de 0,014, ambas também em número aproximado.

Um estudo de Sofia Ali *et al.* (2017), também analisou a correlação entre dados epidemiológicos e socioeconômicos, sendo estes a incidência a cada 100 mil habitantes dos casos confirmados de microcefalia ligada ao ZIKV até 15 de julho de 2016 (como uma variável proxy para a incidência do zika em 2015) e o produto interno bruto (PIB) per capita das unidades federativas que tiveram um ou mais casos confirmados. O estudo encontrou que estes dados estão negativamente correlacionados (coeficiente de correlação de Pearson $r = -0,64$), indicando uma forte correlação. De acordo com Ali *et al.*, em todas as unidades da federação, o maior PIB per capita está correlacionado com menores taxas per capita de casos confirmados de microcefalia ligada à zika.

Outro dado pertinente é o encontrado no estudo desenvolvido por Éverton Pereira *et al.* (2017) sobre o perfil da demanda e dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC) concedidos a crianças com diagnóstico de microcefalia em decorrência do zika no Brasil. De acordo com Pereira *et al.*, em 2016 o BPC foi concedido em 731 municípios, distribuídos em todas as 27 unidades da federação, tendo a Região Nordeste concentrado 73,1% dessas concessões. Ainda de acordo com os autores, as unidades federativas com o maior número absoluto de benefícios concedidos foram Pernambuco com 281 (representando 17,5% do total) e Bahia com 263 (sendo 16,4% do total). Lembrando, como afirmam Pereira *et al.*, que o BPC é uma política assistencial cujo objetivo é assegurar uma renda mínima para pessoas consideradas em situação de vulnerabilidade econômica.

Estes achados levantam alguns questionamentos sobre os motivos de em estados como o Mato Grosso, não ter havido um grande número de notificações de

casos suspeitos de SCZ, apesar do alto nível de infecção de zika, e sobre os motivos pelos quais nas regiões mais empobrecidas, como os estados nordestinos, isso aconteceu. Quais as razões para que mulheres em regiões mais empobrecidas estejam mais vulneráveis ao risco de ter uma criança com síndrome congênita de zika?

Para responder a questionamentos como esse, pesquisadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do Instituto D'or de Pesquisa e Ensino (IDOR), em parceria com a Fiocruz e a Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), fizeram um estudo relacionando a qualidade da água consumida pela população com o número de casos de SCZ, conforme divulgado pela imprensa⁶² no início do mês de setembro de 2019. Uma reportagem⁶³ veiculada no portal de notícias O Globo traz o seguinte:

Cientistas brasileiros identificaram, pela primeira vez, um fator ambiental que intensificou os efeitos da infecção pela zika no cérebro humano, como a microcefalia. O estudo aponta que uma cianobactéria, presente na água, é um destes cofatores que aceleraram o processo de morte de células cerebrais. Isso ajuda a explicar o motivo pelo qual o Nordeste concentrou a maioria dos casos da malformação ligados ao vírus: a região tem a maior incidência da toxina liberada pela bactéria, a saxitoxina, em reservatórios. (O Globo, 03/09/2019 - atualizado às 22:34)

Dessa forma, os pesquisadores concluíram que a população que consumiu água com saxitoxina e foi infectada pelo vírus zika “pode ter sofrido maiores complicações neurais da doença”. Em razão do elevado número de casos de SCZ no Nordeste, um dos focos do estudo foram as mulheres grávidas e, então, perceberam que “a combinação da toxina e do vírus acelera a degeneração das células do cérebro”.

⁶² Mesmo após uma extensa busca na *internet* e tentativas de contato com a Fiocruz e com o pesquisador da UFRPE, Dr. Renato Molica, não foi possível acessar o referido estudo. De acordo com reportagem veicula no portal de notícias Folha de São Paulo, no *blog* “Cadê a cura”, em razão da “relevância para a saúde pública, a pesquisa foi publicada primeiro na forma de pré-print, ou seja, foi disponibilizada ao público antes mesmo de ser revisada por cientistas independentes, não ligados ao estudo”. Assim, infelizmente, as únicas fontes disponíveis para tanto foram reportagens. Disponível em: <<https://cadeacura.blogfolha.uol.com.br/2019/09/03/por-que-a-zika-afetou-mais-o-nordeste-uma-toxina-pode-ser-a-explicacao/>>. Acesso em: 24/10/2019.

⁶³ Estudo identifica fator ambiental evitável que intensificou efeitos da zika, como microcefalia. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/estudo-identifica-fator-ambiental-evitavel-que-intensificou-efeitos-da-zika-como-microcefalia-23922891>>. Acesso em: 22/10/2019.

De acordo com a reportagem, a toxina saxitoxina é considerada um fator ambiental evitável, posto que para minimizá-las bastam melhores condições de saneamento básico e de tratamento de água nos reservatórios. Ainda de acordo com o veiculado, a grave seca enfrentada pelo Nordeste entre 2012 e 2016, o que deixou os reservatórios com menos água⁶⁴, aliada ao baixo tratamento de esgoto em diversas áreas da região, auxiliaram na proliferação das cianobactérias. A reportagem traz que segundo o professor Stevens Rehen, coordenador do grupo que conduz a pesquisa, o efeito degradativo do vírus é aumentado pela saxitoxina e que, nos experimentos conduzidos pela equipe, a dosagem utilizada desta não era grave, porém teve efeitos nocivos quando associada ao vírus zika.

Segundo a reportagem, para Rehen uma das formas de combater a doença é por meio da redução da desigualdade social, pois a privação de acesso a água potável e saneamento básico deixa parte da população mais suscetível a uma série de doenças, inclusive à infecção pelo ZIKV e, conseqüentemente, à SCZ. Vale registrar que o professor ressalta a importância do investimento na ciência e na pesquisa nacionais, considerando que esta é uma pesquisa realizada integralmente no Brasil, acerca de um problema brasileiro, apontando para o papel fundamental do CNPq, Capes e Ministério da Ciência e Tecnologia para a ciência nacional. Para Rehen, os brasileiros é que devem explorar questões referentes a desigualdade social do país.

Uma reportagem⁶⁵ veiculada pelo Portal de notícias G1, em 04/09/2019, traz que a referida pesquisa se inspirou no caso ocorrido em 1996 conhecido como “Tragédia da Hemodiálise”, em Caruaru-PE, já relatada no capítulo anterior. Os casos da tragédia também foram associados à presença de toxinas produzidas pelas cianobactérias. Na ocasião, 60 pessoas morreram intoxicadas pela toxina microcistina após uma sessão de hemodiálise. A conclusão foi de que a intoxicação se deu pela água usada na filtração do sangue dos pacientes, que estava contaminada. Ainda de acordo com a reportagem, Renato Molica, que é um dos pesquisadores do estudo,

⁶⁴ Segundo a reportagem, “com menos água nos reservatórios, o processo de eutrofização — maior crescimento de plantas aquáticas, onde a cianobactéria se encontra — se intensificou”, aumentando a concentração das bactérias e suas toxinas na água.

⁶⁵ Estudo aponta que bactéria presente na água agrava casos de microcefalia causados pela zika. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pe/caruaru-regiao/noticia/2019/09/04/estudo-aponta-que-bacteria-presente-na-agua-agrava-casos-de-microcefalia-causados-pela-zika.ghtml>>. Acesso em: 22/10/2019.

afirma que a presença de cianobactérias nos reservatórios de água do Nordeste é comum em razão dos problemas causados pela falta de saneamento básico.

Para Martha Moreira *et al.* (2018), a epidemia do vírus zika é uma agenda que conecta pesquisa e política. Segundo os autores a epidemia é caracterizada como um “fato social total”, por sintetizar “várias determinações sobre os processos epidêmicos, combinando fatores de desigualdade econômica e social e revelando processos de vulnerabilidade” (MOREIRA *et al.*, 2018, p.1. Tradução livre). Nesse sentido, os autores afirmam que a epidemia mobilizou diversas partes interessadas a olharem para essa situação que se impôs, e que é preciso pensar mais sobre a articulação entre vida e política de forma permanente, do que somente em sede de emergências conforme elas surgem na agenda pública.

Ali *et al.* (2017) trazem que arbovírus como o zika são doenças de “movimento e mudança globais”. De acordo com os autores:

a mudança global inclui um conjunto de fatores antropogenicamente orientados que se intensificam com o crescimento da população e estão mudando em conjunto, incluindo clima, uso da terra, urbanização, políticas sociais e políticas, pobreza e movimento humano. (ALI *et al.*, 2017, p. 2. Tradução livre)

Assim, esses fatores, sobretudo as mudanças climáticas, moldam a distribuição geográfica, população, vida útil e potencial de transmissão do mosquito. Segundo os autores, áreas com menor cobertura florestal, apresentando alta densidade populacional humana e urbanização, possuem maior população do *aedes aegypti* e, portanto, maior adequação e incidência de ZIKV. Desse modo, atividades humanas como desmatamento e urbanização que diminuem a vegetação podem aumentar o risco de transmissão de zika.

Nesse sentido, os autores afirmam que mudanças sociais e ambientais interagem, promovendo o surgimento e a disseminação do ZKV. Além disso, Ali *et al.* apontam que mudanças políticas e econômicas também podem influenciar a exposição humana ao vírus, especialmente para os “pobres urbanos” que, em geral, vivem em áreas com infraestrutura, acesso à água e saneamento inadequados. Para os autores, o saneamento, incluindo acesso seguro à água potável encanada, coleta

de lixo e tratamento de esgoto, é um dos serviços públicos mais cruciais que os governos prestam.

De acordo com Ali *et al.*, no Brasil, a “crise habitacional urbana, reforçada por grandes disparidades socioeconômicas”, amplia as falhas nos serviços públicos de saneamento básico. Para os autores, as condições insalubres de moradia a que são submetidas as pessoas em estado de pobreza pode facilitar a transmissão de doenças, levando a correlações negativas entre renda e risco de infecção pelo zika, como demonstrado no estudo dos autores e na presente pesquisa. Ali *et al.* afirmam que “períodos de declínio econômico” podem levar as pessoas a *status* socioeconômicos mais baixos, “nos quais os sintomas da pobreza promovem o risco de ZIKV”. Nesse sentido, “a mobilidade entre indivíduos de status socioeconômico mais baixo e mais alto pode estender o risco de transmissão do ZIKV a um grupo demográfico mais amplo” (ALI *et al.*, 2017, p. 8. Tradução livre). Assim, os autores lembram que em 2014, antes da emergência do vírus nas Américas, o Brasil entrou em recessão econômica e que esta pode ter aumentado o risco de infecção pelo zika para um novo grupo de pessoas vulneráveis, ressaltando, porém, que a ligação desses fatos necessita de uma investigação mais profunda.

Ali *et al.* registram ainda que em meio a reações públicas, legislativas e até religiosas, a principal recomendação do governo foi, contudo, postergar a gravidez, tendo a saúde da mulher ocupado o centro das discussões na comunidade científica e na imprensa. Para os autores, o sucesso desta recomendação provavelmente será limitado, considerando que a gravidez não planejada teria representado 56% do total de gestações na América Latina em 2012.

Diante dos dados aqui apresentados, vê-se que há uma correlação negativa entre a renda e a infecção pelo zika, bem como com os casos de síndrome congênita de zika. No campo da saúde, inúmeros são os estudos que apontam uma relação entre condição socioeconômica e condição de saúde. Nesse sentido, Maria Angela Ferreira e Maria do Rosário Latorre (2012) fazem uma reflexão sobre a desigualdade social e os estudos epidemiológicos. Face à constatação de que existem desigualdades no perfil de saúde nos diversos grupos e ambientes sociais, as autoras afirmam que é comum nos estudos epidemiológicos a utilização de indicadores

socioeconômicos como **renda**, grau de escolaridade, ocupação, condições de moradia, dentre outros, para aferir a influência dos efeitos sociais sobre a saúde dos indivíduos.

Dessa forma, segundo Ferreira e Latorre, nessa linha de investigação são comumente utilizados indicadores baseados na renda da população, como os coeficientes de GINI e Theil, Índice de Robin Wood e Atinkson. Contudo, as autoras alertam para as lacunas dos indicadores baseados apenas na renda dos indivíduos, ao mesmo tempo em que afirmam que nenhum indicador consegue abranger plenamente profunda dimensão do processo saúde-doença, cabendo ao pesquisador(a) compreender o contexto e utilizar o indicador de forma crítica.

Marcelo Neri e Wagner Soares (2002), ao estudarem a relação entre desigualdade social e saúde no Brasil, a partir do consumo de serviços de saúde, sobretudo do acesso a seguro saúde, utilizaram-se igualmente do indicador renda para tanto. Assim, os autores verificaram que os indivíduos mais pobres têm pior acesso a seguro e consomem menos os serviços, embora necessitem de maiores cuidados com a saúde. Neri e Soares identificaram, ainda, que “um pior rendimento gera uma saúde mais precária, e uma pior saúde, um menor rendimento” (NERI e SOARES, 2002, p. 85), e que, por isso, que políticas de saúde pública são também políticas de combate à pobreza e à desigualdade social.

Evangelina Oliveira, Claudia Travassos e Francisco Viacava (2006) também avaliaram o acesso aos serviços de saúde no Brasil, fazendo uma comparação entre os anos de 1998 e 2003, a partir do padrão das desigualdades geográficas e sociais, utilizando do mesmo modo o indicador renda, como uma das variáveis sociais testadas no estudo. Os autores encontraram que o acesso aos serviços de saúde no país é fortemente influenciado pela condição social do indivíduo e pelo local onde reside, tendo a renda se mostrado fator importante no acesso das crianças aos serviços de saúde. Ademais, os autores afirmam que o local de residência também afeta o acesso, que, por sua vez, melhora com o grau de desenvolvimento socioeconômico da região. Dessa maneira, Oliveira, Travassos e Viacava apontam que indivíduos que residem nas regiões Sudeste e Sul tiveram maior acesso do que

os residentes nas outras regiões. Em 1998, o Nordeste foi uma das regiões com maior desigualdade social neste acesso considerando-se a renda.

Assim, resta evidente que, encontrando-se uma correlação entre a incidência da epidemia de zika de 2015 e a renda, considerando que esta é um dos principais elementos de mensuração da desigualdade social, tem-se que a epidemia tem uma relação com a desigualdade, do tipo causa/consequência. A desigualdade social, por sua vez, possui uma relação de causa/consequência com o sistema capitalista, que rege as relações na sociedade brasileira. Como amplamente registrado na literatura, essa relação já foi identificada nos casos de outras epidemias e morbidades. A fim de corroborar com a argumentação que aqui se desenvolve, vale retomar o exemplo já exposto no capítulo 3 das epidemias de dengue no Brasil. Da mesma forma que a zika, a dengue é igualmente transmitida pelo *Aedes aegypti* e possui a mesma relação com a desigualdade social, conforme as pesquisas apresentadas.

Finalmente, diante de todo o exposto, vê-se que os dados corroboram a afirmação do campo da saúde pública de que a desigualdade social produz processos de adoecimento, tendo sido capaz de produzir a epidemia de zika vírus de 2015 no Brasil, considerando-se as contradições do sistema capitalista, o que também é reforçado pelos estudos aqui apresentados. Desse modo, tem-se a confirmação da hipótese levantada na presente pesquisa.

4.3. Breve balanço da ação governamental no enfrentamento da epidemia

Diante do exposto, tem-se que a epidemia de zika vírus de 2015 foi um problema social que irrompeu na sociedade com o aumento de crianças nascendo com microcefalia, exigindo atenção e pronta resposta por parte do governo em razão de sua gravidade. Dessa forma, a epidemia passou a integrar a agenda formal do governo por meio de uma janela política⁶⁶ imprevisível, num momento de crise. Uma

⁶⁶ Para explicar o modo como esses problemas migram da agenda informal para a agenda institucional Michael Howlett, M. Ramesh e Anthony Perl trazem os ensinamentos de John Kingdon (1984), para quem as oportunidades de montagem da agenda são chamadas janelas políticas. Segundo o modelo de Kingdon, “com o intuito de trazer questões para as agendas formais do governo, [...] as janelas se abrem e se fecham com base na interação dinâmica das instituições e atores políticos e na articulação de ideias na forma de soluções políticas propostas” (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013, p. 115). De acordo com os autores, Kingdon sugere que há pelo menos quatro tipos de janelas políticas, destacando-se aqui, por pertinência ao tema trabalhado, as janelas de problemas aleatórios. Assim,

vez reconhecida a necessidade de agir diante deste problema, o governo editou a Lei 13.301/16 com medidas de combate à epidemia em diversas frentes da política pública, como Pesquisa e Tecnologia, Saúde, Assistência Social e Infraestrutura, bem como o Plano Nacional de Enfrentamento, com em três frentes de atuação, sendo prevenção e combate ao mosquito *Aedes aegypti*, melhoria da assistência às gestantes e crianças e a realização de estudos e pesquisas nessa área.

Todavia, de acordo com Howlett, Ramesh e Perl, o reconhecimento de que algum assunto é um problema que requer mais atenção da parte do governo não assegura que o problema será abordado ou resolvido, significa apenas que ele passou de um problema social ou privado para uma questão pública.

Ocorre que à época da epidemia de 2015, o Brasil enfrentava sua pior recessão econômica em décadas, além de um frágil e conturbado cenário político, que culminou no processo de impeachment da então presidenta da República, Dilma Rousseff, com importantes repercussões sociais. Assim, considerando que o contexto político e econômico em que o problema está inserido quando de seu surgimento influencia o processo de montagem da agenda, logo, toda essa conjuntura influenciou, pode-se dizer, negativamente, a agenda de enfrentamento à epidemia e seu pleno cumprimento.

Dessa forma, diante desse cenário e com base em sua percepção e interpretação da realidade, as autoridades brasileiras tiveram que tomar decisões difíceis sobre a alocação de recursos, inclusive para o enfrentamento da epidemia. Nesse sentido, é válido um breve balanço do que de fato foi feito pelo governo federal dentre as medidas previstas na lei e no plano anteriormente destacados.

O enfrentamento à epidemia de zika vírus demandou engajamento nos âmbitos nacional, estadual, municipal, e, até mesmo, internacional, com ações em vários ramos da política pública, no entanto, aqui será feito um breve balanço das ações do governo federal. De acordo com Human Rights Watch (2017), a maior parte do financiamento foi para as principais frentes do plano nacional brasileiro, que se

eles descrevem que este tipo de janela se dá nos momentos “em que as crises ou os eventos aleatórios abrem janelas imprevisíveis” (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2013, p. 117).

concentrou na mobilização e no combate ao mosquito, prestação de serviços à população afetada e promoção do desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa.

Ainda segundo a HRW, em março de 2016, o governo federal anunciou investimentos de R\$ 649 milhões na erradicação de mosquitos (controle vetorial), diagnóstico e pesquisa. O Ministério da Saúde, por sua vez, transferiu R\$ 2,7 bilhões para estados e municípios no mesmo ano para financiamento de programas estaduais e municipais de vigilância sanitária e de medidas para controlar o mosquito vetor, o que representou um aumento de cerca de R\$ 800 milhões de investimentos federais na vigilância em saúde em relação a 2016.

De acordo com a ONG, o governo federal igualmente fez investimentos “na garantia de serviços para as populações afetadas, incluindo a aquisição de mais testes de zika e de gravidez, e repelentes para mulheres grávidas inscritas no Programa Bolsa Família⁶⁷, [...] bem como na construção e reforma de centros especializados em reabilitação, para pessoas com deficiência” (HRW, 2017, p. 37). Nesse sentido, a HRW afirma que, em março de 2017, novos centros estavam em operação, sendo que, até janeiro de 2017, o MS ampliou o sistema de saúde pública para incluir 63 novos centros especializados de reabilitação.

No tocante à área de Tecnologia, Educação e Pesquisa, o relatório da organização traz que o governo brasileiro anunciou investimentos de mais de R\$ 250 milhões no desenvolvimento de vacinas contra zika e dengue, bem como de tecnologias inovadoras de controle vetorial e de pesquisa sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da zika.

Quanto aos investimentos em Saneamento Básico, é importante observar que somente a Lei 13.301/16 previu ações em infraestrutura de água e esgoto para combater os mosquitos, não tendo o Plano Nacional de Enfrentamento abordado o tema. Contudo, também a lei não traz detalhes sobre como estas seriam desenvolvidas. Nesse sentido, é forçoso utilizar-se do Plano Nacional de Saneamento Básico, lançado em 2013, para abordar o tema. No referido plano, o governo

⁶⁷ Programa de transferência de renda para famílias em situação de pobreza (HRW, 2017, p. 37).

estabelece como objetivos o acesso universal aos sistemas de água, à coleta de lixo em áreas urbanas e a ampliação do acesso aos sistemas de esgotamento sanitário a 93% das residências nas áreas urbanas até 2033. Dessa forma, o Plano traz duas estimativas de investimentos federais no período de 2014 a 2033, uma em caso de cenário econômico positivo, a outra em caso de crescimento econômico mundial a taxas mais baixas. Assim, as estimativas são de R\$ 508,5 bilhões, num primeiro cenário, ressaltando-se que este é o montante de investimentos identificado como necessário ao atendimento das metas, e de R\$ 220 bilhões, num segundo cenário.

Contudo, de acordo com a HRW, nos anos de 2014 e 2015, os investimentos em sistemas de água e esgotamento sanitário totalizaram cerca de R\$ 12,2 bilhões por ano. A organização ainda cita um estudo publicado pela Confederação Nacional da Indústria que concluiu que, se esta tendência de investimento continuasse, toda a população brasileira teria acesso a um sistema de esgotamento sanitário em 2054.

Em 2017, o Ministério da Saúde, por sua vez, publicou o material “Vírus Zika no Brasil - A resposta do SUS” com um balanço sobre o que foi feito pelo governo no âmbito da Saúde para combate à epidemia de zika vírus no país em 2015. Trata-se de uma coletânea de artigos científicos elaborados por diversos profissionais especialistas na área da Saúde sobre as ações governamentais de combate ao ZKV.

Das referidas ações, destaca-se aqui a criação do Centro de Operações de Emergência em Saúde (Coes) no Ministério da Saúde, para organizar, coordenar e monitorar as atividades de todas as áreas envolvidas no trabalho. Seguida de uma mobilização política e institucional de grande envergadura. Nesse sentido, as duas casas do Congresso Nacional convocaram audiências para coletar informações e discutir a microcefalia, tendo a então presidenta da República, Dilma Rousseff, se reunido com todos os governadores e representações dos prefeitos dos municípios brasileiros para propô-los ações de combate. Além disso, também as empresas estatais elaboraram planos de ação específicos, prevendo ações de mobilização e combate ao *Aedes aegypti*, centrado nos seguintes eixos: Mobilização Social; Comunicação; Informação; Educação; Prevenção; Tecnologias; Integração (com outras estatais, órgãos e instituições).

Ainda de acordo com o material publicado, o Ministério da Saúde pactuou a intensificação de visitas aos imóveis urbanos e infraestruturas públicas para orientações em saúde e vistoria de possíveis criadouros. Em 2016, nos meses de março e abril, período de maior circulação das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*, as visitas domiciliares passaram a ser mensais.

O então Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário atuou em parceria com o Ministério da Saúde na atenção às famílias, sobretudo às mães e crianças com microcefalia, tendo sido instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (Suas), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia. O objetivo era acelerar a busca ativa e o diagnóstico da doença, bem como o atendimento, o cuidado e a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para as crianças que se encaixavam nos critérios da legislação para a concessão do benefício assistencial.

O Ministério do Meio Ambiente, por sua vez, objetivando ampliar as ações para a eliminação de resíduos sólidos com alto potencial para serem criadouros do *Aedes aegypti*, articulou com a Reciclanip (programa de coleta e destinação de pneus inservíveis da Associação Nacional da Indústria de Pneumáticos – Anip) a Mobilização Nacional de Coleta de Pneus em vários estados brasileiros.

Outra ação de grande abrangência foi a Semana de Mobilização da Família e Comunidade na Escola pelo combate ao *Aedes aegypti*, realizada em parceria do Ministério da Educação com o Ministério da Saúde. Por ocasião desta, foram mobilizadas as 32 mil equipes da Atenção Básica do país para intensificar as ações do Programa Saúde na Escola, com mais de 77 mil escolas envolvidas em 4.787 municípios.

Esses foram os principais destaques sobre a ação do governo federal no enfrentamento à epidemia de zika vírus e a suas consequências no Brasil em seu período mais crítico.

4.4. Breves considerações sobre o papel da política social

Considerando que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2010), o crescimento econômico permite o fornecimento de “recursos para investimento na melhoria da vida das pessoas, mas [que] por si só, **sem políticas sociais adequadas, não traz benefícios para saúde**” (OMS, 2010, p. 39) (Grifo nosso), entendeu-se necessário registrar algumas breves considerações sobre o papel da política social.

Conforme visto anteriormente, a epidemia de Zika de 2015 atingiu, sobretudo, famílias já vulnerabilizadas pela desigualdade social. Para Débora Diniz (2017), em razão de suas consequências trágicas, a epidemia jamais terá um fim para as mães de crianças com síndrome congênita de zika. De acordo com a pesquisadora, “o dia seguinte do “fim da epidemia” pode ter efeitos perversos para o esquecimento como uma doença do passado. Para elas [as mães], a ideia clássica de que uma epidemia teria início, meio e fim é uma fábula” (DINIZ, 2017, p. 68), posto que as consequências da epidemia permanecerão em suas vidas.

Dessa forma, medidas sérias devem ser tomadas para a amenização dessas consequências, bem como para que novas epidemias sejam evitadas. A epidemia do vírus zika em si constitui violação de diversos direitos sociais, e a solução definitiva para a questão perpassa pelo investimento em políticas públicas em várias frentes, como saúde e assistência social, além de mudanças na condução da política econômica, que atualmente é voltada para o mercado financeiro.

De acordo com Potyara Pereira (2008), a política pública é gênero do qual a política social é espécie, e estas visam concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e incorporados nas leis. Assim, os direitos sociais só têm aplicabilidade por meio de políticas públicas, as quais são operacionalizadas através de programas, projetos e serviços, pensados estrategicamente com base em estudos e pesquisas.

Para a autora a “identificação das políticas públicas com os direitos sociais decorre do fato de esses direitos terem como perspectiva a equidade, a justiça social, e permitem à sociedade exigir atitudes positivas, ativas do Estado para transformar

esses valores em realidade” (PEREIRA, 2008, p. 102). Dessa forma, a participação do Estado no campo de atuação das políticas públicas é considerada fundamental.

Ainda de acordo com Pereira, os direitos sociais dependem de recursos para serem efetivados e isso impõe desafios reais às políticas públicas que devem concretizá-los. Nesse sentido, estes desafios são potencializados diante das medidas de austeridade fiscal que vêm sendo implantadas no país.

Para Marilda Iamamoto (2008), a política social brasileira tem um marco determinante no governo de Fernando Henrique Cardoso em razão do acirramento neoliberal experimentado no país naquele período, que se traduziu na “ortodoxia monetarista” dentre outras. Para a autora, essas mesmas tendências da política econômica se reafirmaram no governo de Lula da Silva, servindo como pressuposto também para programas sociais.

Segundo Antônio Carvalho e Paulo Buss (2009), as políticas públicas para a saúde desenvolveram-se de maneira organizada e sistemática a partir do século XVII. Nesse período surgiu o cuidado público com a saúde como política de proteção contra riscos sociais e ambientais, ou seja, surge a compreensão da determinação social na saúde e na doença.

Nesse sentido, essa concepção parte do reconhecimento de que a saúde e a doença não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, “mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida” (CARVALHO e BUSS, 2009, p. 151). Dessa forma, para os autores, a dinâmica dessas relações entre os determinantes da saúde-doença caracteriza o perfil sanitário da população e, por isso, deve subsidiar a implementação de políticas de saúde.

Carvalho e Buss trazem que a partir da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no Canadá, consolidou-se o movimento da promoção da saúde, que considera como foco da ação sanitária os determinantes gerais sobre a saúde. Dessa maneira, a saúde é entendida como produto de uma gama de fatores relacionados à qualidade de vida, como padrões adequados de alimentação,

habitação e saneamento, trabalho, educação, ambiente limpo, rede social de apoio, cuidados de saúde, dentre outros.

De acordo com Carvalho e Buss, na América Latina tais ideias encontraram uma realidade de pobreza e desigualdade, impondo um foco maior nas questões estruturais, priorizando os processos comunitários voltados para mudanças sociais. Contudo, embora as estratégias da promoção da saúde tenham logrado avanços no controle de algumas doenças crônicas e agudas, ainda existem enormes desigualdades. Nesse sentido, fala-se em iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, ou seja, “desigualdades de saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são evitáveis, injustas e desnecessárias, segundo a definição de Margareth Whitehead (2004)” (CARVALHO e BUSS, 2009, p. 157). Nesse sentido, fala-se em iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades de saúde entre grupos e indivíduos de uma mesma localidade. Estas iniquidades são um dos traços mais marcantes da situação de saúde no Brasil, cujos determinantes se relacionam com as formas de organização da vida social.

Nessa perspectiva é pertinente registrar as ponderações feitas por Laís Abramo (2004) a respeito da relação entre a discriminação (de gênero e raça), a pobreza e a exclusão social. Segundo Abramo, muitas vezes essa discussão é feita separadamente, olvidando a forte relação entre as diversas formas de discriminação e os fenômenos de exclusão social, “que dão origem à pobreza e são responsáveis pela superposição de diversos tipos de vulnerabilidade e pela criação de poderosas barreiras adicionais para que as pessoas e os grupos discriminados possam superar a pobreza e a exclusão social” (ABRAMO, 2004, p. 18). Dessa forma, tem-se que as desigualdades sociais perpassam diversas dimensões, que se transcendem e impactam a vida do indivíduo em todos os aspectos, inclusive em sua saúde.

Vale ressaltar que, como ensina Vicente de Paula Faleiros (1990), as políticas sociais não são formas estáticas de relação entre Estado e sociedade. Em períodos de crise, a agenda neoliberal sempre prevalece, propondo a extinção das medidas sociais e a volta ao mercado de trabalho, sem proteção do Estado, justamente no momento em que a população encontra-se mais vulnerável.

Iamamoto (2008) afirma que, em razão de tais políticas neoliberais na economia sob a órbita do capital, as múltiplas expressões da questão social tornam-se objeto de ações filantrópicas e de programas focalizados de combate à pobreza, que caracterizam a privatização da política social pública. Dessa forma, a responsabilidade do Estado é repassada para a sociedade civil.

Regina Célia Miotto (2010) traz que numa proposta protetiva, a proteção social se efetiva através da garantia de direitos sociais universais, pois somente através deles é possível consolidar a cidadania e alcançar a equidade e a justiça social. De acordo com Esping-Andersen (2000) apud Miotto (2010, p. 171), pode-se dizer que a cidadania social vincula-se a dois processos, quais sejam, ao de “desmercadorização” e ao de “desfamiliarização”.

O processo de desmercadorização consiste na possibilidade que o indivíduo e a família têm de se manter sem depender do mercado. Já o processo de “desfamiliarização”, significa o abrandamento da responsabilidade familiar em relação a provisão de bem-estar social. Saraceno (1996) apud Miotto (2010, p. 171) afirma que a presença do Estado na garantia dos direitos sociais possibilita a autonomia dos indivíduos em relação à família, e desta em relação à parentela e a comunidade. Além disso, a presença do Estado também pressupõe a diminuição dos encargos familiares.

Nessa perspectiva, Miotto traz que as políticas sociais são pensadas no sentido de socializar os custos enfrentados pela família antes que a sua capacidade se esgote. Ou seja, o Estado deve agir previamente e não posteriormente, para evitar situações de riscos sociais e violações de direitos. Para a autora, essa diferenciação entre propostas de ação estatal dá a dimensão do tensionamento de projetos no âmbito da política social: de um lado o receituário do projeto neoliberal para a sociedade; e do outro a garantia da cidadania social plena.

Contudo, retomando o postulado por Cássia Carloto e Silvana Mariano (2009), tem-se o seguinte:

[...] no caso de ações como o PBF [Programa Bolsa Família], as preocupações quanto à pobreza são dirigidas à família. O próprio direito ao recurso transferido é tipificado em termos de benefício à família, e não a indivíduos. Como consequência, as demandas feministas por atenção prioritária à situação das mulheres vão se transformando em familismos, que, no processo de tradução político-cultural, substituíram a demanda por

empoderamento das mulheres por demandas que visam ao fortalecimento das famílias. A defesa da família como foco de preocupação é uma característica constitutiva de políticas de combate à pobreza como o PBF. Na medida em que a defesa da família é operacionalizada com foco nas funções femininas, logo essas políticas familistas reforçam a associação da mulher à maternidade. (CARLOTO e MARIANO, 2009, p. 905)

Dessa forma, constata-se que a política social brasileira de combate à pobreza ainda se encontra nos moldes do receituário neoliberal, agindo somente no esgotamento das famílias, ou seja interferindo posteriormente, bem como reforçando estereótipos machistas, criados pelo patriarcado capitalista, como o da “mulher cuidadora”, ainda que numa tentativa de empoderamento feminino. Assim, vê-se que há uma linha bastante tênue entre esta tentativa e o reforço negativo de estereótipos que merece aperfeiçoamento.

De acordo com os estudos aqui apresentados, viu-se que os impactos de longo prazo do surto de zika recaíram desproporcionalmente sobre mulheres e meninas, e mesmo diante deste quadro, o Estado não tomou para si a responsabilidade como deveria, tomando medidas de cunho mais imediato e até mesmo ineficazes, numa perspectiva neoliberal de corte de gastos sociais e cerceamento de direitos, bem como sobrecarregando as famílias e, por conseguinte, o segmento feminino da população. A título de exemplo, segundo a HRW, o Estado deixou a maior parte do esforço diário de erradicação de mosquitos com as famílias, responsabilizando sobretudo mulheres e meninas, que são muitas vezes encarregadas das tarefas de controle vetorial em suas casas. No fim de 2015 foi lançada a campanha “Sábado de faxina — não dê folga para o mosquito da dengue”, pedindo à população que limpasse suas casas uma vez por semana. Um ano depois, o Ministério da Saúde lançou uma nova campanha com a mesma abordagem e um dia de limpeza diferente (sexta-feira).

No entanto, sem uma política de saneamento básico que garanta acesso a um abastecimento contínuo de água e a uma infraestrutura de esgotamento sanitário adequado, o acúmulo de água parada nas comunidades é inevitável. Dessa forma, os esforços das mulheres e das meninas para controlar a proliferação de mosquitos em casa são muitas vezes inúteis, tornando-se uma cruel responsabilização destas.

Enfim, dentro da atual lógica capitalista de organização socioeconômica, Josiane Santos aduz que “a pobreza, tomada como expressão máxima da questão

social, somente pode ser entendida quando considerada a partir da incapacidade de reprodução social autônoma dos sujeitos” (SANTOS, 2012, p. 134). Nesse mesmo raciocínio, Faleiros (1990) traz que dentro dessa lógica os sujeitos são levados a sobreviver de forma independente através de um emprego e as situações sociais são transformadas em problemas individuais.

Todavia, Santos ressalta ainda que a pauperização remete a outros indicadores sociais, como acesso a saneamento básico, habitação, educação, que, por sua vez, determinam os indicadores de saúde. Nesse sentido, a autora aponta para a importância da intervenção do Estado no cerne da questão social.

A pobreza e as demais expressões da questão social não podem ser consideradas problemas individuais e o Estado deve intervir em prol do elo mais fraco da relação contraditória entre o capital e o trabalho, a classe trabalhadora. Dentro das amarras do sistema capitalista, a principal ferramenta para a intervenção estatal é a política social. Diante do exposto, viu-se que as principais vítimas da epidemia de zika de 2015 trazem em si um universo de expressões da questão social, com vastas possibilidades de intervenção dentro da política social, com aspectos como étnico-racial, pobreza, gênero e formação/desenvolvimento regional a serem abordados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme já exposto, no fim de 2014, autoridades de saúde no Nordeste brasileiro começaram a relatar casos de uma doença caracterizada por exantema e febre. Em maio de 2015, as autoridades de saúde confirmaram a transmissão local do vírus zika (ZKV) no país, declarando no final deste mesmo ano emergência de saúde nacional à medida que os casos de microcefalia aumentavam. Em 2016, o Ministério da Saúde (MS) informou a existência de milhares de casos prováveis e de casos confirmados do vírus. Também em 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência global de saúde pública em resposta à disseminação de zika. E em 2017, o governo brasileiro decretou o fim da emergência nacional de saúde pública relacionada ao ZKV. Após o surto de 2015 no Brasil, o vírus foi associado a complicações neurológicas graves, nomeadas de síndrome congênita de zika (SCZ), em razão do nascimento de milhares de bebês com desenvolvimento atípico do cérebro acometidos pela doença através da transmissão vertical do vírus.

Com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, desde o seu início até dezembro de 2019, houve um total de cerca de 253.248 casos prováveis de doença aguda pelo vírus zika notificados ao Ministério. Em 2019, ainda de acordo com dados do MS, a região Nordeste foi a mais atingida novamente, apresentando a maior taxa de incidência (9,5 casos/100 mil habitantes), em seguida as regiões Centro-Oeste (5,8 casos/100 mil habitantes), Norte (4,3 casos/100 mil habitantes), Sudeste (4,0 casos/100 mil habitantes) e Sul (0,4 casos/100 mil habitantes). Com relação aos casos suspeitos de síndrome congênita de zika, o MS foi notificado sobre 18.282 casos suspeitos, tendo sido 4.120 casos em 2015, 8.613 em 2016, 2.658 em 2017, 1.728 em 2018 e 1.163 em 2019. A maioria dos casos notificados também se concentra na região Nordeste do país, com 56,9% destes, seguindo-se as regiões Sudeste (26,1%) e Centro-Oeste (7,7%).

Diante de todo o exposto, viu-se que os dados analisados comprovaram que há uma correlação negativa entre pobreza e desigualdade social com a infecção pelo zika, bem como com os casos de síndrome congênita de zika, demonstrada também pela literatura e pelos estudos aqui apresentados. Desse modo, tem-se a confirmação da hipótese levantada na presente pesquisa, qual seja, a de que a desigualdade social

foi capaz de produzir a epidemia de zika vírus de 2015 no Brasil, considerando-se as contradições do sistema capitalista.

Ademais, os estudos aqui apresentados apontaram que, mesmo que suas histórias desapareçam dos jornais, os milhares de crianças nascidas no Brasil com SCZ precisarão de apoio e cuidados no longo prazo. Os principais cuidadores destas crianças são na maioria das vezes mulheres e meninas cujas vidas são profundamente alteradas após o nascimento de filhos com deficiência, precisando também de apoio do governo e da sociedade para o desempenho desta árdua tarefa, contudo, de acordo com os estudos vê-se que estas têm se dedicado sem receber o apoio total de que precisam.

A despeito de todas as constatações sobre a correlação da pobreza e da desigualdade social com a infecção pelo zika, como bem registram Sofia Ali *et al.*, “em meio a reações públicas, legislativas e religiosas, a principal recomendação do governo foi [contudo] adiar a gravidez” (ALI *et al.*, 2017, p. 11. Tradução livre), tendo a “saúde da mulher” ocupado o centro das discussões na comunidade científica e na imprensa. Além disso, as autoridades brasileiras se concentraram no combate ao mosquito, no acesso a serviços para populações afetadas e no desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa conforme previsto na Lei nº 13.301 de junho de 2016. No entanto, autoridades em todos os níveis não abordaram os problemas sistêmicos relacionados aos serviços públicos de água e saneamento básico que exacerbaram a crise de zika e de outras doenças, e nem os problemas relativos à desigualdade social. Ademais, vale ressaltar os cortes com gastos públicos que dificultam e dificultam a implementação de algumas das medidas previstas.

O Estado não tomou para si a responsabilidade como deveria, deixando maior parte do esforço diário de erradicação de mosquitos com as famílias, responsabilizando sobretudo mulheres e meninas, que são muitas vezes encarregadas das tarefas de controle vetorial em suas casas. No fim de 2015 foi lançada a campanha “Sábado de faxina — não dê folga para o mosquito da dengue”, pedindo à população que limpasse suas casas uma vez por semana. Um ano depois, o Ministério da Saúde lançou uma nova campanha com a mesma abordagem e um dia de limpeza diferente (sexta-feira).

Porém, sem acesso a um abastecimento contínuo de água e a uma infraestrutura de esgotamento sanitário adequado, o acúmulo de água parada nas comunidades é inevitável. Dessa forma, os esforços das mulheres e das meninas para controlar a proliferação de mosquitos em casa são muitas vezes inúteis, tornando-se uma cruel responsabilização destas.

Assim, tem-se que os impactos de longo prazo do surto de zika recaíram desproporcionalmente sobre mulheres e meninas, cujo perfil, com base nos estudos apresentados, pode ser sintetizado da seguinte maneira: jovens; negras e indígenas; nordestinas; solteiras; de baixa renda; periféricas aos grandes centros urbanos; com baixa escolaridade; sem emprego formal ou sem nenhum tipo de ocupação no mercado de trabalho; dependentes das políticas sociais do Estado.

Face a essa implicação com a questão de gênero, vale registrar que, segundo Cássia Carloto e Silvana Mariano (2009), a política de assistência social brasileira identifica a família apenas pela mulher, desconsiderando o homem. Dessa forma, para as autoras, esta passa a ser considerada com base nas funções maternas, fixando e essencializando o sujeito mulher, o que se constitui em um sério entrave para uma sociedade democrática.

Nesse sentido, mais recentemente, iniciativas, como a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável lançada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015, já aqui mencionadas, que tem como objetivo primeiro da Agenda (Objetivo nº 1) a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, considera que a igualdade de gênero é essencial para alcançar este objetivo principal. Para a ONU a erradicação da pobreza é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável.

Contudo, tais objetivos, sobretudo a erradicação da pobreza, ainda que tomada sob um viés mais econômico, parecem quase que impossíveis de serem plenamente alcançados no contexto do sistema capitalista. Como já posto aqui, segundo Marilda Iamamoto (2001), a questão social tem seu berço no capitalismo, sendo parte integrante das relações sociais capitalistas e tomada como expressão ampliada das desigualdades sociais. Nessa perspectiva, a questão social se dá a partir de disputas

de interesses de classes, assim, enquanto houver estratificação da sociedade, haverá expressões da questão social, especialmente a sua expressão máxima, a pobreza.

Segundo Carmelita Yazbek (2001), a violência da pobreza é parte do cotidiano e a reprodução ampliada da questão social é a reprodução ampliada também das contradições sociais. A autora traz ainda que dentro dessa lógica surge a defesa de soluções privatistas para a questão social, envolvendo a família, numa perspectiva de política social residual, apenas para complementar o que não se alcançou via mercado, família ou comunidade. De acordo com Ivanete Boschetti (2016), essa perspectiva residual, com a transferência de responsabilidades públicas de proteção social para a família e a sociedade civil, é uma das tendências nos países de capitalismo periférico.

Para Boschetti, com a promoção de contrarreformas, o objetivo do Estado não é mais proteger a classe trabalhadora, mas sim limitar o aumento das despesas públicas por meio da restrição ou redução de direitos, como ocorreu com a Emenda Constitucional nº 95 que limita por 20 anos os gastos públicos. Conforme a autora, após a previdência social, a saúde pública tem sido o segundo alvo das contrarreformas e esta tem sido a realidade do sistema de proteção social brasileiro.

Ocorre que à época da epidemia de 2015, o Brasil enfrentava sua pior recessão econômica em décadas, além de um frágil e conturbado cenário político, que culminou no processo de impeachment da então presidenta da República, Dilma Rousseff, com importantes repercussões sociais. Assim, considerando que o contexto político e econômico em que o problema está inserido quando de seu surgimento influencia o processo de montagem da agenda, logo, toda essa conjuntura influenciou, pode-se dizer, negativamente, a agenda de enfrentamento à epidemia e seu pleno cumprimento. Dessa forma, diante desse cenário e com base em sua percepção e interpretação da realidade, as autoridades brasileiras tiveram que tomar decisões difíceis sobre a alocação de recursos, inclusive para o enfrentamento da epidemia.

Conforme já exposto, para Ichiro Kawachi e Bruce Kennedy (1997), não há como contestar que “a pobreza faz mal à saúde”. Segundo os autores, em geral, quanto menor o padrão de vida material (medido por indicadores como renda), pior é

a condição de saúde, o que tende a piorar face ao acirramento da concentração de riqueza no mundo. Eles afirmam que existem evidências de que a distribuição de renda em uma sociedade é importante para a saúde de sua população, e que, assim, mesmo uma discreta redução da desigualdade social pode ter um impacto significativo na saúde.

Kawachi e Kennedy trazem ainda que há estudos em que a má distribuição de renda já foi relacionada até mesmo à mortalidade infantil, homicídios e mortes por doenças cardiovasculares e neoplasias. Nesse sentido, o Nobel de Economia (2001), Joseph Stiglitz (2019), em palestra⁶⁸ proferida na Universidade de Montreal em 29/04/2019, frisou a necessidade da distribuição de renda em benefício da saúde, dando como exemplo o caso dos EUA, que vem sofrendo com o aumento de mortes por motivos sociais no país, bem como com a diminuição da expectativa de vida. Segundo Stiglitz, mesmo o país sendo um dos mais ricos do mundo, ele também possui uma das maiores taxas de desigualdades sociais, o que impacta negativamente a saúde de sua população. O Nobel, faz a defesa da saúde como direito humano básico.

Nesse sentido, o presente estudo encontrou uma correlação entre a incidência da epidemia de zika de 2015 e o indicador renda. Considerando que este é um dos principais elementos de mensuração da desigualdade social, tem-se que a epidemia tem uma relação com a desigualdade, sendo do tipo causa/consequência. A desigualdade social, por sua vez, possui uma relação de causa/consequência com o sistema capitalista, que rege as relações na sociedade brasileira. Como amplamente registrado na literatura, essa relação já foi identificada nos casos de outras epidemias e morbidades, como é o caso das epidemias de dengue no Brasil. Da mesma forma que a zika, a dengue é igualmente transmitida pelo *Aedes aegypti* e possui a mesma relação com a desigualdade social, conforme as pesquisas apresentadas.

Dessa forma, viu-se que os dados apresentados na pesquisa, reforçados pelos estudos aqui apresentados, corroboram a afirmação do campo da saúde pública de que a desigualdade social produz processos de adoecimento, tendo sido capaz de

⁶⁸ Disponível em: <<https://www.facebook.com/umontreal/videos/320721028616225/>>. Acesso em: 04/11/2019.

produzir a epidemia de zika vírus de 2015 no Brasil, considerando-se as contradições do sistema capitalista. Desse modo, tem-se a confirmação da hipótese levantada na presente pesquisa.

Finalmente, cabe aqui reforçar que dentro das amarras do sistema capitalista, a política social, mesmo que carente de aperfeiçoamentos, é ainda a principal ferramenta para a intervenção estatal, sobretudo nessa tragédia humanitária que foi a epidemia de zika de 2015. A pobreza e as demais expressões da questão social não podem ser consideradas problemas individuais e o Estado deve intervir em prol do elo mais fraco da relação contraditória entre o capital e o trabalho, a classe trabalhadora. O perfil das maiores vítimas da epidemia encontrado nos estudos aqui apresentados traz em si um universo de expressões da questão social, com vastas possibilidades de intervenção dentro da política social, com aspectos como étnico-racial, pobreza, gênero e formação/desenvolvimento regional a serem abordados, mas sempre tendo como horizonte a importância de que as respostas do Estado ao surto de zika venham a discutir a desigualdade social.

De acordo com a OMS (2010), “as desigualdades na organização da sociedade implicam que a liberdade para gozar de uma vida próspera e de boa saúde está distribuída de forma desigual dentro e entre sociedades” (OMS, 2010, p. 3). Para a Organização, a escala da desigualdade social no mundo é “simplesmente insuportável”.

Assim, é imperioso registrar os ensinamentos de Vicente Navarro (2007), no sentido de que “a luta por uma saúde melhor em qualquer país deve fazer parte [...] [de uma] luta mais ampla para construir um mundo melhor, enfatizando que outro mundo - baseado na solidariedade - é possível” (NAVARRO, 2007, p. 22), e de Florestan Fernandes (1975), que afirma que “a maioria silenciosa dos pobres não pode ser banida eternamente da história” (FERNANDES, 1975, p. 31). A desigualdade social já não mais cabe no mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMO, Laís. PERSPECTIVA DE GÊNERO E RAÇA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS. In: Mercado de Trabalho, p. 17 a 21. Brasília: IPEA, 2004.

ALI, Sofia et al. Environmental and Social Change Drive the Explosive Emergence of Zika Virus in the Americas. In: PLoS Neglected Tropical Diseases (11 (2): e0005135. doi:10.1371/journal.pntd.0005135). Raleigh: North Carolina State University, 2017.

ALVES, Gabriel. Por que a zika afetou mais o Nordeste? Uma toxina pode ser a explicação. Disponível em: <<https://cadeacura.blogfolha.uol.com.br/2019/09/03/por-que-a-zika-afetou-mais-o-nordeste-uma-toxina-pode-ser-a-explicacao/>>. Acesso em: 24/10/2019.

ALVES, Luciana Correia, CARMO, Roberto Luiz do, e JOHANSEN, Igor Cavallini. Desigualdade social intraurbana: implicações sobre a epidemia de dengue em Campinas, SP, em 2014. In: Cad. Metrop., São Paulo, v. 18, n. 36, pp. 421-440, jul 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-99962016000200421&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28/01/2020.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. Epidemias. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1987000100002&script=sci_arttext&tlng=es#>. Acesso em: 13/12/2018.

BOSCHETTI, Ivanete. Assistência Social e Trabalho no Capitalismo. São Paulo: Cortez, 2016.

BRASIL. ANEXO TÉCNICO I: INFORMAÇÕES SOBRE TODAS AS ÁREAS DE PLANEJAMENTO. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KjJZmq-iBwMJ:www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=ca>>. Acesso em: 14/05/2019.

_____. Boletim Epidemiológico Arboviroses nº 008/2016. Disponível em: <<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/site/Conteudo/Dados.aspx>>. Acesso em: 11/05/2019.

_____. Boletim Epidemiológico Vol. 47, Nº 1, 2016: Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil até a Semana Epidemiológica 51 de 2015. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/11/2015-053-para-substituir-na-p--gina.pdf>>. Acesso em: 09/04/2019.

_____. Boletim Epidemiológico Vol. 48, Nº 03, 2017: Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52 de 2016. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/06/2017-002-Monitoramento-dos-casos-de-dengue--febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-v--rus-Zika-ate-a-Semana-Epidemiologica-52--2016.pdf>>. Acesso em: 09/04/2019.

_____. Boletim Epidemiológico Vol. 49, Nº 02, 2018: Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52 de 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/23/Boletim-2018-001-Dengue.pdf>>. Acesso em: 19/08/2019.

_____. Boletim Epidemiológico Vol. 49, Nº 06, 2018: Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 52 de 2017. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/20/2018-003-Final.pdf>>. Acesso em: 29/10/2019.

_____. Boletim Epidemiológico Vol. 50, Nº 04, 2019: Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e doença aguda pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52 de 2018. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/2019-002.pdf>>. Acesso em: 19/08/2019.

_____. Boletim Epidemiológico Número Especial, nov. 2019: Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika - Situação Epidemiológica, ações desenvolvidas e desafios de 2015 a 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/05/be-sindrome-congenita-vfinal.pdf>>. Acesso em: 30/01/2020.

_____. Boletim Epidemiológico Vol. 50, Nº 13, 2019: Monitoramento dos casos de Arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, chikungunya e Zika) até a

Semana Epidemiológica 12 de 2019 e Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/30/2019-013-Monitoramento-dos-casos-de-arboviroses-urbanas-transmitidas-pelo-Aedes-publicacao.pdf>>. Acesso em: 19/08/2019.

_____. Boletim Epidemiológico Vol. 51, Nº 02, 2020: Monitoramento dos casos de Arboviroses urbanas transmitidas pelo *Aedes* (dengue, chikungunya e Zika) (SE 01 a 52 de 2019). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/20/Boletim-epidemiologico-SVS-02-1-.pdf>>. Acesso em: 30/01/2020.

_____. IBGE - ACRE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ac.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE - ALAGOAS. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/al.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE - AMAPÁ. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ap.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE - AMAZONAS. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE - BAHIA. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE - BRASIL. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2015_20160420.pdf>. Acesso em: 14/04/2019.

_____. IBGE - BRASIL. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2016.pdf>. Acesso em: 14/04/2019.

_____. IBGE - BRASIL. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2018.pdf>. Acesso em: 14/04/2019.

_____. IBGE - BRASIL. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>> e <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock>. Acesso em: 14/04/2019.

_____. IBGE – CEARÁ. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE – DISTRITO FEDERAL. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/df.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE – ESPÍRITO SANTO. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>>. Acesso em: 14/04/2019.

_____. IBGE – GOIÁS. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/go.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE – MARANHÃO. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE – MATO GROSSO. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mt.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE – MATO GROSSO DO SUL. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE – MINAS GERAIS. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE - PARÁ. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE – PARAÍBA. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE – PARANÁ. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>>. Acesso em: 14/04/2019.

_____. IBGE – PERNAMBUCO. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE – PIAUÍ. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pi.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em: 20/06/2019.

_____. IBGE – RIO DE JANEIRO. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/panorama>>. Acesso em: 14/04/2019.

_____. IBGE – RIO GRANDE DO NORTE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rn.html?>> e

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE – RIO GRANDE DO SUL. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs.html?>> e

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>>. Acesso em: 14/04/2019.

_____. IBGE - RONDÔNIA. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ro.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE - RORAIMA. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rr.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE – SANTA CATARINA. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>>. Acesso em: 14/04/2019.

_____. IBGE – SERGIPE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/se.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. IBGE – SÃO PAULO. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/panorama>>. Acesso em: 14/04/2019.

_____. IBGE - TOCANTINS. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/to.html?>> e <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/panorama>>. Acesso em: 13/04/2019.

_____. Informe Epidemiológico nº 57: Monitoramento dos Casos de Microcefalia no Brasil, Semana Epidemiológica 52 de 2016. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/12/Informe-Epidemiologico-n57-SE-52_2016-09jan2017.pdf>. Acesso em: 11/05/2019.

_____. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 06/09/2017.

_____. Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13301.htm>. Acesso em: 06/09/2017.

_____. LIRAA 2015. Disponível em: <<https://rededengue.fiocruz.br/numeros/34-liraa-aponta-199-municipios-em-situacao-de-risco-para-dengue>>. Acesso em: 13/05/2019.

_____. LIRAA 2016. Disponível em: <<http://saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/25/LIRAA-NACIONAL-2016.pdf>>. Acesso em: 28/10/2019.

_____. Número de Casos de Febre pelo Vírus Zika por mês, Município do Rio de Janeiro – 2016. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeConteudo?id=5953773>>. Acesso em: 14/05/2019.

_____. Plano Nacional de Enfrentamento. Disponível em: <<http://combateaedes.saude.gov.br/pt/plano-nacional>>. Acesso em: 07/02/2019.

_____. Plano Nacional de Saneamento Básico. Disponível em: <http://www.cecol.fsp.usp.br/dcms/uploads/arquivos/1446465969_Brasil-PlanoNacionalDeSaneamentoB%C3%A1sico-2013.pdf>. Acesso em: 03/02/2019.

_____. Portal Brasil em síntese – Angra dos Reis. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/angra-dos-reis/panorama>>. Acesso em: 14/05/2019.

_____. Portal Brasil em síntese – Cuiabá. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/cuiaba/panorama>>. Acesso em: 21/05/2019.

_____. Portal Brasil em síntese – Mangaratiba. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/mangaratiba/panorama>>. Acesso em: 14/05/2019.

_____. Portal Brasil em síntese – Nova Mutum. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/nova-mutum/panorama>>. Acesso em: 21/05/2019.

_____. Portal Brasil em síntese – Paraty. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/paraty/panorama>>. Acesso em: 14/05/2019.

_____. Portal Brasil em síntese – Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>>. Acesso em: 14/05/2019.

_____. Resolução nº 12, de 26 de janeiro de 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=38&data=27/01/2017>>. Acesso em: 18/07/2019.

_____. Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf>. Acesso em: 06/11/2019.

BRONZO, Carla e FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Determinação social da saúde e política (Capítulo 2). In: Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Organizador - Roberto Passos Nogueira. Coleção Pensar em Saúde. p. 37-59. Cebes: Rio de Janeiro, 2010. ISBN 978-85-88422-13-1.

CARLOTO, Cássia Maria; e MARIANO, Silvana Aparecida. GÊNERO E COMBATE À POBREZA: PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA. In: Revista Estudos Feministas, p. 901-908, 17(3): 312. Florianópolis: setembro-dezembro/2009.

CARVALHO, Antônio Ivo de; e BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, p. 141-166. 2009

CASTIEL, Luis David. Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso (Capítulo 8). In: Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Organizador - Roberto Passos Nogueira. Coleção Pensar em Saúde. p. 161-179. Cebes: Rio de Janeiro, 2010. ISBN 978-85-88422-13-1.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. Saneamento Básico: uma agenda regulatória e institucional. In: Propostas da indústria eleições 2018, v. 24, 56 p. Brasília: CNI, 2018. Disponível em: <<http://www.tratabrasil.org.br/uploads/saneamento-basico-web.pdf>>. Acesso em: 06/11/2019.

DANTAS, Amanda. 'Tragédia da Hemodiálise' que deixou quase 60 mortos completa 20 anos. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pe/caruaru-regiao/noticia/2016/02/tragedia-da-hemodialise-que-deixou-quase-60-mortos-completa-20-anos.html>>. Acesso em: 22/10/2019.

D'ELIA, Rafaela. Estudo identifica fator ambiental evitável que intensificou efeitos da zika, como microcefalia. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/estudo-identifica-fator-ambiental-evitavel-que-intensificou-efeitos-da-zika-como-microcefalia-23922891>>. Acesso em: 22/10/2019.

DINIZ, Débora. Zika: do sertão nordestino à ameaça global. 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

_____. Zika em Alagoas: a urgência de direitos. 84 p. Brasília: Letras livres, 2017.

FALEIROS, Vicente de Paula. O que é política social. Coleção Primeiros Passos. 4ª ed. Brasília: Brasiliense, 1990.

FAVORETTO, Silvana et al. First detection of Zika virus in neotropical primates in Brazil: a possible new reservoir. Disponível em: <<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/049395v1.full>>. Acesso em: 07/08/2019.

FERNANDES, Florestan. A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica. 5 ed. Globo: São Paulo, 2006.

_____. Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

FERREIRA, Maria Angela Fernandes, e LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. In: Ciência & Saúde Coletiva, 17(9), pp. 2523-2531, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900032&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28/01/2020.

FURTADO, Celso. Formação econômica do Brasil. 34ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

HARVEY, David. A produção capitalista do espaço. São Paulo: Annablume, 2005.

_____. Neoliberalismo: História e Implicações. São Paulo: Loyola, 2008.

_____. O novo imperialismo. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

_____. TEORIA DO DESENVOLVIMENTO GEOGRÁFICO DESIGUAL. Spaces of global capitalism: towards a theory of uneven geographical development. Verso: London/New York, 2006.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. Política pública: seus ciclos e subsistemas—uma abordagem integral. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IAMAMOTO, Marilda. A questão social no capitalismo. In: Temporalis, Ano 2, nº 3 (jan-jun/2001), p. 09-32. Brasília: ABEPSS/Graflines, 2001.

_____. Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil. In: BOSCHETTI et al. (org.) Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas, p. 13-43. São Paulo: Cortes, 2008.

INSTITUTO RIO. Sobre a Zona Oeste. Disponível em: <http://www.institutorio.org.br/sobre_a_zona_oeste>. Acesso em: 14/05/2019.

KAWACHI, Ichiro, e KENNEDY, Bruce P. Health and social cohesion: why care about income inequality? In: British Medical Journal (BMJ), Vol. 314, No. 7086, pp. 1037-1040. Londres: BMJ, 5 de abril de 1997.

LABOISSIÈRE, Paula. Municípios são obrigados a fazer levantamento de infestação por Aedes Aegypti. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-01/municipios-passam-ser-obrigados-fazer-levantamento-de-infestacao-por-aedes>>. Acesso em: 18/07/2019.

MARMOT, Michael. Social determinants of health inequalities. In: The Lancet, Vol. 365, pp. 1099-1104. Londres: Elsevier, 19 de março de 2005.

MARX, Karl. O capital: crítica da economia política. Livro I, vol. II. 29ª ed. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (organizadora); DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MIOTO, Regina Célia. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. In: Serv. Soc. Rev., v. 12, nº 2, p. 163-176. Londrina: jan./jun. 2010.

MOREIRA, Martha C. N. et al. Emergência e permanência da epidemia do vírus Zika: uma agenda que conecta pesquisa e política. In: Cadernos de Saúde Pública (34(8):e00075718). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-Fiocruz, 2018.

NAVARRO, Vicente. Neoliberalism as a class ideology; Or, The political causes of the growth of inequalities. In: Neoliberalization, globalization, and inequalities: consequences for health and quality of life. Editado por Vicente Navarro. Baywood Publishing Company, Inc.: Amityville/NY, 2007.

_____. The world health situation. In: Neoliberalization, globalization, and inequalities: consequences for health and quality of life. Editado por Vicente Navarro. Baywood Publishing Company, Inc.: Amityville/NY, 2007.

NAVARRO, Vicente, e SHI, Leiyu. The political context of social inequalities and health. In: Social Science and Medicine, vol. 52, pp 481-491. Amsterdã: Elsevier, 2001.

NERI, Marcelo e SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento), pp. 77-87, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2002.v18suppl0/S77-S87/pt/#>>. Acesso em: 28/01/2020.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: Temporalis, Ano 2, nº 3 (jan-jun/2001), p. 41 a 50. Brasília: ABEPSS/Grafline, 2001.

OLIVEIRA, Evangelina X. G. de, TRAVASSOS, Claudia, e VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. In: Ciência & Saúde Coletiva, 11(4), pp. 975-986, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2006.v11n4/975-986/es/#>>. Acesso em: 28/01/2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). OBJETIVO 1. Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/ods5/>>. Acesso em: 04/06/2018.

_____. OBJETIVO 5. Igualdade de gênero. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/ods5/>>. Acesso em: 04/06/2018.

_____. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 22/04/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final da comissão para os determinantes sociais da saúde. Tradução: João Conceição e Silva. Genebra: OMS, 2010.

_____. The social determinants of health: The solid facts. 2ª ed. Editado por Richard Wilkinson e Michael Marmot. Copenhague: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Zika - Epidemiological Report Brazil. Washington: OPAS/OMS, setembro de 2017.

PEREIRA, Éverton Luís et al. Perfil da demanda e dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC) concedidos a crianças com diagnóstico de microcefalia no Brasil. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11), p. 3557-3566. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco): Rio de Janeiro, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172211.22182017.

PEREIRA, Potyara A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, I. et al. (Orgs.). *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*, p. 87-107. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Questão social, Serviço Social e direitos de cidadania. In: *Temporalis*, Ano 2, nº 3 (jan-jun/2001), p. 51 a 62. Brasília: ABEPSS/Grafline, 2001.

PORTAL G1. Estudo aponta que bactéria presente na água agrava casos de microcefalia causados pela zika. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pe/caruaru->

regiao/noticia/2019/09/04/estudo-aponta-que-bacteria-presente-na-agua-agrava-casos-de-microcefalia-causados-pela-zika.ghtml>. Acesso em: 22/10/2019.

PRADO JR, Caio. Formação do Brasil contemporâneo (colônia). 6 ed. Brasiliense: Brasília, 1961.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/IDH/undp-br-macrorregioesbrasileiras-2016.pdf>>. Acesso em: 28/05/2018.

_____. Ranking IDH Global 2014. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idh-global.html>>. Acesso em: 14/04/2019.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD) e INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES (IFRC). UMA AVALIAÇÃO DO IMPACTO SOCIOECONÔMICO DO VÍRUS ZIKA NA AMÉRICA LATINA E CARIBE: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso. Nova Iorque: PNUD, 2017.

SANTOS, Francieli Lunelli. A história da talidomida no Brasil e a trajetória para conquista de direitos das pessoas com a Síndrome teratogênica. Disponível em: <<http://tede2.uepg.br/jspui/handle/prefix/2530>>. Acesso em: 07/12/2018.

SANTOS, Josiane Santos. “Questão Social”, particularidades no Brasil. Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social. Vol. 6. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVEIRA, Bruna Drumond. Dengue e desigualdades socioespaciais no Distrito Federal, Brasil. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/19243>>. Acesso em: 28/01/2020.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza; ROCHA, Maria Solange Guerra; HEAD, Judith Frances; CASIMIRO, Isabel Maria Alçada Padez Cortesão. A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802014000200196&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 13/12/2018.

WORLD BANK. DataBank - World Development Indicators. Disponível em: <<https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&series=SI.POV.GINI&country=BRA>>. Acesso em: 14/04/2019.

WURTH, Margaret; BIEBER, João; e KLASING, Amanda. Esquecidas e desprotegidas: o impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no Nordeste do Brasil. Human Rights Watch. Disponível em: <<https://www.hrw.org/pt/report/2017/07/12/306265>>. Acesso em: 04/09/2017.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. In: Temporalis, Ano 2, nº 3 (jan-jun/2001), p. 33 a 40. Brasília: ABEPSS/Grafline, 2001.