

# O atendimento socioassistencial às crianças nascidas com microcefalia em um município de grande porte no interior do Estado de São Paulo

*The social assistance care for children born with microcephaly in a large municipality in the interior of the State of São Paulo*

Bruna da Silva Ferreira <sup>1</sup>  
Elisa Arantes Táparo <sup>2</sup>  
Kelli Cristina da Silva <sup>3</sup>  
Livia Marinho de Moura <sup>4</sup>  
Cleide Henrique Avelino <sup>5</sup>

## RESUMO

A microcefalia é caracterizada pelo recém-nascido possuir um perímetro cefálico menor do que o normal. Assim, compreende-se que uma criança diagnosticada com microcefalia tem direito ao Benefício de Prestação Continuada – BPC, desta forma, entende-se que seja importante compreender qual é a relevância da rede de proteção socioassistencial, assim como a política de Seguridade Social nos três âmbitos: Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Através da pesquisa de campo realizada com uma profissional Assistente Social e oito mães de crianças nascidas com microcefalia, buscou-se entender como é o trabalho profissional da rede de serviços socioassistenciais, bem como o acompanhamento dessas famílias, mediante as expressões da questão social em que estão inseridas.

**Palavras Chave:** Crianças, Microcefalia, Proteção, Rede, Socioassistencial.

## ABSTRACT

Microcephaly is characterized by the new born having a cefalic perimeter smaller than the normal. Therefore, it is comprehended that a child that has been diagnosed with microcephaly has the right to the Benefic of Continued Service – BCS, thus, it is understood that it's important to comprehend what is the relevance of the social assistance network, as well as Social Security policy in the three areas: Health, Social Security and Social Assistance. Through the field research held with a professional social assistant and eigh mother of children born with microcephaly, it was sought to understand how is done the professional work of the social assistance network, as well as the monitoring of these families, through the expressions of the social question that are inserted.

**Keywords:** Children, Microcephaly, Protection, Network, Social Assistance.

## Introdução

A microcefalia é caracterizada pelo recém-nascido possuir um crânio pequeno de forma congênita. Ainda que sua definição não esteja de modo padronizado, ela já é conhecida pelo Perímetro Cefálico – PC.

<sup>1</sup> Acadêmica do 8º termo do curso de Serviço Social do Centro Universitário Católico Salesiano Auxílium – UniSalesiano Campus Araçatuba.

<sup>2</sup> Acadêmica do 8º termo do curso de Serviço Social do Centro Universitário Católica Salesiano Auxílium – UniSalesiano Campus Araçatuba.

<sup>3</sup> Acadêmica do 8º termo do curso de Serviço Social do Centro Universitário Católica Salesiano Auxílium – UniSalesiano Campus Araçatuba.

<sup>4</sup> Assistente Social; Doutora em Serviço Social; Docente do Centro Universitário Católica Salesiano Auxílium - UniSalesiano Campus Araçatuba.

<sup>5</sup> Contadora; Especialização em Contabilidade, Administração e Finanças; Docente do Centro Universitário Católica Salesiano Auxílium- UniSalesiano Campus Araçatuba.

No ano de 2016, foi observado um aumento inesperado no nascimento de crianças com microcefalia em um município de grande porte no interior do Estado de São Paulo, fato que despertou o interesse pelo tema.

Ao identificar todas as demandas, nesse caso da microcefalia, procurou-se entender como é o atendimento socioassistencial às crianças com microcefalia de um determinado município através da delimitação: o atendimento socioassistencial às crianças nascidas com microcefalia em um município de grande porte no interior do Estado de São Paulo.

Buscou-se através do objetivo principal, compreender de que maneira se realiza o atendimento socioassistencial às crianças que nasceram com microcefalia e através dos objetivos secundários procurou-se contextualizar a saúde e o seu impacto na sociedade no Brasil e, dessa forma, apresentar a rede de proteção socioassistencial e identificar o papel do assistente social em meio às políticas públicas junto às famílias das crianças com microcefalia.

Como hipótese, supõe-se que o trabalho do assistente social pode contribuir com a prevenção e diminuição da doença, considerando que suas atribuições estão diretamente relacionadas com as expressões da questão social, procurou-se compreender se existe contribuição do profissional assistente social e qual é o seu papel mediante essa demanda, uma vez que as expressões da questão social compreendem o seu ambiente de trabalho e o seu campo para intervenção profissional.

Mediante a todas essas questões, analisou-se qual a relação da microcefalia com o contexto sócio, político, econômico e cultural em que a criança está inserida, uma vez que, principalmente a falta de saneamento básico, pode ser um fator que impulsiona o desenvolvimento de epidemias, como no caso da pesquisa, a microcefalia.

A Pesquisa de Campo foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde de um município de grande porte no interior do Estado de São Paulo na qual fizeram parte, uma assistente social da Secretaria Municipal de Saúde do município pesquisado e

também oito mães de crianças nascidas com microcefalia no mesmo município, e que são acompanhadas pela Secretaria Municipal de Saúde desta cidade, com Projeto de Pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP, Parecer nº 2.226.084.

Os instrumentos utilizados para a investigação a campo foram dois questionários, aplicados por meio de inquérito pessoal, um contendo vinte perguntas, destinado à profissional assistente social e outro englobando vinte e uma perguntas feitas às mães das crianças nascidas com microcefalia do município pesquisado.

### **Contextualização da Saúde no Brasil**

Em se tratando de Saúde no Brasil é de fundamental importância falar sobre o Movimento Europeu de Medicina Social do século XIX, em que Da Ros utiliza o texto do pensador Engels que descreve sobre a situação da classe trabalhadora na Inglaterra, o qual discorre sobre os locais em que as pessoas dormiam, dizendo que eram um amontoado de gente em um local mínimo, onde ali ficavam homens, mulheres, idosos, crianças, cobertos por pedaços de pano e palhas. Além disso, ele relata que as residências não possuíam móveis, pois, devido as crises e desemprego, as famílias acabavam vendendo-os para comprar alimentos e remédios (DA ROS, 2006).

A classe operária vivia em uma conjuntura espantosa e acabava sendo vítima de doenças, alcoolismo, tendo má alimentação, falta de assistência médica, acidentes de trabalho, deformações decorrentes do trabalho, além da exploração de homens, mulheres e crianças. Desta forma, Engels dizia que as cidades acabavam sendo o espaço físico e social das questões mais revoltantes e desagradáveis da exploração capitalista.

Neste contexto, alastravam-se as epidemias e os médicos eram acionados para tentar deter as mortes. A partir dessa situação, evidenciou-se que as questões socioeconômicas também eram determinantes para interferir na saúde e, dessa forma, uma proposta de mudar o método de produção era fundamental para alterar o processo de saúde doença da população.

Em 1847, Virchow e Neumann, dois dos elaboradores do Movimento de Medicina Social na Prússia, conseguiram a aprovação da Lei de Saúde Pública prussiana, que de forma resumida, seria a saúde, direito de todos, dever do Estado.

O Movimento explica o processo de saúde doença como social: *mudem-se as condições da sociedade que acabam as epidemias e transforma-se o perfil das patologias* (DA ROS, 2006, p.48).

No ano de 1976, houve um encontro com todos os movimentos em São Paulo, onde reconheceram que, ideologicamente, pertenciam a um mesmo movimento, nascendo assim, o Movimento pela Reforma Sanitária (DA ROS, 2006).

A Reforma Sanitária foi um movimento que surgiu em meio à luta contra a ditadura militar, levando como tema Saúde e Democracia, contando com as universidades, movimentos sindicais e outros. O intuito não era de querer mudar só o sistema da saúde, mas todo o setor, melhorando a qualidade de vida da população.

Buscava-se reformas que alcançassem novas bases para a saúde no Brasil e que marcassem o surgimento de um projeto novo, no qual tivesse uma perspectiva de alcançar a proteção social por meio de uma reforma no Estado. Esta reforma assumia então, um caráter inovador, com práticas de políticas alternativas, voltadas na luta pela democratização e na formulação de um projeto direcionado à ampliação do direito à saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

É importante ressaltar que o movimento popular foi o grupo de maior importância para que a reforma tivesse repercussão e de fato acontecesse, deixando um legado de caráter majoritariamente positivo no qual se nota que, hoje, a saúde é um direito social e dever do Estado.

A Constituição Brasileira de 1988 veio para reafirmar isso, formando um Sistema Único de Saúde, tendo como propósito: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e controle social.

Para que o SUS começasse a funcionar, era preciso criar uma série de normas e leis para legalizar sua operacionalização e para isso, em 1992, realiza-se a 9ª Conferência Nacional de Saúde.

## **Epidemias**

Entender o conceito de epidemia é importante, uma vez que as pessoas não percebem a gravidade que as doenças transmissíveis provocam. Mas, quando ela se espalha de uma forma aparentemente sem controle, não se trata apenas de corpos individuais, mas do corpo coletivo, estando diante de uma situação nova e apavorante, capaz de levar ao caos as cidades, regiões e países. É por isso que as epidemias ficaram registradas na história.

Ao longo da história, as grandes epidemias, bactérias, vírus e outros micro-organismos já causaram estragos tão grandes à humanidade quanto as mais terríveis guerras, terremotos e erupções de vulcões (UJVARI, 2003).

Atualmente, a população brasileira ainda sofre com os impactos de endemias e epidemias, algumas delas, que já havia sido controladas, retornaram com mais intensidade, como ocorre com a dengue e a tuberculose.

### **Zika Vírus relacionado à Microcefalia**

O Zika Vírus teve sua descoberta recentemente no Brasil, porém, na atualidade o Brasil é o país com o maior índice de infecções notificadas pelo vírus. A infecção acontece por picada de mosquitos tendo como gênero, o *Aedes*. Em 80% dos casos não se apresentam sintomas de nenhuma doença, dessa forma, o diagnóstico é feito comumente pelas pessoas infectadas, o que faz com que a maioria delas, não busque os serviços de saúde.

O Ministério da Saúde fez uma estimativa para os casos de infecções pelo Zika Vírus, e no Brasil em 2015, ficou entre 497.593 a 1.482.701 casos assemelhados ao da dengue e da *chikungunya*, que se manifestam através de febre, dores de cabeça, dores nas articulações e nos músculos, conjuntivite sem a formação de pus e vermelhidão na pele, possível ou não de feridas. Estes sintomas dificultam o diagnóstico diferencial.

Além do contágio pelo mosquito, infecções pelo *Zika Vírus* também ocorrem por transmissão intrauterina, resultando em infecção congênita, durante o parto por mães que ainda possuem o vírus no sangue, via sexual, por transfusão sanguínea e exposição em laboratório. Há também o medo de que uma transmissão por transplante de tecido ou órgão possa acontecer. Apesar de o Zika também ter sido achado no leite materno, esse tipo de contaminação não foi documentado (MENEZES *et al.* 2016).

Entretanto, por ser uma doença que teve sua ocorrência recentemente no Brasil, ainda não há muitos estudos que comprovem a relação do Zika Vírus com a microcefalia. O Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika (2015), reconhecido pelo Ministério da Saúde, constatou que os meses iniciais de gestação das mulheres com bebês microcefálicos, corresponderam ao maior período de movimentação do Zika Vírus pela região

Nordeste do Brasil, o que se sabe também é que esta é a região mais pobre do país. Grande parte dessa população sofre com a falta de políticas públicas, saneamento básico, saúde, educação, infraestrutura, entre outros (MENEZES *et al.* 2016).

De outubro de 2015 até o dia 06 de janeiro de 2016, o número de infecções pelo Zika Vírus tendo como consequência a microcefalia, foi de 4.783 casos em 21 estados do Brasil, tendo uma estimativa de 20/10000 nascidos vivos, taxa essa 20 vezes maior do que a dos anos anteriores, com a inclusão de 76 mortes neonatais (MENEZES *et al.* 2016).

As formas para proteção do Zika Vírus são, segundo o Ministério da Saúde, manter portas e janelas fechadas ou com proteção de telas, manter o uso de calça e camisa de manga comprida como também utilizar repelentes. Entretanto, a estratégia para controle desse vetor é muito mais ampla, exigindo contribuição coletiva, universal e intersetorial (HENRIQUES; DUARTE; GARCIA, 2016).

A erradicação dos criadouros do mosquito *Aedes aegypti* é algo complexo nas cidades do Brasil, uma vez que existem locais em condições precárias, tanto nas residências quanto ao redor das mesmas, saneamento impróprio e coleta de lixo que ocorre de forma irregular.

Não basta procurar a eliminação temporária de criadouros de mosquitos, até mesmo porque desta maneira, não se tem a sustentabilidade. A aplicação de larvicidas e inseticidas também não é sustentável, e traz implicações tanto para a saúde da população como também para o meio ambiente. As ações devem ser efetivas nas áreas de educação, moradia, saneamento básico, resíduos sólidos, urbanismo, entre outros.

Segundo dados do Censo Demográfico 2010, mais de 7 milhões de residências no Brasil (13%) não tinham seus lixos coletados e quase 10 milhões de residências (17%) não eram fornecidas por rede geral de distribuição de água. E até 2011, cerca de 71,8% das cidades brasileiras ainda não possuíam uma política municipal de saneamento básico, totalizando cerca de 3.995 cidades que não aderiram a Lei Nacional de Saneamento Básico, aprovada em 2007, sendo que a maioria (cerca de 60,5%) não tinha acompanhamento algum quanto às licenças de esgotamento sanitário, relacionadas à drenagem e manejo de águas pluviais urbanas e também quanto ao abastecimento de água. Quase a metade (47,8%) não possuía um órgão

que fosse responsável pela fiscalização da qualidade da água que chegava até a população (HENRIQUES; DUARTE; GARCIA, 2016).

O alastramento da epidemia de microcefalia faz um alerta para as necessidades urgentes de investimentos que tragam efeitos positivos voltados à melhoria das condições de vida do povo brasileiro, principalmente da população urbana.

### **Contextualizando a pesquisa e seus participantes**

A presente Pesquisa de Campo foi desenvolvida na Secretaria Municipal de Saúde, de uma cidade de grande porte do interior do estado de São Paulo no ano de 2017.

A coleta de dados foi realizada no setor Serviço de Atendimento Especializado – SAE, também denominado Ambulatório DST/AIDS, é um dos departamentos que compõem os serviços ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde desta cidade.

Participaram como sujeitos dessa investigação, oitos mães que tiveram os filhos nascidos com microcefalia e um profissional assistente social que atende essas famílias através do SAE.

Foi realizado um levantamento através de entrevista em forma de questionários, sendo um deles direcionado às mães das crianças que nasceram com microcefalia, contendo no questionário 21 questões, e o outro, ao profissional assistente social com 20 questões.

O método utilizado para a obtenção das respostas esperadas pela pesquisa de campo foram as questões abertas, para que pudesse deixar os entrevistados à vontade quanto a resposta e análise das perguntas apresentadas.

A pesquisa foi realizada com abordagem qualitativa, que pode ser entendida como sendo um processo de reflexão e análise da realidade através da utilização de métodos e técnicas para compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico.

A avaliação da pesquisa não se limitou às respostas obtidas no decorrer do questionário, buscou-se também a utilização da observação participante, considerando a prática profissional como um todo, sobretudo, as vantagens e desafios que o espaço institucional proporciona ao profissional e as mães atendidas.

Crianças com microcefalia apresentam dificuldades no desenvolvimento, podendo manifestar malformações do sistema nervoso central, diminuição do oxigênio para o cérebro fetal, desnutrição grave na gestação, fenilcetonúria materna<sup>1</sup>, oportunizando déficit intelectual, atraso nas funções motoras e de fala, distorções faciais, nanismo ou baixa estatura, hiperatividade, epilepsia, dificuldades de coordenação e equilíbrio e alterações neurológicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

### **Estudo dos questionários com as mães**

Para que o mínimo de cuidado seja garantido, essas mães acabam saindo dos campos de trabalho, a renda da família passa a ser somente do esposo, muitas vezes insuficiente e, quando buscam ter acesso a um direito garantido em lei, o BPC, o mesmo é negado por não se enquadrar nos critérios de renda. Ou seja, tem-se o dinheiro além do permitido para ter acesso ao mínimo, e quase nenhum dinheiro para conseguir sobreviver e garantir o desenvolvimento dos seus filhos. Isso pode ser observado na maioria das mães partícipes da pesquisa, identificada pelas iniciais de seus nomes:

- a) Estou desempregada, precisei parar de trabalhar para cuidar da minha filha (E.A, 24 anos);*
- b) Precisei sair do meu emprego, a creche não quis receber a minha filha (P.S, 21 anos);*
- c) Não tem como voltar a trabalhar, não tem ninguém para cuidar da minha filha (C.A, 18 anos);*
- d) Precisei abandonar tudo para cuidar da minha filha, ela requer cuidado em tempo integral (E.S, 33 anos);*
- e) Meu filho precisa de cuidados o tempo todo, não posso ficar fora, por isso tive que sair do meu emprego. Hoje faço bico quando aparece, costuro sapato em casa (F.F, 27 anos);*
- f) Minha filha tem convulsões, precisa de atenção o tempo todo, parei a minha vida, abandonei o emprego (F.R, 23 anos).*

Além da situação financeira que essas famílias se encontram, foi possível notar que a reação da maioria das mães e de membros da família, ao saberem que a criança havia nascido com microcefalia, foi de grande complexidade e dificuldades, em um primeiro momento. Na maioria dos relatos, foram apontadas reações de choque e susto.

---

FENILCETONÚRIA MATERNA: é quando existe o excesso de fenilalanina, aminoácido essencial ao ser humano, causando danos ao embrião e ao feto.

Observou-se também episódios complexos acarretados a partir dessa descoberta da deficiência do filho, nos quais uma mãe relata que teve depressão e, a outra, dificuldade de aceitação, vindo a rejeitar a criança, como é o caso da mãe do gemelar:

*a) Tive depressão após o nascimento do meu filho, hoje faço uso de medicamentos contínuos e preciso da ajuda de minha mãe para cuidar dele. Os medicamentos que eu tomo são fortes e na maioria do tempo sinto muita moleza e sonolência. Meu marido no início teve dificuldade de aceitar que temos um filho deficiente, mas hoje ele lida bem com essa situação e graças a ele e minha mãe, que também tem depressão, mas nunca tratou, são eles que me ajudam, no momento cuidam não só do nosso filho, mas também de mim. Eu me desligo as vezes, minha mãe precisa estar perto para que eu não deixe meu filho cair dos meus braços (B.P, 22 anos).*

*b) Difícil, eu não quis ver os bebês, tive alta e vim para casa e eles ficaram lá, meu marido que ficou com eles enquanto eles permaneceram internados para ganhar peso. Voltei depois porque precisava amamentá-los, meu esposo aceitou melhor, e até hoje quem troca, dá banho, faz a alimentação dela, é ele (E.A, 24 anos).*

O acompanhamento multiprofissional é de suma importância, tanto para a criança quanto para a família, uma vez que ele busca a promoção da melhor qualidade de vida dos usuários. Todas as crianças que foram pesquisadas são acompanhadas por algum Centro de Reabilitação em que se faz presente uma equipe multiprofissional formada por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neuropediatra, nutricionista, psicólogo, entre outros.

Geralmente são acompanhadas pela APAE do município pesquisado e pela APAE de um município vizinho, como também pelo Hospital Neurológico Ritinha Prates de um município vizinho. Contudo, uma das mães deixou de levar sua filha em um desses atendimentos, por haver percebido que sempre a buscava roxa:

*Na APAE ela fazia terapia ocupacional, mas eu buscava ela sempre roxinha e daí não deixei mais fazer. Ritinha Prates do município vizinho não quis atender, ficaram com medo. Minha vizinha paga um convênio de R\$258,00 reais, mas disse que vai precisar parar porque está sem condições de manter (E. A, 24 anos).*

Nota-se que embora exista um local destinado para reabilitação física, mental, intelectual, ainda se encontra profissionais impossibilitados de lidar com a demanda, muitas vezes por falta de investimento do poder público em cursos de aperfeiçoamento, por não existir o número necessário de técnicos, dentre outros motivos que acaba por privar o desenvolvimento mental, psíquico e motor das crianças que precisam.

## **Estudo do questionário com a Assistente Social**

Ao aplicar o questionário com a profissional Assistente Social, muitas questões foram levantadas para uma possível compreensão da maneira com a qual se realiza o atendimento socioassistencial às crianças nascidas com microcefalia e qual é o papel do Assistente Social em meio às políticas públicas junto a essas famílias.

Desta forma, procurou-se entender como se dava o trabalho no processo de intervenção com as famílias dessas crianças nascidas com microcefalia e segundo a profissional, também indicada pelas iniciais de seu nome:

*O assistente social atende a paciente, identifica suas demandas, geralmente necessitam de que seja requerido o BPC, às vezes pode ser auxílio doença, quando a mãe é segurada do INSS. Há em alguns casos, a necessidade de auxílios como leites, implementos e fraldas. Inclusão em programas sociais quando se enquadram nos critérios, encaminhamentos e agendamento em centros especializados de reabilitação, exames complementares, médicos especialistas, medicações específicas, orientação e apoio à família frente à esta situação por se ter uma criança especial e outras (R. V, 48 anos).*

Nota-se um equívoco na fala da Assistente Social, quando a mesma diz sobre a possibilidade de ser concedido o auxílio doença para a mãe da criança, pois o mesmo só é concedido àquele que sofre a patologia e que seja segurado pelo INSS, ou seja, a própria criança. Entretanto, o trabalho formal, com registro em carteira, só é autorizado a partir dos 18 anos, inviabilizando a possibilidade da mesma recebê-lo e por ser intransferível, fica inconcebível de o responsável obter.

## **Análise da pesquisa de campo**

Mediante aos dados obtidos tanto das mães de crianças com microcefalia quanto da profissional assistente social, evidenciou-se o quanto as políticas ainda precisam avançar em nosso país, uma vez que crianças com microcefalia são pessoas com deficiência e tem o direito de receber o Benefício de Prestação Continuada, benefício este que deve ser viabilizado pela política de Assistência Social.

A Assistência Social é uma política pública, que em lei é garantido o acesso às pessoas que precisarem dela, contudo na prática não é exatamente desta forma que acontece, pois grande parte das mães das crianças com microcefalia, portanto pessoas com deficiência, tiveram seu benefício negado, mesmo necessitando do mesmo. É claro que para ter o acesso é necessário cumprir determinados requisitos

e o principal é a renda, não devendo passar de um quarto do salário mínimo *per capita*.

Contudo, entende-se que por mais que exista alguma renda na família, o benefício deveria ser concedido, uma vez que, além de ser direito da criança, muitas vezes a renda existente é insuficiente para cobrir os gastos da casa e das demandas que passam a existir da criança com microcefalia.

Para que este benefício seja concedido, os usuários acabam recorrendo ao poder judiciário e até que o mesmo seja outorgado e seu direito garantido, a família sobrevive muitas vezes de doações, ajudas de amigos, familiares e a proteção assegurada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, em seu artigo 3º e 4º, deixa de ser efetiva:

*Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.*  
*Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.*

A precarização dos serviços públicos é outro fator que tem sido impactante na não viabilização de direitos das pessoas. Ainda quando algumas mães de crianças com microcefalia relatam que buscam alternativas nos serviços privados, mesmo que seja via terceiros, o Estado tem por obrigação, fornecer o atendimento digno e de qualidade para todas as pessoas que necessitam, por exemplo, via Sistema Único de Saúde – SUS quando se trata de saúde.

Nos dias atuais, o que acontece é a falta de investimentos no sentido do fortalecimento das parcerias existentes e da articulação entre políticas públicas. Quando o SUS não fornece o atendimento que a pessoa precisa, ele é obrigado a arcar com todas as despesas do indivíduo por outro meio de atendimento que na maioria das vezes é o atendimento privado. Por outro lado, esse tipo de informação não chega até as pessoas, pois a falta de socialização de informações dificilmente existe.

Entende-se que, se no Brasil os serviços públicos funcionassem tão efetivamente quanto é a proposta, dificilmente as pessoas procurariam alternativas

privadas. Entretanto, vivencia-se em nosso país, um momento extremamente difícil, principalmente para as políticas públicas que na atual conjuntura política, corta-se investimentos sociais e isso implica diretamente na vida social e econômica dos trabalhadores.

A falta de investimentos do Estado em política de habitação, por exemplo, dificulta a vida daqueles que precisam de moradia, pois essas pessoas precisam buscar outras alternativas, como por exemplo, o financiamento ou o aluguel de casas ou apartamentos, e muitas vezes nem mesmo conseguem manter as prestações, como previstas nos contratos que não estejam inseridos nessas políticas.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) quatro em cada dez domicílios do Brasil, não têm saneamento básico. O abastecimento de água potável, a rede coletora de esgoto e a coleta de lixo direta, são serviços que não são presentes em 37,4% dos domicílios brasileiros.

Os dados divulgados na Síntese dos Indicadores Sociais, apresentada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, confirmou que os brasileiros de menor renda são os que mais sofrem com a falta de saneamento. Entre aqueles que vivem com menos de meio salário mínimo, apenas 41,3% contam com os serviços simultâneos de água, esgoto e lixo. A falta de saneamento básico e de suporte para as famílias necessitadas, também é um grande fator que faz com que as pessoas não tenham melhor qualidade de vida e conseqüentemente contraíam doenças.

A carência de investimentos socioassistenciais implica de forma direta nos serviços realizados por Assistentes Sociais, uma vez que a cada dia surgem situações diversas e que o profissional precisa estar preparado para lidar com cada uma delas. A falta de capacitação dos profissionais acarreta a precarização e o sucateamento do seu trabalho e a insuficiência de esclarecimento e divulgação para a população quanto aos seus direitos socioassistenciais, dificultando assim o acesso da população desde uma simples informação até seus direitos mais complexos.

No caso da microcefalia, percebe-se que tanto as crianças quanto as famílias poderiam estar sendo acompanhadas de uma forma mais próxima, por profissionais capacitados e que pudessem trazer para a realidade dessas pessoas, programas e projetos além dos que essas crianças e as famílias já são integradas. E, para além das crianças e suas famílias, que pudesse existir profissionais capacitados para trabalhar

em rede, nas políticas de saúde, assistência social, educação, habitação, saneamento básico, entre outras, no intuito da prevenção de doenças como dengue, *chikungunya*, *zika vírus*, febre amarela, microcefalia.

A dificuldade para articulação da rede socioassistencial e garantia da intersetorialidade entre as políticas públicas é favorável para que o funcionário não tenha o hábito, e menos ainda formação para trabalhar diretamente em rede, mesmo que sejam para discussões, debates e levar informações precisas para a sociedade o que resulta na falta de integração dos serviços de Assistência Social e, acima de tudo, impede o aprimoramento da rede de proteção socioassistencial.

Outro fator que implica diretamente e ocasiona falta de melhor qualidade de vida das crianças com microcefalia, é a ausência de um trabalho articulado, que viabilize ao usuário acesso aos programas da rede, sua permanência e acompanhamento, não como acontece nos dias atuais, em que o trabalho é feito apenas para suprir as necessidades emergenciais.

Enquanto não houver um trabalho qualificado e que venha com intuito de tratar todas as expressões da questão social no qual essas crianças e suas famílias estão inseridas, a doença continuará existindo e com possibilidade de se alastrar cada vez mais, pois o trabalho emergencial trata a questão apenas naquele momento, não consegue ver o que está por traz, o que levou a essa situação e o que pode vir a acontecer. É como se a doença existisse por existir, como se ela não tivesse suas causas.

## **Conclusão**

Diante dessas observações foi parcialmente confirmada a hipótese da pesquisa, pois estudar a microcefalia, atenta para o fato de que, todos os dias, representam um trajeto, um trecho a percorrer, não se sabe como será o ingresso dessas crianças, como será a vida na escola, o seu desenvolvimento, qual o comprometimento cerebral, portanto, entende-se a necessidade de uma rede que trabalhe em conjunto, com políticas públicas que funcionem, secretarias de saúde que trabalhem na responsabilidade de fazer a gestão e o cumprimento de seus deveres.

Percebe-se que os serviços preventivos das políticas públicas não são eficazes na ação com essas famílias o que acaba resultando na transgressão direta dos sujeitos mais vulneráveis da família, neste caso, as crianças com microcefalia. Desta forma entende-se que, apesar das melhorias reconhecidas e dos esforços em tornar a pessoa com deficiência plenamente cidadã, as pessoas inseridas nesta realidade continuam enfrentando uma grande desigualdade na sociedade, diferença esta, que as inclui constantemente em situações de exclusão social, fazendo com que as mesmas vivam em condições de grande insegurança econômica e social.

Evidencia-se que, enquanto o Estado continuar a considerar a deficiência apenas com uma perspectiva individual e médica e não olhar para a mesma como algo normal e intrínseco a vários indivíduos, indivíduos estes que tal como aqueles sem deficiência fazem parte da sociedade e detêm direitos semelhantes a qualquer outro cidadão, essa realidade continuará por existir nessa gama de exclusão, insegurança e ausência de políticas públicas e sociais.

Admite-se que o Benefício de Prestação Continuada – BPC, é uma conquista importante enquanto um benefício assistencial de transferência de renda pelo fato de não ter coeficiente de contribuição previdenciária para sua concessão, no entanto, apresenta inúmeras limitações e alguns avanços.

Atenta-se sobre mais estudos analíticos e laboratoriais, sendo necessários para melhor compreensão dos fenômenos relacionados a essa emergência em saúde pública, além de subsidiar estratégias para seu enfrentamento.

Por fim, conclui-se que, este novo desafio surge num momento particularmente delicado, de fragilidade política e econômica, que acentua ainda mais as vulnerabilidades sociais.

### **Referências Bibliográficas**

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. 1990.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm)>. Acesso em: 22 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika.** 2015. 49p. Disponível em:

<file:///C:/Users/Raquel/Desktop/microcefalia\_protocolo\_vigilancia\_e\_resposta\_7dez2015.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Situação epidemiológica/ dados**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-sarampo>>. Acesso em: 30 abr. 2017

DA ROS, Marco A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **A saúde em debate na Educação Física**, Blumenau, v.2, p. 47-65, 2006.

HENRIQUES, Claudio M. P; DUARTE, Elisete; GARCIA, Leila P. **Desafios para o enfrentamento da epidemia de microcefalia**. Disponível em:<[http://www.scielo.org/article\\_plus.php?pid=S2237-6222016000100007&tlng=pt&lng=en#B5](http://www.scielo.org/article_plus.php?pid=S2237-6222016000100007&tlng=pt&lng=en#B5)>. Acesso em: 29 abr. 2017.

MENEZES, Hugo L. S. *et al.* Zika Vírus associado à Microcefalia. **Sociedade de Patologia do Tocantins**, Tocantins, v. 3, n. 02, p. 32 – 45, jun. 2016.

PAIVA, Carlos H. A.; TEIXEIRA, Luiz A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, jan/mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

PINHEIRO, Luis B.. **IBGE: 4 em cada 10 domicílios do País não têm saneamento básico**. Disponível em: <<https://www.terra.com.br/noticias/brasil/ibge-4-em-cada-10-domicilios-do-pais-nao-tem-saneamento-basico,8b9b4bc92690b310vgnclid200000bbcceb0arcrd.html>>. Acesso em: 02 set. 2017.

SECRETARIA DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIENCIA. **Benefício - BPC**. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/beneficio-bpc>> Acesso em: 07 maio 2017.

UJVARI, Stefan C. A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microrganismos. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 45, n. 4, p. 212-212, 2003.