

Microcefalia e o acesso a políticas sociais: um estudo sobre o processo de requisições do BPC em Pernambuco

Autores:

Nathália Teixeira¹
Shirley de Lima Samico²
Joelson Rodrigues Reis e Silva³

RESUMO

A crescente demanda de microcefalia tem exigido intervenções nos diversos campos das políticas sociais. Este trabalho objetiva ressaltar a importância das ações socioassistenciais para assegurar direitos e proteção social a essas crianças e suas famílias. Assim, são levantadas discussões referentes às causas dessa epidemia, fato que esta relacionada a dimensões de habitação e saneamento. Aliado a essa discussão, os dados sociais dessas mulheres confirmam a condição de vulnerabilidade que compõem essas famílias e a necessidade de pensar políticas públicas específicas em tempos de crise e de financiamento para políticas e benefícios sociais restrito.

Palavras-chave: Microcefalia. Direitos sociais. Assistência Social. BPC

ABSTRACT

Make

¹ Responsável técnica do Serviço Social na Gerência Executiva Recife do INSS. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco.

² Coordenadora de Vigilância Socioassistencial da Secretaria Executiva de Assistência Social do Estado de Pernambuco (SEAS). Graduada em Serviço Social e Mestre em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco.

³ Gerente do Sistema Único da Assistência Social – GSUAS/SEAS. Graduado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco.

Keywords: Microcefalia. Social rights. Social assistance. BPC

INTRODUÇÃO

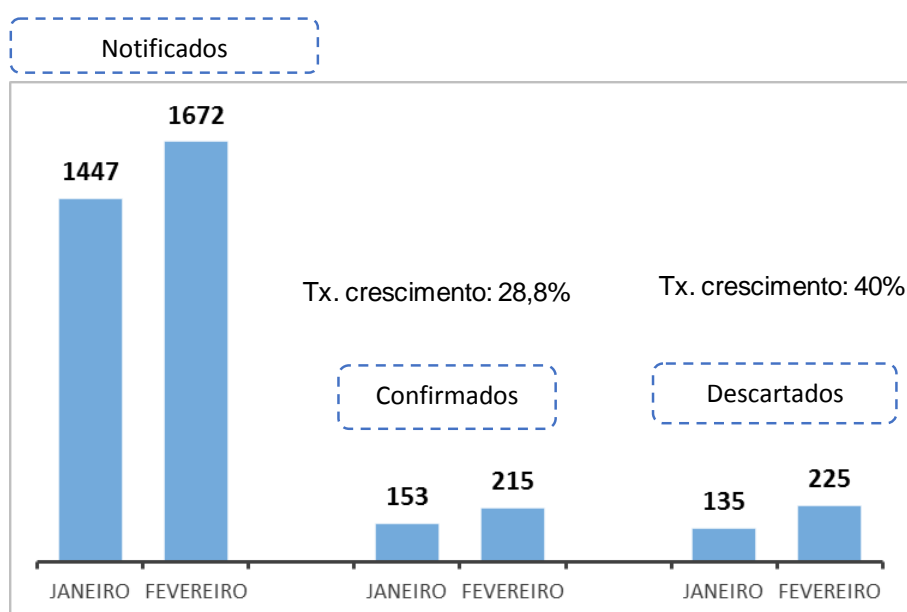
A partir do segundo semestre de 2015 observou-se o expressivo número de crianças nascidas com microcefalia em Pernambuco, fato que rapidamente foi identificado em outras unidades de federação, fenômeno posteriormente relacionado a infecção por vírus Zica. Em 18 de novembro de 2015, o Ministério da Saúde decretou estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, de acordo com informações do referido Ministério, o significativo aumento da notificação de casos da referida condição neurológica está presente em vinte e cinco estados do Brasil, com importante relevância numérica na região Nordeste do país, com 79% dos casos onde Pernambuco destaca-se com maior número de casos confirmados, 30% do total de casos confirmados nacionalmente.

Segundo boletim emitido pelo Ministério da Saúde em 12 de março de 2016, existem 6.480 casos notificados com suspeita de microcefalia no Brasil, e um total de 863 casos confirmados de microcefalia por motivação infecciosa distribuídos em dezoito estados. Ainda de acordo com informações do boletim, o Nordeste soma 79% dos casos notificados, correspondente 4.268 em investigação, 1.349 casos descartados e 863 confirmados.

Pernambuco apresta 1.228 dos casos em investigação (CIEVS /SES), desses 698 na Região Metropolitana do Recife (RMR), e 104 casos confirmados na RMR.

Sobre a evolução destes casos no período de 2016, o gráfico abaixo destaca os percentuais dos casos notificados, confirmados e descartados.

Gráfico 1:
Evolução das notificações de microcefalia em 2016 no estado de Pernambuco
Tx. crescimento: 13,4%



Fonte: CIEVS/SES 05/03/2016

Elaboração: vigilância Socioassistencial/GSUAS/SEAS/2015

Os dados acima revelam cenários preocupantes se compararmos com dados de anos anteriores. Em 2014 foram registrados no estado de Pernambuco 12 casos de microcefalia.

Em nota técnica emitida em 2 de fevereiro de 2016, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva faz apontamentos relacionando a epidemia de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* com as precárias condições de saneamento básico apresentadas no Brasil. Referem-se que a maior incidência da epidemia na região Nordeste do país, com significativa concentração de casos nas regiões periféricas dos grandes centros urbanos, como que ocorre em Recife, pode estar relacionado ao “aumento da degradação ambiental, por existirem nelas todas as condições para a manutenção da alta densidade do *Aedes aegypti*, pelos baixos indicadores de saneamento ambiental, relacionados ao abastecimento de água, ao esgotamento sanitário, à imensa presença de resíduos sólidos junto aos domicílios e às deficiências de drenagem de águas pluviais”.

Ainda de acordo com a boletim ABRASCO, (2016)

A distribuição espacial por local de moradia das mães dos recém-nascidos com microcefalia (ou suspeitos) é maior nas áreas mais pobres, com urbanização precária e com saneamento ambiental inadequado, com provimento de água de forma intermitente, fato que leva essas populações ao armazenamento domiciliar inseguro de

água, condição muito favorável para a reprodução do *Aedes aegypti*. (ABRASCO, 2016)

Em entrevista recente, Maricato (2016) afirma que o saneamento é uma questão central no combate as doenças cujo o vetor é o *Aedes aegypti*.

Vemos nas periferias quatro problemas seríssimos na área do saneamento: água, esgoto, drenagem de águas fluviais e coleta de resíduos sólidos, que vão formando barreiras. Córrego não é mais córrego. É área de descarte de lixo. Ali se tem a condição perfeita para a produção de mosquito. Estou falando de casos de São Paulo, Belo Horizonte, Curitiba, Porto Alegre. Em cidades praianas, o problema é ainda mais grave: tem as palafitas, os mangues. (MARICATO, 2016)

Ainda segundo Maricaró (2016), o poder público apresenta estratégia equivocada de enfrentamento a crescente epidemia de dengue, Zika e Chikungunya.

Saneamento deveria ser a prioridade. A falta de drenagem de águas fluviais cria os mosquitos. O córrego não pode ficar cheio de lixo parado. Por isso, precisamos recuperar rios, córregos. Temos poças que não acabam mais. Mas não. Para afastar o mosquito joga-se veneno. (MARICATO, 2016)

De acordo com Índice de atendimento urbano de esgoto por município, publicado pela Companhia Pernambucana de Saneamento em outubro de 2015, Pernambuco apresenta cobertura de 88% de índice de atendimento urbano de água, e apenas 21% de atendimento urbano de esgoto.

Desde de o início das notificações em Pernambuco, observa-se o crescimento significativo do número de casos, fato que demanda ações diretas do poder público, em especial na execução do atendimento a esse público nas diversas políticas e serviços públicos.

Proteção social as famílias com crianças notificadas com microcefalia: um debate da assistência social

A assistência social é uma política de Seguridade Social legalmente reconhecida pela constituição federal (1988) e pela Lei Orgânica de Assistência social (LOAS) como direito social e dever do Estado. Nesta perspectiva, sua execução se presentifica em um amplo sistema de proteção social. Materialmente a assistência social esta subdividida em níveis de proteção social, a saber, básica e especial (média e alta complexidade).

Esta política vem sendo regulamentada intensivamente nos últimos anos. O Sistema Único da Assistência Social traz consigo uma série de desafios referentes à administração de recursos materiais, humanos e financeiros da Assistência Social. Neste contexto, enfrenta-se, explicitamente, o desafio de assegurá-la como política pública afiançadora de direitos.

A política de Assistência Social traz à tona a centralidade da construção da intersetorialidade nas ações internas e externas a esta política. A postulação do SUAS capta a relevância do desenvolvimento dessas estratégias territorialmente referenciadas. Território esse composto por multiplicidade e complexidade de demandas que requerem acessos a políticas sociais mediante a sua diversidade.

Assim, o SUAS tem como principal desafio assegurar direitos frente às demandas conjunturais eminentes nos territórios. O atual surto de microcefalia em âmbito nacional tem provocado discussões e necessidade de respostas em âmbito intersetorial.

A respeito disso, vale destacar a Instrução Operacional conjunta entre o Ministério da Saúde e o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a fome (MDS). Trata-se de um documento de orientação e intervenções intersetoriais de atendimento a essas famílias com crianças com notificações de microcefalia.

Na maioria dos casos de notificações de crianças com microcefalia, a porta de entrada é a saúde. No entanto, é necessário garantir que essa chegada seja acompanhada por uma cobertura de proteção social assegurada por um conjunto de políticas no sentido de promover condições que permitam que essas famílias tenham acesso a direitos garantidores de justiça social e bem-estar.

Isso significa estabelecer uma relação direta entre a assistência social, saúde, educação, moradia, transporte, alimentação, condições de saneamento, entre outras políticas. Essa relação também deve ser acompanhada com seus determinantes culturais e sociais. Isso evidencia a necessidade de garantir acesso à informação e esclarecer a população sobre os agentes transmissores, o vírus, mecanismo de prevenção individual e coletiva, planejamento reprodutivo para as mulheres em idade fértil⁴, entre outras temáticas.

⁴ Cabe aqui destacar que o planejamento reprodutivo deve necessariamente levar em consideração os desejos e necessidades das pessoas no direito a decisão. (ver caderno de saúde sexual e saúde reprodutiva – SUS)

Os grupos do PAIF e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) no âmbito dos CRAS são ações de rotinas no âmbito da política de assistência social e que precisam ser incorporadas temáticas demandadas por esse contexto. Essas ações devem ser protagonizadas em conjunto com os profissionais de suas respectivas áreas e que não somente concentre debates de combate ao vírus, mas que permita discussões e noções comunitárias que contribuam com o fortalecimento da autonomia e empoderamento dos usuários da política, que possibilite uma melhor proteção e qualidade de vida para a população.

É evidente que a distribuição da doença tem atingido as parcelas mais pobres da população brasileira. No Estado de Pernambuco, dados relacionados com a identificação no Cadastro Nacional para Programas Sociais (CadÚnico) revelam que em média 50% das mulheres com notificações estão inseridas neste cadastro. Isso corresponde a 916 mulheres de acordo com o último dado divulgado⁵ pela Secretaria de Saúde do Estado que apresentou a 1.779 notificações.

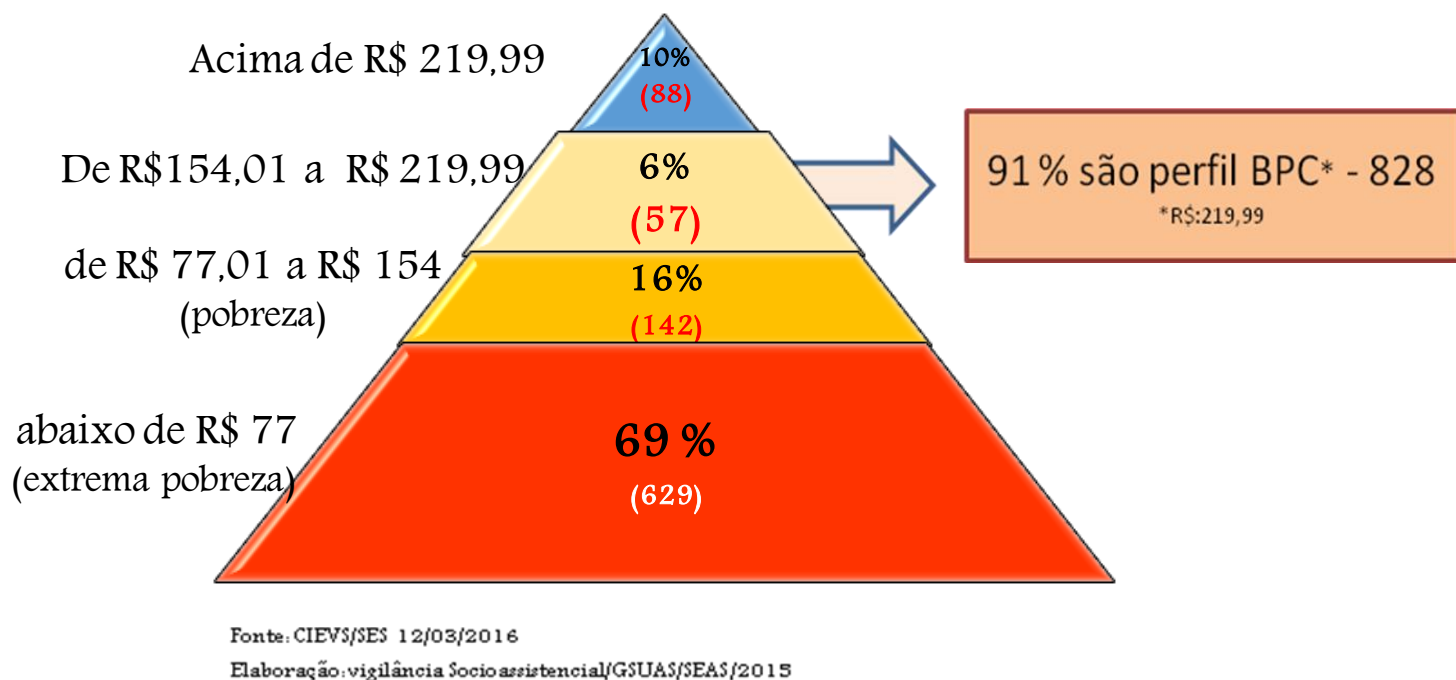
Sobre o perfil de renda dessas mulheres, nota-se que 69% encontram-se em situação de extrema pobreza⁶ e 91% dessas mulheres atendem os condicionantes de renda do Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁷, como pode ser observado no quadro a seguir.

⁵ 12/03/2016

⁶ Renda per capita até R\$ 77,00

⁷ Decreto Nº6.214, de 26 de setembro de 2007. Art. 4º Para os fins do reconhecimento do direito ao benefício, considera-se: IV - família incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou do idoso: aquela cuja renda mensal bruta familiar dividida pelo número de seus integrantes seja inferior a um quarto do salário mínimo.

Ilustração 1:
Dados sociais das mulheres com notificações de microcefalia



Aliado a essas informações, estudos do instituto BARESI, mostram que 70% dos pais rompem os vínculos afetivos e familiares quando os filhos nascem com deficiência. Tais dimensões reforçam as condições de vulnerabilidades que se encontram essas famílias, sobretudo essas mulheres que, em alguns casos vem recorrendo ao aborto de forma ilegal e insegura colocando em risco a sua própria vida⁸.

A vigência da Lei Brasileira de Inclusão Social (LBI) se presentifica enquanto um avanço para as políticas para pessoas com deficiência e inclui a deficiência como parte da diversidade humana. Assim, o Estado e a sociedade devem promover mudanças estruturais para assegurar as condições de acessibilidade e participação.

Tal colocação se torna pertinente, pois o debate do aborto deve ser assegurado enquanto uma política de direito reprodutivo para as mulheres e, não uma solução para as mulheres com casos notificados de filhos com deficiência (microcefalia). Recorrer a essa ultima exemplifica a fragilidade na proteção e segurança para essas mulheres.

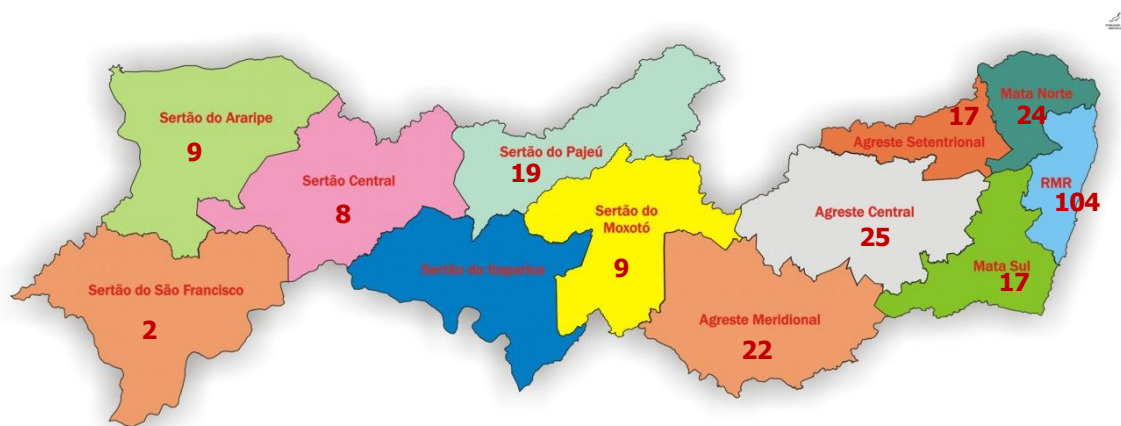
Dados da Secretaria Estadual de Saúde (SES/CIEVS) confirmam 256 casos de crianças com microcefalia em 81 municípios do estado de Pernambuco. Com exceção

⁸ Folha de São Paulo, 30/01/2016, através do link: <http://m.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/01/1735560-gravidas-com-zika-fazem-aborto-sem-confirmacao-de-microcefalia.shtml>

da região do Sertão de Itaparica, todas as Regiões de Desenvolvimento possuem pelo menos um caso de criança com microcefalia, como pode ser observado no gráfico abaixo:

Quadro 1:

Número de casos confirmados por Região de Desenvolvimento (RD)



Fonte: CIEVS/SES_12/03/2016

Elaboração: vigilância Socioassistencial/GSUAS/SEAS/2016

Sobre o perfil dessas famílias, 99% possuem renda per capita até meio salário mínimo. Destas 60% estão em situação de extrema pobreza e 90%, se enquadrariam no condicionante de renda do Benefício de Prestação Continuada.

Considerações finais: Políticas sociais e desafios em contextos de crise.

As diversas expressões da questão emergentes do contexto de emergência sanitária provocados pelo elevado nascimento de crianças com microcefalia associado a infecção pelo vírus Zica, tende a se intensificar diante do quadro de crise mundial do Capital⁹.

O cenário de instabilidade econômica atual, a partir do pensamento neoliberal, impõem para as políticas sociais cortes severos em seus recursos, com a justificativa de diminuição dos gastos sociais e manutenção da lucratividade das entidades financeiras.

⁹ De acordo com Hermann e Gentil (2015), a crise econômica mundial teve o seu início em 2008, embora é a partir de 2011 que o Brasil passa a vivenciar o cenário de reversão do crescimento econômico.

Hermann e Gentil (2015), apontam que embora o período de governo de 2004 a 2014 tenha como referência a promoção da transferência de renda, o que segue a partir de 2014 é significativa diminuição nos recursos da política de assistência social:

De acordo com a base de dados do SIAFI, os gastos com benefícios assistenciais, embora tenham se expandido a uma taxa real anual bastante elevada desde 2003, corresponderam a uma média de apenas 1,2% do PIB nos anos do governo Dilma Rousseff. A baixa magnitude desse indicador demonstra que a política social que notabilizou os governos dos últimos doze anos ancorou-se em programas de menor impacto sobre a despesa orçamentária, pela limitação às populações-alvo (pobres e miseráveis) e relegou a segundo plano a provisão de serviços públicos universais não mercantilizados (como saúde e educação), estes de custo mais elevado. Constata-se, ainda a desaceleração da taxa de crescimento dos gastos assistenciais nos dois últimos anos do governo Dilma Rousseff, tendo passado de um ritmo elevado de crescimento de 15,1% em 2012, para 6,1% em 2013 e 4,1% em 2014, dando margem à interpretação de que o conservadorismo da política fiscal vem limitando os avanços expansionistas e distributivos da política social. (HERMANN e GENTIL, 2015, p 9)

Relativo aos gastos sociais com a saúde pública, Hermann e Gentil (2015) referem a insuficiência de investimento e crescente precarização dos serviços:

No 1º Governo Dilma, os gastos com saúde estiveram congelados no patamar de 1,5% do PIB, ainda ligeiramente inferior ao dos primeiros anos da década de 2000. Esse nível dos gastos públicos com saúde, bem menos expressivo que o recomendável para um sistema de caráter universal, é também reflexo da opção do Governo Dilma por políticas sociais mais focadas, de menor custo, aliadas à implementação de leis e mecanismos de incentivo que visam reduzir a atuação do Estado e ampliar a participação da iniciativa privada. O avanço do processo de privatização na oferta de serviços de saúde envolve desde estímulos (tributários, principalmente) às empresas privadas do setor e à proliferação dos seguros de saúde privados até mecanismos que colocam o patrimônio público a serviço do setor privado. (HERMANN e GENTIL, 2015, p 9)

Os autores concluem que “Não se trata, assim, de baixa eficácia da política anticíclica, mas sim de inadequação da política fiscal, frente ao cenário de incerteza do período 2011-14, que exigia uma postura menos conservadora do governo, não apenas na área fiscal, mas na política macroeconômica em geral”. (Hermann e Gentil, 2015, p17)

O determinante de corte de gastos como artifício para enfrentamento da crise economia e consequente enxugamentos das políticas sociais não é exclusividade da esfera federal, governos municipais e estaduais seguem as mesmas medidas de austeridade. Conjuntura que aprofunda a precarização das políticas sociais e aprofundamento das desigualdades.

É importante considerar também que no contexto de crise do Capital, “As demandas aos serviços sociais tendem a aumentar, justamente em um contexto de

redução da capacidade do Estado em fazer novos investimentos, em vista da redução das taxas de crescimento do PIB e de queda na arrecadação”. (Silva, 2009, p 445).

Nessa perspectiva, o surto de microcefalia demanda aos entes federados a necessidade de novos cofinanciamentos e políticas públicas que assegurem os direitos a estas crianças com deficiência e suas famílias.

Os dados citados no item anterior sinalizam que pelo menos 50% dessas mulheres com filhos com microcefalia estão em situação de vulnerabilidade. O acesso a políticas sociais é insipiente e de cobertura restrita. A necessidade urgente de formulações de novas políticas e debates intersetoriais é fundamental para assegurar direitos sociais a essas famílias, sobretudo às mulheres que não se encontram no perfil de renda, BPC, bolsa família. Perfil esse que se encontra na liminar entre a pobreza abaixo de ½ salário mínimo.

Eis o desafio que exige do poder público respostas urgentes e de acesso universal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1998.

_____.Lei Lei Brasileira de Inclusão Social (LBI)

_____. **Lei 8.742 de 07 de dezembro de 1993**. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social, 1993.

MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME (MDS). Instrução Operacional conjunta MDS e MS. Brasília. Secretaria Nacional de Assistência Social, 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE: BRASIL: caderno de atenção básica, nº 26. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília. Secretaria Nacional de saúde. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Informe. Portal da Saúde. Brasília: 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/orientacao-e-prevencao/xyz-microcefalia> Acesso em 29/02/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Informe. Portal da Saúde. Brasília: 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22396-saude-investiga-4-222-casos-suspeitos-de-microcefalia-no-pais#> Acesso em 01/03/2016.

MARICATO, Ermínia. As cidades, o mosquito a as reformas. Carta Maior. São Paulo: 2016. Disponível em: <http://cartamaior.com.br/?%2FEditoria%2FCidades%2FAs-cidades-o-mosquito-e-as-reformas%2F38%2f35541> Acesso em 29/02/2016.

ABRASCO. Nota técnica. Microcefalia e doenças vetoriais relacionadas ao Aedes Aegyti. 2016. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/110#sthash.IJ9U2fdQ.dpufhttp://www.cee.fiocruz.br/?q=node/110> Acesso em:28/02/2016.

PERNAMBUCO. Secretaria de Infraestrutura. Companhia Pernambucana de Saneamento. Índice de atendimento urbano de esgoto por município. Pernambuco: 2015. Disponível em: <http://servicos.compesa.com.br/documentos-publicacoes-e-folhetos/> Acesso em 05/03/2016.

HERMANN, J. e GENTIL, D.L. (2015). A Política Fiscal do Primeiro Governo Dilma Rousseff: ortodoxia e retrocesso. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/images/pesquisa/pesquisa/textos_sem_peq/texto1711.pdf Acesso em 05/03/2016.

SILVA, Ademir Alves (2009). Serviço Social e direitos sociais no contexto da crise. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 99, p 444-457.