



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Viviane Maria Costa Halule Miranda

**SAÚDE E DESENVOLVIMENTO EM PEQUENAS CIDADES DO SEMIÁRIDO
NORDESTINO: UM ESTUDO DAS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DO
AEDES AEGYPTI**

Campina Grande

2019

Viviane Maria Costa Halule Miranda

**SAÚDE E DESENVOLVIMENTO EM PEQUENAS CIDADES DO SEMIÁRIDO
NORDESTINO: UM ESTUDO DAS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DO
AEDES AEGYPTI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Área de concentração: Desenvolvimento Regional

Linha de pesquisa: Estado, Políticas Públicas e Movimentos Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Cidoval Morais de Sousa

Campina Grande

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M672s Miranda, Viviane Maria Costa Halule.

Saúde e desenvolvimento em pequenas cidades do semiárido nordestino [manuscrito] : um estudo das políticas de enfrentamento do *Aedes Aegypti* / Viviane Maria Costa Halule Miranda. - 2019.

127 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2019.

"Orientação : Prof. Dr. Cidoval Morais de Sousa, Departamento de Comunicação Social - CCSA."

1. Políticas públicas. 2. Arboviroses. 3. Direito à saúde. 4. Desenvolvimento regional. 5. Semiárido nordestino. 6. Políticas de saúde. 7. Combate ao *Aedes Aegypti*. I. Título

21. ed. CDD 362.1

Viviane Maria Costa Halule Miranda

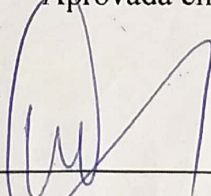
**SAÚDE E DESENVOLVIMENTO EM PEQUENAS CIDADES DO SEMIÁRIDO
NORDESTINO: UM ESTUDO DAS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DO
AEDES AEGYPTI**

Esta dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Área de concentração: Desenvolvimento Regional

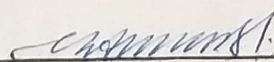
Linha de pesquisa: Estado, Políticas Públicas e Movimentos Sociais

Aprovada em: 20 / 08 / 19



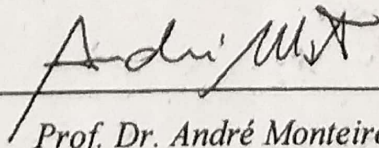
Prof. Dr. Cidoval Moraes de Sousa

Professor orientador – UEPB



Prof. Dr. José Luciano Albino Barbosa

Professor examinador – UEPB



Prof. Dr. André Monteiro Costa

Professor examinador – Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz

Ao meu esposo, Rodrigo Augusto Moura Miranda, por me incentivar a ingressar no curso de Mestrado e por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, nosso criador e fonte de amor e benevolência que, em sua misericórdia, me provém de saúde e capacidade para buscar os meus objetivos de vida. “Tudo o que fizerem, seja em palavra seja em ação, façam-no em nome do Senhor Jesus, dando por meio dele graças a Deus Pai” (COLOSSENSES, 3:17).

Ao meu esposo, Rodrigo Augusto Moura Miranda, por todo o apoio em todos os meus planos e por estar sempre comigo, tanto na felicidade como nas adversidades da vida, segurando minha mão e levantando minha cabeça nas vezes em que nem tudo deu certo. Passamos por tantas coisas, mas continuamos firmes e juntos no propósito ao qual nos obrigamos perante Deus.

Ao meu amado filho, Arthur Halule Miranda, por entender as minhas necessárias ausências em alguns momentos e por me ensinar tanto com o seu amor, que é o meu combustível diário para viver. Te amo mais que tudo, meu filho. Agradeço também ao outro filho que tive em meu ventre, por dois meses, e que perdi de forma abrupta e natural. Nas noites em que chorei a sua perda, consegui forças para me reerguer e concluir este trabalho.

Aos meus amados pais, Salim Cabus Halule e Kátia Costa Halule, que me deram a vida, que foram fundamentais para a minha formação humana, profissional e acadêmica, e a quem sempre pude recorrer nos momentos em que mais precisei em minha vida.

À minha avó materna, Eunisete Silva Costa, em especial, que é minha companheira fiel desde o meu nascimento e a quem devo muito por minha formação, por todas as vezes em que me auxiliou, por muito do que sou hoje. Por todo o amor que me deu e ainda dá, meu agradecimento especial à minha “vóinha”.

Aos meus sogros, Emmanuel Miranda e Rosimar Miranda, que são meus segundos pais e que sempre me acolheram com todo amor, carinho e cuidado em sua casa e família.

Aos demais familiares que sempre torceram por mim e, especialmente, aos mais próximos, que acompanharam de perto toda essa trajetória: Diego Halule, Elayne Cristina, Douglas Halule, Eva Maria, Duda Miranda, Rafael Miranda, Kaísa Trovão, Bruno Miranda, Bianca Mandetta, Mônica Suely, André Lucena, Tatiana Lucena, Bruna Maria, e Ricardo Crispim. A cada um de vocês, todo o meu amor.

Ao meu orientador e amigo, Dr. Cidival Moraes de Sousa, pela sua maestria em orientar e, principalmente, por sua humildade e paciência, mesmo com toda a sua capacidade e competência. É minha inspiração como professor... Obrigada por tudo!

Aos queridos amigos, colegas do mestrado, Calline Queiroz e Fábio Barreto, que foram companheiros desde a disciplina de Ciência e Tecnologia, assim como no processo seletivo e no decorrer da pós-graduação. Agradeço ainda à amiga Andreyra Dessoles por sua amizade no mestrado e pela calma, sensatez e paciência em momentos de maior estresse com os afazeres acadêmicos. Enfim, aos demais colegas da Turma 2017, minha gratidão pelo companheirismo, respeito e troca de experiências e conhecimentos. Cada um possui um lugar especial em meu coração!

Aos professores e alunos que fazem parte do *Projeto Zika* UEPB por todas as experiências vivenciadas, relatos compartilhados e trabalhos realizados. Em especial, aos queridos: Shirleyde Santos, Élide Barbosa, Leonardo Tinoco, Mariane Patricio e Isabelle Guedes, que estiveram mais próximos durante a minha participação no projeto e na realização da pesquisa.

A todas as pessoas dos municípios do Consórcio São Saruê que conheci nesses dois anos de pesquisa e, em especial, às que se disponibilizaram a contribuir para os resultados obtidos e para a conclusão deste estudo. Sem eles, o trabalho não teria sido possível.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional – PPGDR e à coordenadora do Programa, Prof^a. Dra. Ângela Cavalcanti Ramalho, destaco o meu agradecimento por todos os conhecimentos partilhados.

À banca examinadora pela aceitação do convite e disponibilidade em contribuir para a leitura e avaliação do trabalho, o que me deixa bastante honrada. Meus sinceros agradecimentos.

Agradeço, finalmente, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo auxílio financeiro prestado, este essencial para que o estudo fosse realizado.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

Esta pesquisa objetiva analisar a natureza das políticas de saúde relacionadas ao combate ao *Aedes Aegypti* no contexto da tríplice epidemia (Dengue, Zika e Chikungunya), e sobretudo identificar as políticas públicas implementadas e/ou executadas nos municípios paraibanos de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade. Além disso, analisar a natureza de tais políticas, tomando como parâmetros o Direito à Saúde, nos termos da Constituição Federal, o conceito de injustiças socioambientais referenciado pelo campo da Ecologia Política e o conceito de equidade proposto por Amartya Sen, bem como descrever, a partir dos indicadores disponíveis, quais foram os resultados e impactos de tais políticas para a redução das vulnerabilidades nas cidades estudadas. Os resultados demonstram uma deficiência e até mesmo ausência nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de um quadro de injustiças socioambientais que não foram minimizadas pelas políticas instituídas no contexto epidêmico. Notaram-se inexistentes também o fomento de ações voltadas para a equidade e a minoração das desigualdades estruturais. Revelou-se que as políticas adotadas nos municípios são setorizadas e direcionadas apenas ao campo da saúde, não se integrando de forma transversal com a infraestrutura, desenvolvimento e educação, o que tornam inócuas as tentativas de mitigação das vulnerabilidades das cidades em estudo, prevalecendo ações que se voltam mais para as consequências do problema e não eliminam as causas estruturais que propiciam o nascedouro dos focos do mosquito e sua permanência no meio urbano e rural. Atesta-se, finalmente, a determinação social das arboviroses, que atingem, especialmente, as populações vitimizadas pelas iniquidades econômicas e sociais.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Arboviroses. Direito à Saúde. Desenvolvimento.

ABSTRACT

This research aims to analyze the nature of health policies related to the fight against *Aedes Aegypti* in the context of the triple epidemic (Dengue, Zika and Chikungunya), and especially to identify the public policies implemented and/or executed in the municipalities Paraíba de Pocinhos, Juazeirinho and Soledade. In addition, analyzing the nature of such policies, taking as parameters the right to health, under the Federal Constitution, the concept of socioenvironmental injustices referenced by the field of political ecology and the concept of equity proposed by Amartya Sen, as well as describing, from the available indicators, what were the results and impacts of such policies for the reduction of vulnerabilities in the cities studied. The results demonstrate a deficiency and even absence in the actions of promotion, protection and recovery of health, besides a picture of socioenvironmental injustices that were not minimized by the policies instituted in the epidemic context. The promotion of actions aimed at equity and the mination of structural inequalities was also noted. It was revealed that the policies adopted in the municipalities are sectorized and directed only to the field of health, not integrating in a transversal way with infrastructure, development and education, which make innocuously the attempts to mitigate the Vulnerabilities of the cities under study, prevailing actions that turn more to the consequences of the problem and do not eliminate the structural causes that provide the hatcher of the outbreaks of the mosquito and its permanence in the urban and rural environment. Finally, there is the social determination of arboviruses, which, in particular, affect the populations victimized by economic and social inequities.

Keywords: Public Policies. Arboviruses. Right to health. Development.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	LIRAs e LIAs dos municípios do Consórcio São Saruê (ano 2017)	48
Tabela 2 –	Caracterização socioeconômica de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade	53
Tabela 3 –	LIRAs e LIAs do município de Juazeirinho (anos 2018/2019)	55
Tabela 4 –	LIRAs e LIAs do município de Soledade (anos 2018/2019)	58
Tabela 5 –	LIRAs e LIAs do município de Pocinhos (anos 2018/2019)	60
Tabela 6 –	Relatório da situação epidemiológica de Pocinhos (janeiro a julho de 2017)	62
Tabela 7 –	Quantitativo Dengue, Zika e Chikungunya em Juazeirinho, Pocinhos e Soledade (de 2015 a 2018)	63
Tabela 8 –	Quantitativo Dengue, Zika, Chikungunya e Microcefalia (SC) no Brasil, Nordeste, Paraíba e Consórcio São Saruê (anos 2015 e 2016)	64
Tabela 9 –	Quantitativo Dengue, Zika, Chikungunya e Microcefalia (SC) no Brasil, Nordeste, Paraíba e Consórcio São Saruê (anos 2017 e 2018)	65
Tabela 10 –	Quantitativo Dengue, Zika e Chikungunya por região (de 2015 a 2018)	65
Tabela 11 –	Atendimento de água e esgotamento sanitário nos municípios do Consórcio São Saruê	68
Tabela 12 –	Proporção de moradores por tipo de destinação do lixo (Juazeirinho, Pocinhos e Soledade – ano 2000)	76
Tabela 13 –	Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água (Juazeirinho)	78
Tabela 14 –	Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água (Pocinhos)	79
Tabela 15 –	Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água (Soledade)	79
Tabela 16 –	Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária (Juazeirinho)	80
Tabela 17 –	Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária (Pocinhos)	81
Tabela 18 –	Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária (Soledade)	82
Tabela 19 –	Quantitativo Dengue, Zika e Chikungunya de casos e óbitos em Juazeirinho, Pocinhos e Soledade (2018 até maio de 2019)	115
Tabela 20 –	LIRAs e LIAs de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade (Janeiro/2018 a abril/2019)	116

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Informações do município de Juazeirinho – PB	54
Quadro 2 –	Informações do município de Soledade – PB	58
Quadro 3 –	Informações do município de Pocinhos – PB	60
Quadro 4 –	Plano de ação contra o Aedes Aegypti de Pocinhos	62
Quadro 5 –	Direito à Saúde – Juazeirinho	70
Quadro 6 –	Direito à Saúde – Pocinhos	71
Quadro 7 –	Direito à Saúde – Soledade	72
Quadro 8 –	Abastecimento de água em Juazeirinho, Pocinhos e Soledade (2017)	80
Quadro 9 –	Perfil socioeconômico – Criança 1	88
Quadro 10 –	Questionamentos de Equidade – Criança 1	92
Quadro 11 –	Perfil socioeconômico – Criança 2	94
Quadro 12 –	Questionamentos de Equidade – Criança 2	97
Quadro 13 –	Perfil socioeconômico – Criança 3	99
Quadro 14 –	Questionamentos de Equidade – Criança 3	102
Quadro 15 –	Perfil socioeconômico – Criança 4	105
Quadro 16 –	Questionamentos de Equidade – Criança 4	106
Quadro 17 –	Perfil socioeconômico – Criança 6	109
Quadro 18 –	Questionamentos de Equidade – Criança 6	110
Quadro 19 –	Apoio dos municípios às crianças com microcefalia	111

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Localização geográfica do município de Pocinhos – PB	49
Figura 2 –	Localização geográfica do município de Juazeirinho – PB	49
Figura 3 –	Localização geográfica do município de Soledade – PB	50
Figura 4 –	Déficit do serviço de coleta de resíduos sólidos por região (2017)	74
Figura 5 –	Percentual de coleta seletiva de resíduos por região (2017)	75
Figura 6 –	Tipo de unidade de destinação dos resíduos dos municípios do Nordeste (2017)	76

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 –	Adesivo distribuído em Juazeirinho – PB	56
Fotografia 2 –	Lixão de Juazeirinho	77
Fotografia 3 –	Lixão de Juazeirinho	77
Fotografia 4 –	Saída de Soledade	78
Fotografia 5 –	Centro Especializado de Reabilitação – CER (Campina Grande – PB)	85
Fotografia 6 –	Estrada que dá acesso à residência da Criança 1	87
Fotografia 7 –	Rua da residência da Criança 1	87
Fotografia 8 –	Residência da Criança 1	88
Fotografia 9 –	Pequeno cultivo de feijão o lado da casa da Criança 1	89
Fotografia 10 –	Cisterna que abastece a casa da Criança 1	89
Fotografia 11 –	Depósitos utilizados para armazenamento de água – Criança 1	90
Fotografia 12 –	Instalações sanitárias da residência – Criança 1	90
Fotografia 13 –	Cozinha da casa, sem acesso à água encanada – Criança 1	91
Fotografia 14 –	Rua da residência da Criança 2	93
Fotografia 15 –	Frente da residência da Criança 2	93
Fotografia 16 –	Rua da residência da Criança 2	94
Fotografia 17 –	Caixa d’água da casa – Criança 2	95
Fotografia 18 –	Depósitos utilizados para armazenamento de água – Criança 2	95
Fotografia 19 –	Instalações sanitárias da residência – Criança 2	96
Fotografia 20 –	Estrada de terra, a caminho da residência da próxima criança	98
Fotografia 21 –	Sala da residência da Criança 3	100
Fotografia 22 –	Cozinha da residência da Criança 3	100
Fotografia 23 –	Recipientes para armazenar água – Criança 3	101
Fotografia 24 –	Recipientes para armazenar água – Criança 3	101
Fotografia 25 –	Rua da casa da Criança 4	104
Fotografia 26 –	Frente da residência da Criança 5	108
Fotografia 27 –	Frente da residência da Criança 6	108

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1	As teorias do desenvolvimento.....	21
2.1.1	Os clássicos do desenvolvimento	21
2.1.2	As teorias pós-Segunda Guerra Mundial	23
2.1.3	As concepções desenvolvimentistas contemporâneas	26
2.1.4	O desenvolvimento sob o aspecto regional	28
2.2	Saúde e Desenvolvimento	30
2.2.1	Equidade.....	32
2.2.2	Injustiças Socioambientais.....	35
2.2.3	A determinação social na relação saúde-doença.....	37
2.3	Políticas Públicas e Arboviroses	39
2.4	O Direito à Saúde e ao Desenvolvimento.....	41
3	METODOLOGIA.....	45
3.1	O desenho da pesquisa	45
3.2	A caracterização do campo do estudo.....	48
4	AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA TRÍPLICE EPIDEMIA, EM POCINHOS, JUAZEIRINHO E SOLEDADE	52
4.1	As políticas públicas implementadas/executadas nos municípios de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade no contexto da tríplice epidemia	55
4.2	A natureza das políticas – Direito à Saúde, injustiças socioambientais e equidade	70
4.3	As injustiças socioambientais: o cenário ideal para o Aedes Aegypti.....	75
4.4	A equidade: minoração das desigualdades estruturais?	86
4.5	O Estado e as arboviroses: redução das vulnerabilidades?	114
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
	REFERÊNCIAS.....	122

1 INTRODUÇÃO

O Direito à Saúde, no Brasil, é um dever do Estado e deve ser garantido a todos, segundo o que preconiza a Constituição Federal de 1988. Seu alcance pressupõe universalidade. Ao poder público, cabe assegurar os mecanismos para a efetivação de políticas sociais e econômicas, estes capazes de reduzir os riscos das doenças e outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.

No final de 2014, os agravos à saúde causados pelo mosquito *Aedes Aegypti* passaram a chamar atenção pelo aumento do número de casos notificados e, especialmente, pelo aparecimento do Zika Vírus, da febre Chikungunya e da associação entre o Zika Vírus e a Microcefalia. Diante desse cenário, o Governo Federal voltou-se para a adoção de medidas de controle do vetor, tentando, com isso, atenuar o quadro epidêmico.

Em 2015, foi decretado estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN, o que demandou o emprego de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos à saúde pública. A declaração da ESPIN não foi um mero ato formal ou instrumento para flexibilização de medidas administrativas. O então Governo Federal, na época, deixou em segundo plano a crise política que vivia, envolveu-se e comandou de perto a resposta à emergência. Após convocatória da equipe do Ministério da Saúde, seguiu-se uma grande mobilização política e institucional, iniciada em novembro de 2015, quando ainda existiam muitas incertezas e lacunas sobre a natureza da epidemia.

Assim, as duas casas do Congresso Nacional convocaram audiências específicas para receber informações e discutir a microcefalia. Os governadores foram chamados pela presidência de república para entrarem em ação, e dinâmica semelhante foi seguida com representações dos prefeitos dos municípios brasileiros. Todos os ministros de Estado, chefes das Forças Armadas e dirigentes de empresas e órgãos federais também foram acionados.

Importa destacar que a mobilização nacional para combater o mosquito *Aedes Aegypti* nunca havia sido conseguida, mesmo durante 30 anos de epidemias de Dengue. Em pouco menos de um mês, foi constituída a sala de coordenação nacional, de funcionamento contínuo, articuladora de uma rede de iniciativas equivalentes e multissetoriais em todos os estados e muitos municípios para que fossem passadas as diretrizes a fim de coibir o quadro epidêmico.

A situação preocupou muitos outros países, pois, com a realização dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos, esportistas, familiares e turistas de todo o mundo viriam para o Brasil. Em fevereiro de 2016, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou Emergência

Sanitária Internacional, enquadrando as doenças como ameaça à segurança global e como um evento de risco. Porém, em maio de 2017, o Ministério da Saúde suspendeu a Emergência, alegando a redução dos casos notificados, atribuindo esse resultado às medidas implantadas e à mobilização da população.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a), o *Aedes Aegypti* foi descrito cientificamente pela primeira vez no ano de 1762. Recebeu a denominação de *Culex Aegypti*, que significa “mosquito egípcio”, e foi designado como pertencente ao gênero *Aedes*, em 1818, em virtude de suas características morfológicas e biológicas. Isso resultou na denominação atual de *Aedes Aegypti*.

O mosquito é oriundo do Velho Mundo, do Egito Antigo. Embora seja originário de regiões etíópicas, acompanhou as várias migrações do homem pelo mundo e suas alterações antrópicas¹ favoreceram a sua disseminação para diversos países. Hoje, considera-se um mosquito cosmopolita, típico do ambiente urbano e com preferência por regiões tropicais e subtropicais (CONSOLI, 1994).

No Brasil, a introdução do mosquito deu-se durante o período colonial, na época do tráfico de escravos. Após ser bastante combatido, devido à transmissão da febre amarela, o *Aedes Aegypti* foi considerado erradicado do país em 1955. Entretanto, como o vetor ainda estava presente em outros países, isso provocou o retorno do mosquito ao Brasil, em Belém – PA, em meados do ano de 1967 (CONSOLI, 1994).

As arboviroses, disseminadas pelo *Aedes Aegypti*, são doenças decorrentes de arbovirus, que, segundo Lopes, Linhares e Nozawa (2014), são vírus transmitidos por artrópodes e assim conceituados, tanto pela sua veiculação através dos artrópodes como pelo fato de seu ciclo ocorrer nos insetos. O termo tríplice epidemia refere-se, portanto, à incidência de Dengue, Zika e Chikungunya (BRASIL, 2017b).

Tais doenças ganharam importância e passaram a representar constantes ameaças, especialmente em regiões tropicais como o Brasil, em razão de várias mudanças climáticas, além de desmatamentos, ocupação desordenada nas cidades, precariedade nas condições sanitárias, dentre outras, que favorecem consideravelmente a disseminação das condições para a propagação dos vírus. No Brasil, a alta propensão das arboviroses deve-se ao fato de que “[...] a maior parte do País tem um clima tropical, sendo um local adequado para a existência do vetor e, portanto, para a ocorrência de arboviroses” (LOPES; LINHARES; NOZAWA, 2014, p. 56).

¹ Alterações antrópicas são resultantes da ação do homem, especialmente em relação às modificações no ambiente, na natureza, causadas por essa ação.

Dentre as doenças decorrentes de arbovírus, destaca-se a Dengue, transmitida pelo *Aedes Aegypti*, cuja disseminação ocorreu nas Américas em meados da década de 1960, momento em que houve a primeira confirmação laboratorial de epidemia de Dengue no continente americano, afetando principalmente a Jamaica e a Venezuela entre os anos de 1963 e 1964, segundo dados da OPAS (CATÃO, 2012).

No final de 2014, percebeu-se, em vários estados da região Nordeste, o aparecimento de casos de uma doença aparentemente leve, cujos sintomas eram coceira, manchas no corpo, às vezes com febre, e que desaparecia sem tratamento em quatro ou cinco dias, tendo sido inicialmente denominada como uma síndrome exantemática indeterminada (BRASIL, 2017b) e posteriormente identificada como arbovirose. A sua maior gravidade deu-se pelo grande aumento nas internações de pessoas com problemas neurológicos, que relataram terem sido acometidas pela doença exantemática, e pelos casos de bebês nascidos com microcefalia, cuja relação foi estabelecida, após testes que “[...] aumentaram a segurança para se afirmar que a causa das microcefalias era, certamente, a infecção pelo vírus Zika durante a gestação” (BRASIL, 2017b, p. 20).

Diante desse quadro, foi imediata a preocupação com o alastramento da epidemia no país e no mundo. Surgiu também uma outra doença epidêmica, denominada Chikungunya e transmitida pelo mesmo vetor, com milhares de casos na América Central, no Caribe e na América do Sul (BRASIL, 2017b), e cuja transmissão autóctone foi detectada em setembro de 2014, na cidade de Oiapoque, no Amapá. Assim, unindo-se à Dengue e ao Zika, o vírus da Chikungunya formou a chamada tríplice epidemia.

As doenças passaram a centralizar as atenções e a compor a agenda decisória, tendo o governo federal editado decretos e leis a partir do ano de 2015, quando da declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN, diante da situação epidêmica que demandou o emprego de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública.

Os municípios com lócus de grande incidência dos casos também destinaram suas atenções às medidas de combate ao vetor. Mesmo ante o nosso sistema federativo, com a Constituição Federal de 1988, e a descentralização administrativa propiciada pela mesma, destacou-se um novo aspecto acerca da territorialidade e os municípios passaram a deter uma maior participação nos recursos financeiros gerados pela nova tributação. Tal quadro levou-os a gozar de uma maior capacidade para planejar e executar suas ações (NABUCO, 2007), conferindo-lhes competência para adotar ações diversas, inclusive voltadas especialmente a coibir a tríplice epidemia.

De forma geral, o Governo Federal adotou várias medidas, como a instituição do dia de sábado para a limpeza nos imóveis, com identificação e eliminação de focos de mosquitos e mobilização da comunidade, realização de campanhas educativas e de orientação à população nos meios de comunicação, especialmente direcionadas a mulheres em idade fértil e a gestantes, realização de visitas a todos os imóveis públicos e particulares para eliminação do mosquito e de seus criadouros nas áreas identificadas como potenciais locais de focos de transmissão, além de ingresso forçado nos imóveis públicos e particulares que estivessem em situação de abandono – ou quando houvesse ausência ou recusa de pessoa que não permitisse o acesso do agente público designado para a contenção das doenças. Essas foram as medidas que nacionalmente foram instituídas para o combate da epidemia.

A Constituição Federal preconiza, em seu art. 23, inciso II, que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e da assistência pública. Vários municípios pequenos do Semiárido Paraibano foram especialmente atingidos pela tríplice epidemia (Dengue, Zika e Chikungunya), apresentando elevados índices no Levantamento Rápido de Índices para o *Aedes Aegypti* – LIRAA. Como forma de entender a realidade local, faz-se necessário investigar a natureza das políticas de saúde relacionadas ao combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, no contexto da chamada tríplice epidemia (Dengue, Zika e Chikungunya).

No ano de 2018, a Secretaria de Estado da Saúde do Estado da Paraíba, através de Boletim Epidemiológico divulgado, informou a notificação de 1.643 casos suspeitos de Dengue, significando um aumento de 16,44% das notificações suspeitas em comparação ao ano de 2017, dentro do mesmo período, quando foram notificados 1.411 casos. Nos anos de 2015 e 2016, foram registrados, respectivamente, 9.422 e 33.650 casos de Dengue.

Quanto à incidência de Chikungunya, no ano de 2018, foram registrados 314 casos, apresentando uma diminuição de 28% em relação ao ano de 2017, que registrou 442 casos suspeitos. Ainda em 2018, foram registrados 46 casos com suspeita de Zika, inferior aos 98 casos registrados em 2017, operando uma redução de 53% das notificações suspeitas.

A partir do ano de 2015, começaram a surgir os casos de microcefalia em bebês e, após vários estudos, o Ministério da Saúde reconheceu como agente causador de tal quadro a síndrome congênita do Zika Vírus, adquirido através da mãe durante a gestação. Na Paraíba, desde agosto de 2015, a Secretaria de Saúde do Estado registrou 943 casos suspeitos de microcefalia em 144 municípios. Foram confirmados 193 casos, com 29 mortes, sendo 20 delas com relação direta com a síndrome congênita do Zika Vírus.

O presente estudo está vinculado ao *Projeto Tecnologias Sociais e Educação Ambiental para o Controle Vetorial de Arboviroses: promovendo a saúde e a qualidade de vida no Semiárido Paraibano* (MCTIC/FNDCT-CNPq / MEC-CAPES/ MS-Decit N° 14/2016 – Prevenção e Combate ao Vírus Zika), que tem como território de atuação 12 municípios do Cariri Paraibano que compõem o Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento Sustentável São Saruê. São eles: Assunção, Juazeirinho, Junco do Seridó, Livramento, Pocinhos, Olivedos, Santo André, Tenório, Taperoá, Soledade, Salgadinho e São José dos Cordeiros.

De modo específico, esta dissertação pretende analisar a natureza das políticas de saúde relacionadas ao combate do mosquito *Aedes Aegypti*, no contexto da chamada tríplice epidemia (Dengue, Zika e Chikungunya), nos municípios paraibanos de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade, que apresentaram, respectivamente, os elevados percentuais de 5,3%, 11,5% e 7,9% no LIRAA realizado em janeiro de 2018. Ademais, são os três maiores dentre os demais componentes do Consórcio São Saruê e vêm sendo percebidos desde o ano de 2017, o que justifica a escolha dos mesmos como objetos da pesquisa.

Desse modo, a situação problema gerou o seguinte questionamento: que avaliação se pode fazer das políticas de enfrentamento do *Aedes Aegypti* no contexto da tríplice epidemia (Dengue, Zika e Chikungunya)? Como elas se situam em relação ao Direito à Saúde, às injustiças socioambientais e ao conceito de equidade, particularmente nas pequenas cidades do Semiárido? E em relação ao modelo de desenvolvimento vigente? Tal problemática requer uma investigação, pois observa-se na literatura um vazio de trabalhos sobre as políticas locais de saúde, especialmente envolvendo a temática das arboviroses, além de suas relações com os demais entes da federação (Estado e Governo Federal).

Silva, Mariano e Scopel (2008) analisam as políticas de combate ao vetor e sua eficiência durante o século XX e início do século XXI, mostrando que as políticas, que antes eram voltadas para a erradicação do mosquito da Dengue, passaram a ser aplicadas no objetivo do controle deste vetor, e historiando as medidas adotadas no âmbito nacional, como o Programa de erradicação ao *Aedes Aegypti* e o Programa Nacional de Controle da Dengue, entre outros. Assim, concluem o estudo atestando que um grande número de fatores pode estar ligado à disseminação do mosquito, como, por exemplo, a ineficiência de combate ao vetor e a falta de sensibilidade da população.

No mesmo sentido, Braga e Valle (2007) apresentam um histórico do controle do *Aedes Aegypti* no Brasil, com ênfase nas políticas e programas de controle do mosquito, desde as epidemias de febre amarela urbana do início do século XX. Elencam então os aspectos fundamentais do Programa Nacional de Controle da Dengue e apontam para a

necessidade de maiores investimentos e metodologias a fim de sensibilizar a população no controle vetorial e no manejo ambiental integrado, objetivando minimizar o uso de inseticidas e promover a sustentabilidade.

Azevedo (2002), por sua vez, trata acerca do Direito à Saúde. No entanto, sua pesquisa objetiva relacioná-lo com o direito de propriedade, também capitulado na Constituição Federal, discutindo assim a dificuldade de combate à Dengue nas residências que contenham criadouros do mosquito em face da tensão entre normas constitucionais protetoras da liberdade individual, no tocante ao direito de propriedade, e do dever do Estado de garantir o Direito à Saúde.

Por conseguinte, esta pesquisa pretende avançar em relação aos demais estudos já realizados, uma vez que busca analisar a natureza das políticas de saúde relacionadas ao combate do mosquito *Aedes Aegypti*, no contexto da chamada tríplice epidemia (Dengue, Zika e Chikungunya), de municípios paraibanos que fazem parte do Consórcio Intermunicipal São Saruê. Para tal, torna-se relevante estudar tais questões com o intuito de compreender o processo de desenvolvimento local da realidade de tais municípios. Este representa, portanto, o objetivo geral desta dissertação.

De modo mais específico, objetiva-se: (1) identificar as políticas públicas implementadas e/ou executadas nos municípios paraibanos de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade, no contexto da tríplice epidemia; (2) analisar a natureza de tais políticas, tomando como parâmetros o Direito à Saúde, nos termos da Constituição Federal, o conceito de injustiças socioambientais, referenciado pelo campo da ecologia política, e o conceito de equidade proposto por Amartya Sen; (3) estudar, a partir dos indicadores disponíveis, quais são os resultados e impactos de tais políticas para a redução das vulnerabilidades nas cidades abordadas.

Assim, neste trabalho, o pressuposto fundamental é que as políticas de enfrentamento do mosquito e, conseqüentemente, das arboviroses por ele transmitidas, se ocupam mais das conseqüências do que das causas estruturais que, em nosso ver, são determinantes para configurar o quadro de injustiças socioambientais que vulnerabilizam, sob todos os aspectos, as pequenas cidades do Semiárido. Em outras palavras, só há mosquito e doenças nas cidades pesquisadas porque a natureza das políticas vigentes se alimenta dos interesses de preservação do modelo de desenvolvimento em curso, que, em vez de ampliar, reduz as capacidades de autonomização dos indivíduos.

Isto posto, após o Capítulo 1, em que foi exposta a introdução, a problematização, a justificativa, os objetivos e o pressuposto fundamental da presente pesquisa, os capítulos seguintes voltam-se especificamente para a temática estudada.

Desse modo, o Capítulo 2 traz o aporte teórico sobre o qual a dissertação se reporta, de acordo com a relação saúde e desenvolvimento, políticas públicas, injustiças socioambientais, equidade e o Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988, que oferecem o suporte para a análise dos resultados. Já no Capítulo 3 são especificados os aspectos metodológicos do estudo, com descrição dos procedimentos utilizados para a obtenção dos dados, segundo os objetivos propostos, além da descrição do campo de estudo e o desenho da pesquisa.

O Capítulo 4 apresenta os resultados obtidos no estudo e a análise minuciosa dos dados encontrados, de acordo com a teoria estudada. Em cada item do capítulo, há a confrontação dos dados e informações coletados, divididos e analisados de acordo com o objetivo específico já referido, este tendo motivado a investigação. E, por fim, o Capítulo 5 expõe as considerações finais, levando em consideração o que é analisado no capítulo anterior. Retoma-se, um a um, os objetivos do estudo, comparando-os, com o intuito de chegar ao propósito principal da pesquisa e confirmar ou não o pressuposto inicial sobre o qual se fundou toda a investigação desenvolvida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 As teorias do desenvolvimento

Apesar das arboviroses atingirem a população de uma maneira geral, o meio e o habitat das pessoas podem se tornar mais propícios à disseminação dos agravos, sendo determinante a observância de fatores como condições sociais, econômicas, de saúde, de habitação etc.

Dentro desse contexto, é importante fazer um resgate, ainda que sumarizado, das concepções clássicas às contemporâneas para tentar compreender como as diferentes propostas ou modelos de desenvolvimento trataram ou enquadraram a questão da saúde, ou, de forma mais ampla, de que maneira problematizaram as condições necessárias à qualidade de vida, como determinantes importantes do próprio desenvolvimento econômico e social.

2.1.1 Os clássicos do desenvolvimento

Uma das primeiras ideias-força do que hoje chama-se de desenvolvimento é o progresso, que pressupõe o direcionamento de uma civilização para um horizonte visto como benévolo ou que leve uma maior parte das pessoas a serem felizes. Para Nisbet (1980), o conceito positivo acerca do progresso influenciou civilizações e vários povos, desde os gregos até a atualidade. Para ele, o ser humano teria avançado da condição primitivista e nativa para um futuro glorioso, representando, assim, uma melhoria em sua vida. Isso significaria a passagem de um estágio inferior para um superior por meio do acúmulo do conhecimento científico e tecnológico e de desenvolvimento espiritual e moral.

No decorrer do tempo, o progresso transmudou-se, apresentando vertentes diversas. Na Antiguidade, representava avanço; na Idade Média, era sinônimo de providência; e na Modernidade voltou-se para a economia. Foi praticamente abandonado, contudo, após as consequências das duas grandes guerras mundiais. Uma das críticas ferrenhas a tal filosofia foi feita por Walter Benjamim, que entendeu que a vida em humanidade é um processo de realização e não a busca a um tempo vazio, típico da ideologia, que se volta apenas para o capitalismo – este, na verdade, representaria uma ameaça à humanidade (DUPAS, 2006).

Nesse sentido, “[...] a transformação radical da sociedade, o final da exploração, não são uma aceleração do progresso, mas um salto para fora do progresso” (DUPAS, 2006, p.

64). Aqui reside a ideia de que o progresso, na realidade, é um mito, o que futuramente se relacionará também ao desenvolvimento. O mito está justamente na ideia de felicidade e ansiedade gerada no homem, e isso, no desenvolvimento, representa apenas uma promessa. Na prática, essa promessa não passaria de uma utopia, levando em consideração a existência de uma realidade, diferente da idealizada, responsável por reproduzir um estilo em que prevalece um sistema de desigualdade e exclusão.

Para Adam Smith e para David Ricardo, a ideia de desenvolvimento está totalmente voltada para o crescimento econômico. Em sua obra, *A riqueza das nações*, Smith (2003) apregoa a total liberdade econômica, sem qualquer intervenção do Estado, cujos deveres seriam os seguintes: proteger a sociedade contra a violência e invasão de outros países e garantir a segurança dos indivíduos; proteger os cidadãos uns dos outros, através de uma administração judicial rigorosa; e, por último, criar e manter as instituições e obras públicas.

Desse modo, o grande motor para o crescimento econômico seria a divisão do trabalho, sendo condição essencial para esta a acumulação de capital que, por sua vez, se apresentaria capaz de aumentar a quantidade de trabalhadores, o lucro e a produtividade. Assim, na visão de Smith (2003), ao satisfazer suas individualidades, cada um contribui, de certa forma, para o interesse social, sendo a desigualdade um fator natural e oriundo da economia sobre a qual em nada pode interferir o Estado.

Na perspectiva de Karl Marx, o Estado é uma construção da classe burguesa para garantir os interesses da mesma e a existência desta classe privilegiada tem o condão de revolucionar os instrumentos de produção, que alteram as relações de trabalho e, conseqüentemente, a sociedade. Para Marx, por conseguinte, o capital é um poder social e o capitalismo é global, na medida em existem as condições propícias para a sua perpetuação. Ele é o responsável pela destruição da tradição, típico da sociedade feudal, e por alterar os instrumentos de produção (MARX; ENGELS, 1999).

Assim, o capitalismo, de acordo com o ponto de vista marxista, é o principal responsável pelos desequilíbrios em sua estrutura, inerentes ao próprio sistema. Além disso, o objetivo de sua produção não está voltado para a satisfação das necessidades sociais, mas para aumentar cada vez mais a produção do lucro (RIBEIRO, 2008).

Destaca-se que um dos economistas clássicos que tentou trazer soluções para preservar o sistema foi John Maynard Keynes. Para ele, o Estado deveria intervir na economia em períodos de crise do capitalismo, através de obras públicas e incentivo ao mercado consumidor interno. O papel fundamental do Estado seria então, para Keynes, estimular a economia em momentos de recessão e de crise econômica (HUNT, 1981).

Segundo os postulados de Keynes, quanto mais as pessoas ganham, a tendência é a de aumentar a poupança, o que traz prejuízos para os investidores e atrapalha o mercado autorregulado. A principal causa de uma depressão, para o autor, está na incapacidade dos capitalistas em encontrarem oportunidades de investimentos suficientes para compensar os altos níveis de poupança gerados pelo crescimento econômico. Assim, Keynes propõe que o governo pode interferir, quando a poupança supera o investimento, tomando emprestado o excesso de poupança e gastando o dinheiro em projetos sociais úteis, que não aumentem a capacidade produtiva da economia nem diminuam as oportunidades de investimentos no futuro. Tais gastos aumentariam as injeções de recursos na corrente de gastos e criariam o equilíbrio a pleno emprego (HUNT, 1981).

De acordo com Schumpeter (1985), as mudanças que ocorrem na vida econômica, intrinsecamente, ou seja, de dentro para fora, por sua própria iniciativa, perfazem o conceito de desenvolvimento. Assim, o desenvolvimento surge de uma situação sem desenvolvimento, de um evento precedente, sendo definido como:

Uma mudança espontânea e descontínua nos canais do fluxo, perturbação do equilíbrio, que altera e desloca para sempre o estado de equilíbrio previamente existente. Nossa teoria do desenvolvimento não é nada mais que um modo de tratar esse fenômeno e os processos a ele inerentes (SCHUMPETER, 1985, p. 47).

Portanto, na visão de Schumpeter, o desenvolvimento não se refere apenas ao ponto de vista econômico, mas se realiza por meio de novas combinações. Para ele, pensar o capitalismo é relacioná-lo a rupturas e discontinuidades que caracterizam o seu dinamismo e fazem surgir as inovações ou destruição criadora, as quais o autor descreve da seguinte forma: introdução de um novo bem, não conhecido, ou de uma nova qualidade de um bem; introdução de um novo método de produção, que ainda não tenha sido testado, representando uma descoberta científica nova; abertura de um novo mercado, em que o ramo particular da indústria de transformação não tenha ainda entrado; conquista de uma nova fonte de oferta de matérias-primas ou de bens semifaturados; e o estabelecimento de uma nova organização de qualquer indústria (SCHUMPETER, 1985).

2.1.2 As teorias pós-Segunda Guerra Mundial

Foi a partir do período pós-Segunda Guerra que as discussões acerca das teorias do desenvolvimento tiveram mais destaque. Até o começo dos anos 50, pouca atenção era dada

ao termo subdesenvolvimento, tendo este sido utilizado inicialmente em 1949, quando o então presidente dos Estados Unidos, Harry Truman, em seu discurso de posse, referiu-se aos países pobres como “áreas subdesenvolvidas”. Nessa mesma época, como forma de distinguir o primeiro mundo do segundo, os franceses adotaram o termo “terceiro mundo” (ENRÍQUEZ, 2010).

As teorias surgiram justamente em um período caracterizado por um Estado ativo nos países centrais. Segundo Enríquez (2010), as teorias que influenciaram nas explicações acerca do subdesenvolvimento tiveram quatro abordagens. A primeira refere-se às teorias clássicas de crescimento da economia convencional, segundo as quais o desenvolvimento é sinônimo de crescimento econômico e, portanto, dependente do nível de investimentos produtivos realizados. A segunda diz respeito às teorias de inspiração marxista ou neomarxista e é responsável por realizar uma crítica aos modelos dominantes de crescimento. A terceira compreende as teorias institucionalistas ou neoinstitucionalistas que procuram verificar o desempenho das instituições e como elas interferem nos resultados socioeconômicos. A quarta e última concerne às propostas de desenvolvimento sustentável e à busca de incorporar outras dimensões, até então não utilizadas ou pouco exploradas, pelas teorias do desenvolvimento (ENRÍQUEZ, 2010).

Para Furtado (2013), o processo de acumulação tende a criar um fosso entre o centro homogeneizado e uma constelação de economias periféricas com enormes disparidades. Assim, a crescente hegemonia das grandes empresas, no processo de acumulação, traduz uma tendência à homogeneização dos padrões de consumo, e, nas economias periféricas, um distanciamento das formas de vida de uma minoria privilegiada em face da massa da população.

Não é possível, portanto, que os atuais padrões de consumo dos países ricos tendam a generalizar-se em escala planetária, pois a orientação geral do desenvolvimento que se realiza no sistema resulta na exclusão das grandes massas que vivem nos países periféricos. São exatamente esses excluídos, por conseguinte, que formam a grande massa demográfica em rápida expansão.

Furtado (2013) assinala um fato importante que se refere ao crescente peso da minoria privilegiada dos países periféricos no conjunto da população que desfruta de alto nível de vida no sistema capitalista. No entanto, o aumento desses privilegiados não impede que se mantenha e aprofunde o fosso nos países periféricos, que existe entre eles e a maioria da população do seu respectivo país. Assim, o autor conclui que a hipótese de extensão ao conjunto do sistema capitalista das formas de consumo que prevalecem atualmente nos países

cêntricos não tem cabimento dentro das possibilidades evolutivas aparentes do sistema e que o estilo de vida criado pelo capitalismo industrial sempre visará ao privilégio de uma minoria.

Isto posto, Furtado (2013) acredita que o desenvolvimento é um mito, tendo em vista que, no sistema capitalista, a busca desenvolvimentista sempre esbarrará no fato irrefutável de que as economias periféricas nunca chegarão ao patamar de desenvolvimento dos países cêntricos.

Furtado (1971) ainda assinala que o subdesenvolvimento não é uma etapa necessária do processo de formação das economias capitalistas modernas, mas o contrário: um processo particular, resultante da penetração de empresas capitalistas modernas em estruturas arcaicas. Sob essa perspectiva, os subdesenvolvidos existem dentro da finalidade de perpetuar a existência dos desenvolvidos.

Assim, para sair de uma situação de subdesenvolvimento, não é preciso, necessariamente, crescimento, já que a dependência não se materializa apenas sob o ponto de vista econômico, mas também no aspecto cultural, através de um processo de dominação ideológica. Segundo Furtado (1971), a saída para fugir da relação de dependência está justamente em modificar tais estruturas históricas que favorecem e agravam as condições de dependência.

O caso do Brasil, por exemplo, mostra o subdesenvolvimento nas várias formas em que a economia se apresenta em diferentes setores: um de subsistência, outro voltado para a exportação, e o terceiro enquanto núcleo industrial ligado ao mercado interno, bem diversificado, para a produção de bens de capital de que necessita para o seu próprio crescimento. A grande preocupação do industrial local é com a apresentação de um artigo similar ao importado e em adotar métodos de produção que o habilitem a competir com o exportador estrangeiro (FURTADO, 1971).

No entanto, embora tenha se observado um crescimento do setor industrial ligado ao mercado interno, assim como da renda per capita da população, a estrutura ocupacional do país pouco se modificou, pois a grande preocupação do industrial interno é copiar a estrutura de preços dos países exportadores de manufaturas, não permitindo que exista uma efetiva transformação da estrutura econômica em si.

2.1.3 As concepções desenvolvimentistas contemporâneas

Bresser-Pereira (1978) argumenta que a democracia só teve espaço nas economias em que houve a consolidação do capitalismo. No entanto, esta máxima não se confirma em todos os casos, considerando que, embora o capitalismo torne a democracia possível, não a configura como necessária.

Ao contrário do que sustenta Marx, a democracia no capitalismo é plenamente possível, dependendo das condições históricas e específicas de cada país e de cada período envolvido. Logo, a democracia deve ser vista como “[...] um resultado contingente de conflitos, não uma consequência necessária do desenvolvimento capitalista” (PRZEWORSKI, 2002, p. 18).

Uma constatação importante, feita por Sachs (1998), refere-se ao fato de que o crescimento econômico por si só bastaria – não para assegurar o desenvolvimento, tendo sido esta concepção abandonada em privilégio de uma caracterização mais complexa do conceito, o qual abarca outras vertentes, nos sentidos econômico, social, cultural, político, sustentável e até mesmo humano. Essa perspectiva objetiva o desenvolvimento dos homens e das mulheres em lugar da multiplicação das coisas.

Além disso, o desenvolvimento local não se relaciona unicamente com crescimento econômico, estando diretamente ligado com a melhoria da qualidade de vida das pessoas e com a conservação do meio ambiente, enquanto que o aspecto econômico se restringe apenas ao aumento da renda e da riqueza. Nesse sentido, observa-se o seguinte:

Queremos um desenvolvimento local com inclusão social, em que haja cooperação, criação e alargamento de esferas públicas, em que diferentes atores políticos, econômicos, sociais dialoguem de maneira transparente a partir de seus próprios interesses em conflito, buscando construir um novo desenvolvimento local em conjunto (SOMEKH, 2010, p. 18).

Sen (2000) afirma que o desenvolvimento demonstra estar ligado à liberdade e enumera cinco liberdades, que denomina como instrumentais e que são definidas como liberdades políticas, disponibilidades econômicas, oportunidades sociais, garantias de transparência e proteção de segurança. Ademais, elas se apresentam inteligidas para os fins de plenitude da liberdade humana.

A liberdade que se destina a fazer coisas que são valorizadas é importante tanto para a liberdade global da pessoa quanto para favorecer a oportunidade de obtenção de resultados valiosos. Ambos os aspectos são relevantes para a avaliação da liberdade dos membros da

sociedade e, portanto, cruciais para a observação sob o prisma do desenvolvimento (SEN, 2000).

Ainda sobre essa questão da liberdade, Sen (2000) assevera que um grande número de pessoas no mundo sofre vários tipos de privação, sendo recusada a milhões de pessoas a liberdade básica de sobreviver em virtude da privação de alimentos, da falta de cuidados na saúde, no saneamento básico, na água etc. Esse panorama também se deve à inexistência de uma educação eficaz, de um emprego rentável, de segurança econômica e social e de liberdades políticas e direitos cívicos.

Sen (2000) trata a igualdade de forma complexa, referindo-se às oportunidades a partir da caracterização e delimitação das capacidades e dos funcionamentos. Para o autor, as capacidades concernem à liberdade efetiva que as pessoas possuem em escolher diferentes tipos de vida, dentre as alternativas possíveis, enquanto que os funcionamentos dizem respeito às partes do estado de uma pessoa, desde os mais simples, como estar alimentado, nutrido, educado e saudável, até os mais complexos, como, por exemplo, possuir autorrespeito, estar feliz e satisfeito (BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Assim, “[...] o êxito de uma sociedade deve ser avaliado, nesta visão, primordialmente segundo as liberdades substantivas que os membros dessa sociedade desfrutam” (SEN, 2000, p. 32), sendo essencial, portanto, na relação liberdade e desenvolvimento, a eliminação das privações e agravos ao seu bem-estar, a fim de que o homem possa agir de forma livre e participar ativamente da sociedade. Para isso, o Estado deve atuar como o principal agente no fomento das liberdades substantivas das pessoas, cabendo a este regular as relações sociais e permitir que os indivíduos tenham acesso aos serviços necessários para suprir suas necessidades.

Ao vislumbrar alternativas ao desenvolvimento, este visto como um fantasma utópico, inalcançável e refém do capitalismo e suas lógicas de devastação social, Costa (1998) inaugura um ideal pós-capitalista que ultrapassa a ideia desenvolvimentista pura: o bem-viver. Baseado na vivência indígena, este modelo supera o modelo capitalista de realização pessoal e individualista e propõe a vida em coletividade, superando as desigualdades sociais e as diversas manifestações da violência.

Embora não signifique algo acabado e pronto a ser praticado indistintamente e de maneira global, considerando que vivemos em uma sociedade eminentemente capitalista, o bem-viver representa uma construção que vai de encontro à visão mecanicista do crescimento econômico, assim como seus múltiplos sinônimos, e constitui-se como uma alternativa ao desenvolvimento na forma mecanicista desenvolvida no sistema capitalista.

Importante para qualquer sociedade, a noção de desenvolvimento, tal como os direitos humanos, sempre foi central nas preocupações da Organização das Nações Unidas – ONU, tendo havido um enriquecimento considerável de tal ideia ao longo dos tempos.

De acordo com Furtado (1992), as teorias sobre desenvolvimento econômico pressupõem “[...] esquemas explicativos dos processos sociais em que a assimilação de novas técnicas e o conseqüente aumento de produtividade conduz à melhoria do bem-estar de uma população com crescente homogeneização social” (p. 39). Ele está, portanto, diretamente ligado ao bem-estar da população local e à homogeneização social. Outra conceituação de desenvolvimento adotada pelo autor é a seguinte:

Um processo de mudança social pelo qual um número crescente de necessidades humanas – preexistentes ou criadas pela própria mudança – são satisfeitas através de uma diferenciação no sistema produtivo decorrente da introdução de inovações tecnológicas (FURTADO, 1964, p. 29).

Desse modo, o desenvolvimento se mostra como elemento importante para a sociedade, e as políticas públicas voltadas para a saúde não só significam o cumprimento do papel estatal, conforme dispõe a Constituição Federal, mas, principalmente, são essenciais no fomento às condições básicas dos indivíduos e no bem-viver.

2.1.4 O desenvolvimento sob o aspecto regional

A ideia de desenvolvimento regional esteve inicialmente ligada ao aspecto econômico, sofrendo alterações a partir da década de 60, quando foi mudado o foco dessa vertente. Assim, os aspectos que caracterizam o desenvolvimento do ponto de vista regional são os seguintes: o desenvolvimento está ligado à economia; o Estado também possui grande participação nesse processo, tanto em nível global, quanto regional ou local; e, além disso, os conflitos e movimentos sociais são responsáveis por dinamizar os outros dois elementos. Desse modo, o desenvolvimento regional se sustenta através do tripé: economia, Estado e movimentos sociais (ALBINO, 2015).

O desenvolvimento regional pressupõe o olhar para a periferia e, sempre atrelado a esse desenvolvimento, existe um viés para uma realidade de exploração. Nesse sentido, falar sobre esse tema, no prisma regional, consiste em falar sobre política no âmbito da institucionalização.

Na Constituição Federal de 1988, o Brasil adotou a forma estatal federada, com a existência de estados federados, compondo centros de poder não subordinados um ao outro, sem hierarquia. No entanto, a federação brasileira pode ser vista como assimétrica, especialmente por abarcar grandes diferenças socioeconômicas entre os blocos regionais, sobretudo entre o Norte e o Nordeste em relação aos demais entes da federação (COLOMBO, 2015). Desse cenário, depreende-se o seguinte:

A própria preservação da estrutura federal prevê mecanismos para acomodação das heterogeneidades, não para tornar todas as unidades governamentais plenamente iguais e heterogêneas, mas para mantê-las, simplesmente unidas. Fica claro, assim, que o princípio federalista já pressupõe a desigualdade, subproduto da diversidade (COLOMBO, 2015, p. 36).

Nesse contexto, o Nordeste, enquanto região que até então não detinha qualquer atenção do governo federal, não se beneficiava de políticas governamentais, não importava bens de capital e nem recebia recursos financeiros do BNDE, foi objeto do Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento do Nordeste – GTDN, com o fito de transformar a realidade nordestina e evitar a ampliação das desigualdades regionais de renda. Também foi almejado por essa iniciativa intensificar os investimentos industriais na referida região (ARAÚJO, 1994).

O Nordeste foi então palco de medidas estatais, a exemplo da disposição trazida pela Constituição de 1934, que previa a destinação de 4% da receita tributária da União para o combate às secas. Esse percentual era enviado ao antigo Instituto Federal de Obras contra as Secas – IFOCS, posteriormente transformado no Departamento Nacional de Obras contra as Secas – DNOCS. Além disso, a criação do Banco do Nordeste do Brasil – BNB, em 1952, foi importante para o Nordeste, visto que trouxe uma nova forma de intervenção estatal no Nordeste, superando a “fase hidráulica”, típica do combate às secas, e passando para a “fase planejadora”, fundamental para o planejamento da região (COLOMBO, 2015).

Deve-se destacar também que, em 1959, o então presidente Juscelino Kubitschek envia ao Congresso Nacional um projeto de lei dispendo sobre a criação da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste – SUDENE, como órgão extraordinário, responsável pelo planejamento de ações governamentais na região e pela coordenação dos investimentos públicos, com definição em lei, dos recursos necessários à execução dos empreendimentos programados no plano diretor (CARVALHO, 2014).

Contudo, embora o Nordeste tenha sido objeto de políticas que tinham por metas suas melhorias, a SUDENE não obteve o êxito almejado, tendo enfrentado diversas dificuldades de natureza institucional desde a sua criação.

2.2 Saúde e Desenvolvimento

O desenvolvimento que, ao longo de sua trajetória, esteve vinculado aos ideais de felicidade, avanço de vida, progresso, inovação e bem-estar, relaciona-se diretamente às condições de saúde das pessoas.

No Brasil, desde os governos de Getúlio Vargas e de Juscelino Kubitschek, as associações entre progresso e saúde já existiam e permeavam os discursos nas décadas de 40 e 50. A conceituação positivista de saúde como condição inerente ao bem-estar social e ao exercício pleno da cidadania veio então questionar a correlação entre saúde e desenvolvimento, implicando na elaboração das diretrizes bases para a Reforma Sanitária brasileira e na percepção de que se faziam necessárias mudanças estruturais nas relações estabelecidas entre sociedade, mercado e Estado. Deste modo, surgiu a seguinte concepção:

Condições de saúde dependem de fatores nacionais mais gerais – relacionados ao padrão de desenvolvimento e à inserção autônoma e competitiva na economia global –, com repercussões sobre aspectos como distribuição de renda, pobreza, nutrição, saneamento, padrão de crescimento econômico (socializador ou marginalizador) (COSTA; BAHIA; BRAGA, 2017, p. 2120).

Por sua vez, a visão reducionista do sanitarismo e da saúde pública confundia desenvolvimento com industrialização e creditava, exclusivamente ao crescimento econômico, a melhoria das condições de vida e saúde.

No entanto, a parcela da produção teórica que considerou o social como determinante das condições de saúde e atribuiu aos profissionais de saúde a condição de sujeitos da prática política não estabeleceu conexões diretas com as teorias do desenvolvimento econômico de Celso Furtado. Este, por sua vez, já defendia a importância de o Estado ser o agente empreendedor e definidor da orientação do progresso tecnológico, sendo essa condição essencial para a modernização das estruturas sociais, ao invés da exclusão das maiorias desprivilegiadas gerada pelo processo de industrialização nacional. A isso, acrescenta-se o seguinte:

Na verdade, a redemocratização brasileira e a qualificação da saúde como um direito universal fizeram aflorar a necessidade de se enfrentar o desafio de equacionar a participação da saúde no padrão de desenvolvimento nacional, no qual a produção e a difusão tecnológicas são extremamente assimétricas e, muitas vezes, dissociadas das necessidades locais do progresso técnico e do conhecimento (COSTA; BAHIA; BRAGA, 2017, p. 2123).

Assim, o desenvolvimento de um país estaria relacionado com as oportunidades disponibilizadas à população, com isso visando o bem-estar geral, e a política de desenvolvimento nacional deveria priorizar a realização das potencialidades culturais da população com vistas à homogeneização social.

O igualitarismo de oportunidades traz grandes implicações ao âmbito da saúde. Isso porque as concepções de justiça social que se baseiam na equidade devem considerar o importante papel da saúde na existência humana, tanto no campo das possibilidades das pessoas em viverem de forma livre e sem doenças, como pela ampliação das suas capacidades, caso gozem de boa saúde (BATISTA; SCHRAMM, 2005).

A ação pública deve, portanto, buscar trajetórias e inovações tecnológicas, desde que voltadas para o bem-estar coletivo, sem reproduzir os padrões de consumo das minorias oriundos do processo industrial e perpetuados até a atualidade. O intuito, nessa perspectiva, é fazer com que prevaleçam as melhorias nas condições de vida e de trabalho da grande maioria da população brasileira, como se observa a seguir:

O desenvolvimento não pode ser avaliado com base na ótica estreita das taxas anuais de crescimento do Produto Interno Bruto, mas precisa considerar a amplitude dos serviços oferecidos a toda a população e, sobretudo, a criação de oportunidades sociais mediante serviços como os de educação e de saúde pública. [...] As liberdades básicas são influenciadas, de um lado, pela garantia de direitos individuais, do ambiente de tolerância e da livre troca de bens e serviços, e, de outro, pela manutenção pelo Estado de uma adequada estrutura de atendimento das necessidades de saúde e de educação que são de crucial importância na formação e no uso das capacidades humanas (NOGUEIRA, 2012, p. 83).

A importância da temática focada em saúde e desenvolvimento para a agenda pública resta evidenciada pelo reconhecimento de que investimentos na saúde podem tanto melhorar a qualidade de vida da população como também contribuir para o crescimento do setor, considerando o âmbito da esfera pública.

2.2.1 Equidade

Normalmente, o termo desigualdade é visto como sinônimo de diferenças ou disparidades. Entretanto, nas relações de saúde, especialmente nas que dizem respeito ao Zika Vírus e demais enfermidades decorrentes do *Aedes Aegypti*, verificam-se as chamadas desigualdades estruturais, que ressaltam explicações nativistas, essencialistas e individualistas, além de explicações socioestruturais através de condições sistêmicas de longo prazo que afetam a sociedade como um todo e por tempo indeterminado.

Tal concepção remonta à teoria darwiniana, segundo a qual a desigualdade é, ao mesmo tempo, o resultado de processo evolutivo orgânico em que a eliminação dos mais fracos faz garantir a sobrevivência da espécie, e ainda uma consequência necessária para a liberdade individual, como princípio fundador da sociedade (CASTRO, 2016). Historicamente, o darwinismo social tentou justificar barbáries como o imperialismo, o etnocídio e o genocídio, a exploração de trabalhadores, o racismo e outras formas de dominação. Assim, sob tal ótica, a intervenção do Estado como forma de mitigar o quadro de desigualdade não faria sentido, uma vez que esta seria uma consequência do processo evolutivo natural, impossível de ser revertida através de políticas públicas e outras iniciativas.

Para Castro (2016), exige-se a erradicação das desigualdades estruturais muito mais do que aprofundar o exercício substantivo da cidadania, posto que esta, por si só, dentro da democracia, contradiz-se à lógica típica do sistema capitalista. No tocante ao tema da determinação social de epidemias e outros gravames, o desafio assume formas particularmente preocupantes.

Apesar do Brasil ter sofrido mudanças profundas em sua economia, o que nem sempre foi sinal de progresso, é necessário analisar os efeitos atuais e futuros deste tipo de desenvolvimento econômico, pelo qual passou o país, e na necessidade de reajustá-lo em certos pontos para corrigir desequilíbrios e distorções que, podem causar impactos ao progresso e ao bem-estar social (CASTRO, 1984).

Nesse diapasão, o aprofundamento das desigualdades estruturais e a falta de provisão universal nos sistemas de saúde foram preponderantes para a crise na prestação de serviços essenciais. Tornou-se um grande desafio, mesmo para os sistemas democráticos, o desenvolvimento de estruturas de políticas públicas e a gestão voltada para os postulados da democracia substantiva, com priorização da eficiência social, da igualdade e da participação social nos processos e na tomada de decisões (CASTRO, 2016). Por conseguinte, no contexto

da atuação do Estado, há que se diferenciar claramente os conceitos de igualdade e de equidade:

A igualdade diz respeito ao que se pretende alcançar com a justiça – quais são os concernidos e o que igualar para propósitos de justiça –, ao passo que a equidade está relacionada às estratégias de pesquisa ou às políticas públicas que visam a superar a desigualdade entre aqueles que alcançaram e os que não alcançaram a igualdade pretendida (RIBEIRO, 2015, p. 1112).

Assim, a equidade se propõe a efetivar a própria justiça na medida em que visa tratar os iguais de forma igual, e os desiguais de forma diferente, conforme suas desigualdades. Sobre esse conceito, argumenta-se que:

Uma sociedade em que se almeje a justiça deverá, necessariamente, desenvolver mecanismos compensatórios para seus membros vitimados por desigualdades das quais não podem ser responsabilizados, tais como políticas equânimes de alocação de recursos (Giovannella et al., 2002; Schramm, 1998b), capazes de se contrapor às históricas contingências de iniquidade, miséria e exclusão que forneceram o arcabouço para a (des)estruturação da sociedade brasileira (BATISTA; SCHRAMM, 2005, p. 138).

Nessa perspectiva, a abordagem das capacitações (capability) desenvolvida por Amartya Sen e Martha Nussbaum traduz-se numa concepção de justiça que concentra sua atenção em comparações feitas entre sociedades ou através de alternativas sociais, mais ou menos justas, dentro de determinado sistema social, voltando-se para a vida que as pessoas realmente são capazes de levar. Além disso, tem-se que:

Tais capacitações seriam reconhecidas como essenciais nas diferentes esferas em que os seres humanos atuam (saúde, trabalho, educação, lazer, política, etc.), considerando os vários estágios de um ciclo de existência (nascimento, infância, adolescência, fase adulta, velhice e morte) (RIBEIRO, 2015, p. 1114).

No campo da saúde, Ribeiro (2015) consta que os modelos explicativos do processo saúde-doença devem contemplar as condições para o exercício dos funcionamentos básicos dos indivíduos e as interações entre os funcionamentos e as diferenças na distribuição dessas condições entre os grupos e indivíduos no interior da sociedade.

Sen (2002) direciona o foco do desenvolvimento para o indivíduo, afirmando que a sua liberdade é o meio e o fim para que consiga alcançar o desenvolvimento. Em sua visão, o homem deve ser agente ativo nos processos e ser livre para fazer as suas escolhas pessoais e coletivas, não existindo a possibilidade de que tal propósito ocorra para os indivíduos que têm as suas capacidades básicas privadas.

O autor também afirma que a equidade em saúde é fundamental para que se compreenda o conceito de justiça social e que a saúde representa uma das mais importantes condições humanas. Nenhuma concepção de justiça social que aceita a necessidade de uma distribuição equitativa, com vistas às possibilidades humanas eficientes, pode ignorar o papel da saúde na vida humana. Assim, a equidade, na realização e focalização na saúde, é incorporada e passa a integrar um conceito de justiça mais amplo (SEN, 2002).

O mais grave de tudo no que compete ao conceito de injustiças é que alguns indivíduos podem não ter boa saúde, não pelas escolhas que façam ao longo da vida, como fumar ou adotar hábitos prejudiciais, mais por acordos sociais materializados por situações de pobreza ou enfraquecimento social. Nesse aspecto, desenvolve-se o seguinte:

Os fatores que podem contribuir para as conquistas e fracassos no campo da saúde vão muito além do cuidado com saúde e incluir muitas influências muito diferentes, que vão desde as predisposições genéticas, renda, hábitos alimentares e estilos de vida, ao ambiente epidemiológico e às condições de trabalho (SEN, 2002, pág. 304, tradução nossa).

No entanto, Sen (2002) destaca que a equidade em saúde não pode ser avaliada apenas sob a ótica pura da desigualdade, mas sim numa concepção mais ampla. Isso porque, quando se verificam grandes desigualdades na conquista da saúde, atestam-se que elas se devem, principalmente, não a pré-condições de saúde individuais, mas à inexistência de políticas econômicas, reformas sociais ou compromisso político, o que faz com que a equidade em saúde seja considerada um conceito multidimensional (SEN, 2002).

Ainda para Sen (2002), a saúde é essencial para o bem-estar, e as liberdades e possibilidades que as pessoas são capazes de exercer dependem das conquistas em saúde. Ao criar uma política de saúde, é necessário distinguir entre a igualdade nas conquistas da saúde, voltada para as possibilidades e liberdades, e a igualdade na distribuição dos chamados recursos de saúde, de maneira que deve haver desigualdade nos cuidados de saúde em relação àquelas pessoas que sejam desfavorecidas dentro do processo, a fim de restaurar e manter um equilíbrio.

Isto posto, depreende-se que a equidade em saúde visa possibilitar que a boa saúde seja alcançada. Ela possui vários aspectos, sendo um conceito multidimensional. Inclui, portanto, elementos relacionados à conquista da saúde e à possibilidade de alcançar saúde, mas também engloba a justiça dos processos e, dessa forma, deve atentar para a ausência de discriminação na prestação dos serviços de assistência médica (SEN, 2002).

Assim, a equidade em saúde, através de múltiplas e complexas dimensões compreendidas por Sen (2002), apresenta os seguintes aspectos: a saúde como capacidade fundamental, que viabiliza o exercício de outras capacidades humanas; a capacidade de uma pessoa alcançar ou manter a sua saúde; a distribuição social de recursos e o conjunto de fatores sociais que ajudam a manter a saúde ou recuperá-la, quando a doença surja; e as condições de inserção social e as características pessoais das pessoas (NOGUEIRA, 2012).

2.2.2 Injustiças Socioambientais

A ideia de justiça ambiental surgiu entre as décadas de 1960 e 1970, oriunda de movimentos sociais nos Estados Unidos que lutavam pelos direitos civis de grupos pobres, etnicamente discriminados e que figuravam mais expostos a riscos ambientais (ALVES; SANTOS, 2017).

No ano de 1987, a Comissão de Justiça Racial da United Church of Christ foi responsável por uma pesquisa que demonstrou que a existência ou não de depósitos e rejeitos perigosos, de origem comercial, estava diretamente ligada à composição racial de uma comunidade (ALVES, 2016). Esse estudo significou um marco histórico no nascedouro dos movimentos de justiça ambiental nos Estados Unidos, aliando a luta racista à defesa do meio ambiente.

Dentro desse contexto, surgiu o chamado racismo ambiental, segundo o qual ocorre uma imposição desproporcional, intencional ou não, de depósitos de lixo químico, incineradores e indústrias com grau elevado de poluentes sobretudo nas comunidades negras e de baixa renda.

Para Bullard (2013), o paradigma dominante de proteção ambiental institucionaliza a aplicação desigual, troca a saúde humana por lucro, impõe o ônus às vítimas e não às indústrias poluidoras, bem como, legitima a exposição humana a químicos, pesticidas e substâncias perigosas e claramente prejudiciais à saúde, promovendo, assim, tecnologias que causam riscos, exploram a vulnerabilidade das comunidades economicamente e politicamente marginalizadas.

A justiça ambiental, por sua vez, define-se como o tratamento justo e o envolvimento significativo das pessoas, independentemente de raça, cor, nível de renda, nacionalidade, em relação ao desenvolvimento, e a aplicação das leis ambientais, regulamentos e políticas (BULLARD, 2013).

Nesse sentido, o discurso preconizado pelo desenvolvimento sustentável defende um modo de vida local e alternativo à sociedade urbano-industrial. Contudo, o modelo que se estabeleceu se voltou para uma vertente que associa a questão ambiental ao modelo progressista do crescimento econômico. Tal visão economicista, restrita ao crescimento econômico, deu início aos conflitos ambientais entre as comunidades tradicionais e movimentos sociais em face do Estado e dos grupos empresariais que fomentam atividades como mineração, agronegócio e agroquímicos, exploração e refino de petróleo, produção de ferro e aço, construção de hidrelétricas e o uso intensivo de agroquímicos (ALVES; SANTOS, 2017).

Tais interesses distintos acabaram ocasionando a multiplicação dos impactos e conflitos socioambientais, nos quais o passivo ambiental foi destinado às populações mais vulneráveis, gerando as então denominadas injustiças socioambientais. Estas se revelam da seguinte forma:

Nota-se que a injustiça ambiental é resultado da lógica perversa de um sistema de produção que destrói ecossistemas; que contamina o ar, solo e corpos hídricos, e que direcionam toda essa carga de danos socioambientais às populações tradicionais ou vulneráveis que são excluídas pelos grandes projetos de desenvolvimento e que têm através desses impactos uma drástica alteração na sua qualidade de vida (ALVES; SANTOS, 2017, p. 220).

Balin, Mendes e Mota (2014) acrescentam:

A busca por resoluções técnicas, industriais e de mercado das questões ambientais, sob uma perspectiva que privilegia interesses das regiões ou países desenvolvidos em detrimento das regiões menos desenvolvidas ou mais pobres, ensejou com o passar do tempo uma desproporcional distribuição dos riscos e impactos ambientais, gerando extremas desigualdades que se caracterizam como muitos autores denominam de injustiça ambiental (p. 10).

Tal cenário vai ao encontro dos ditames da justiça ambiental, que não admite que a prosperidade dos ricos se faça em detrimento da expropriação ambiental dos pobres – o que acentuaria sobremaneira as desigualdades sociais e concentração de renda nas mãos de poucos. Tais iniquidades alijam as populações vitimizadas a situações de vulnerabilidade socioambiental, tendo em vista a exposição das mesmas a riscos e desnudando problemas de cunho social e ambiental. Nesse sentido, tem-se que:

A perda de seus lares, a presença de substâncias cancerígenas nos poluentes, e a ausência de políticas públicas de saneamento, educação, saúde e infraestrutura, são exemplos que configuram as manifestações visíveis de um modelo fundado na injustiça estrutural e na irresponsabilidade ambiental de empresas e governos (ALVES, 2016, p. 49).

O modelo é perverso e resulta em efeitos realmente nocivos do desenvolvimento, que se disfarça e se reveste de uma falsa sustentabilidade, vitimizando a grande maioria das regiões ou comunidades mais pobres (BALIN; MENDES; MOTA, 2014). Desse modo, a situação mostra-se extrema e grave, posto que os atores sociais que se voltam contra as injustiças ambientais geralmente são reprimidos continuamente pelos próprios governos, sejam eles progressistas ou conservadores (CASTRO et al., 2017).

2.2.3 A determinação social na relação saúde-doença

As condições sanitárias são essenciais na garantia do bem-estar e da saúde da população, e, além disso, várias investigações têm demonstrado uma relação de simbiose entre os agravos à saúde e o nível socioeconômico das pessoas (BATISTA; SCHRAMM, 2005).

As raízes históricas já seriam o prelúdio dessa realidade. Freyre (2013), em sua obra *Sobrados e Mucambos*, desnuda a realidade do século XIX em que as discrepâncias em relação ao tipo de habitação são facilmente perceptíveis. Observa-se que, aos pobres, destinavam-se os imóveis de barro, com chão de terra úmida e preta como a de cemitério, e a cobertura era feita com folhas de zinco, representando “[...] a preterição a mais completa de todas as regras higiênicas na sua construção” (FREYRE, 2013, p. 186).

A situação se agravava com a aglomeração de pessoas que ali residiam, considerando-se tais condições de higiene. Para os ricos, por outro lado, a casa trazia em sua estrutura os elementos típicos da nobreza, mais duradouros em sua composição, a exemplo de pedra e cal, adobe, telha, madeira de lei, grade de ferro. Além disso, soma-se o fato de as construções serem mais elevadas, caracterizando os sobrados e a casa-grande.

Com as imigrações e o risco das epidemias, foi instituído o Código Sanitário de 1894, tendo também sido elaborada a teoria do contágio, embasada na ideia de que as doenças se propagavam em razão da presença de um meio inadequado. Rapidamente, estas ideias passaram a relacionar-se com o meio social, atribuindo aos miseráveis urbanos a responsabilização pelas epidemias e pelos hábitos. Nesse panorama, destaca-se o seguinte:

Doença, imoralidade e pobreza se enredaram numa trama maldita de tal modo que as condições de moradia precárias eram imediatamente associadas a imoralidade e a doenças, demarcando um território rejeitado na cultura urbanística da cidade (ROLNIK, 2013, p. 41).

Para Maricato (2002), o planejamento urbano modernista, no Brasil, procurou seguir os padrões dos países cêntricos, voltando-se, porém, somente para a cidade formal ou legal, aspecto que acabou resultando numa modernização excludente e incompleta, como se percebe a seguir:

O processo de urbanização será marcado fortemente por essa herança: Embora a urbanização da sociedade brasileira se dê praticamente no século XX, sob o regime republicano, as raízes coloniais calcadas no patrimonialismo e nas relações de favor (mando coronelista) estão presentes nesse processo. A terra é um nó na sociedade brasileira... também nas cidades. A legislação é ineficaz quando contraria interesses de proprietários imobiliários ou quando o assunto são os direitos sociais (MARICATO, 2002, p. 150).

A habitação, por conseguinte, foi influenciada severamente pelas raízes históricas e pela própria legislação, que se preocupou a especificar as formas de construção nos bairros de elite e, embasada no modelo higiênico, criou a separação dos bairros residenciais para os ricos, traçando uma geografia com base na condição social. Do lado de fora desses bairros, estavam as habitações populares, que cheiravam mal, poluíam e contaminavam o ambiente (ROLNIK, 2013).

Assim, percebe-se que a própria gestão urbana e os investimentos públicos aprofundam a concentração de renda e a desigualdade, sendo o Estado completamente responsável por tal cenário. Segundo Maricato (2002), a “não cidade” é a negação da cidadania para os pobres renegados, enquanto que a “cidade” formal se constitui como uma ardilosa construção ideológica que confere à cidadania um *status* de privilégio e não a vê enquanto um direito universal.

De acordo com Hall (2011), a cidade é afetada por uma segregação determinada e definida pela renda e posição ocupada no trabalho, seguindo a mesma linha da perspectiva de Maricato (2002), segundo a qual a construção de um novo paradigma urbano pressupõe a luta por uma nova sociedade.

Além disso, os aspectos geográficos influenciam consideravelmente todos os fatores que estão presentes na relação saúde-doença, sendo necessário reconhecer que a desigualdade no âmbito da saúde é um sintoma da iniquidade social que deve gerar implicações decisivas na atuação para a redução das desigualdades sociais em saúde, ou até mesmo estimular a

formulação de diferentes estratégias, visando à redução das injustiças (BATISTA; SCHRAMM, 2005).

Para Batista e Schramm (2005), várias investigações têm demonstrado a relação existente entre os agravos à saúde e o nível socioeconômico das pessoas atingidas, e são justamente os países mais pobres que tendem a apresentar um pior desempenho sanitário quando comparados aos mais abastados.

Segundo Nogueira (2010), a saúde mostra-se como um fenômeno eminentemente humano e não apenas restrito ao um fato biológico-natural.

Para Breilh (2010), o problema em discussão deve iniciar pela determinação social da vida, e não apenas da determinação social da saúde, pois sob a sua ótica, a ação para a saúde humana não pode ser completa, sem integrá-la na luta pela defesa da vida. E foi justamente na busca de uma abertura às relações de saúde com o contexto da vida, que foi proposta a solução da epidemiologia ecológico-empírica, baseada nos princípios da teoria dos sistemas em equilíbrio, congelando a relação entre o agente, e proposto, convidado e ambiente, em um processo de história natural da doença (BREILH, 2013).

Nessa perspectiva, o problema reside no reconhecimento das características das sociedades, seus sistemas de energia e a atuação dos Estados, instituições e organizações, para colher efeitos colaterais positivos em indivíduos, que aparecem como no polo passivo, como sujeitos inviabilizados (BREILH, 2013).

Assim, as pistas potenciais evidenciam a necessidade de uma democratização da ação epidemiológica, porém os aprendizados históricos ensinaram que em contextos de grandes assimetrias nas relações de poder, boas intenções e conceitos como esses, levem a desfocagem das fronteiras entre o público e os atores sociais envolvidos no processo (BREILH, 2013). Em outras palavras, “É mais do que evidente o grande diferencial de risco ambiental ou físico a que estão cotidianamente submetidos os indivíduos, tanto em seu trabalho como no domicílio e entorno, conforme a sua posição social” (TEIXEIRA e BRONZO, 2010, p. 39).

2.3 Políticas Públicas e Arboviroses

Conforme argumentam Muller e Surel (2004), o Estado como fenômeno político do século XX e resultado da ampliação de suas estruturas, desde o final do feudalismo até à modernidade, constituiu-se em torno de um aparelho burocrático, tendo posteriormente se transformado de maneira profunda. Hoje, é percebido, principalmente, através de sua ação.

Por conseguinte, é por meio dessa ação estatal, seja ela positiva ou negativa, que o Estado se manifesta. Ademais, é relevante destacar aqui que estudar a ação pública não consiste apenas em pensar em sua legitimidade de ente político abstrata, mas sobretudo em:

Compreender as lógicas implementadas nestas diferentes formas de intervenção sobre a sociedade, em identificar os modos de relação existentes entre atores públicos e privados e em compreender como a ação pública recobre as dinâmicas imprecisas e evolutivas da fronteira entre Estado e sociedade (MULLER; SUREL, 2004, p. 9-10).

Nesse sentido, as políticas públicas surgem como resultado das ações estatais dentro da tríade: *polity* (esfera política), *politics* (atividade política) e *policies* (ação pública). Essas políticas podem ser conceituadas como “[...] o processo pelo qual são elaborados e implementados programas de ação pública, isto é, dispositivos políticos administrativos coordenados em princípio em torno de objetivos explícitos” (MULLER; SUREL, 2004, p. 13). Acrescenta-se a isso que as políticas públicas buscam, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e analisar essa ação (variável independente), podendo também propor mudanças no curso dessas ações (variável dependente) quando necessário (SOUZA, 2006).

Sob esse prisma, dois modelos se destacam na tentativa de explicar como as agendas governamentais são formuladas e alteradas. O modelo de múltiplos fluxos (*multiple streams*), de autoria de John Kingdon, configura uma referência para os estudos voltados à análise de formulação de políticas governamentais e considera as políticas públicas como um conjunto formado por quatro processos: o estabelecimento de uma agenda de políticas públicas (*agenda-setting*); a consideração das alternativas para a formulação de políticas públicas (*policy formulation*); a escolha dominante entre o conjunto de alternativas disponíveis; e a implementação da decisão (CAPELLA, 2007).

Já o modelo proposto por Frank Baumgartner e Brian Jones, denominado de equilíbrio pontuado (*punctuated equilibrium*), procura explicar de que forma se alternam momentos de rápida mudança e estabilidade com base em dois eixos: o das estruturas institucionais e o processo de *agenda-setting*. Considera-se que, para este modelo, os processos políticos são estáveis e instrumentais, mas que, às vezes, produzem grandes mudanças (CAPELLA, 2007).

As questões de saúde pública inserem-se normalmente dentro da agenda governamental, porém, somente após o surto das doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti* e a decretação da situação de emergência no país, no ano de 2015, as mesmas passaram a compor a agenda decisória, aptas a tonarem-se novas políticas, como se mostrará mais adiante.

Para Souza (2006), política pública pode ser entendida enquanto um campo do conhecimento que busca pôr o governo em ação e, também, analisar essa ação (variável independente), propondo mudanças no rumo ou no curso das ações (variável dependente) quando necessário. A formulação das políticas constitui-se como o estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e propostas de campanha através de programas e ações que trarão resultados ou alterações no mundo real.

No tocante às arboviroses, o caráter das políticas federais, voltado mais para o combate ao vetor de transmissão das doenças, e a grande quantidade de focos encontrados nas residências, contribuiu para a atribuição de culpa e responsabilidade dos agravos sobre a população. Tal discussão acabou se desviando de questões-chave como saneamento básico, acesso à água canalizada, coleta de lixo, mobilização, prevenção de doenças e promoção da saúde, cidadania etc., o que merece atenção, especialmente quando da formulação de políticas públicas voltadas para a contenção do *Aedes Aegypti*.

2.4 O Direito à Saúde e ao Desenvolvimento

Historicamente, no Brasil, o sistema de assistência à saúde vinha sendo tipicamente excludente, focado apenas em uma parcela da população e deixando de fora os menos favorecidos. Após a ditadura militar, e levando em conta a redemocratização, a ampliação da participação social e do exercício da cidadania ganhou destaque nos debates, culminando na promulgação da Constituição Federal, em 05 de outubro de 1988 (BATISTA; SCHRAMM, 2005).

O art. 3º da Constituição Federal brasileira enumera os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, que deve buscar: construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; além de promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas de discriminação. Nesse sentido, os objetivos fundamentais voltam-se, em sua essência, para os preceitos de igualdade, desenvolvimento, erradicação das desigualdades e de formas de discriminação em todas as esferas sociais.

Dentro desse contexto, o art. 6º da Carta Cidadã disserta acerca de alguns direitos, estabelecendo o seguinte: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho,

a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

Desse modo, dentre os direitos sociais constitucionalmente assegurados, o Direito à Saúde se mostra presente e possui disposição mais específica no art. 196, que estabelece que: “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). Ademais, observa-se o seguinte:

A saúde passa a ser vista como direito do cidadão e dever do Estado, fato esse, que pode ser considerado inédito na história brasileira, tendo em vista que até então, a garantia da saúde estava atrelada à previdência social e vinha num processo crescente de privatizações. Os princípios norteadores do SUS são universalidade, integralidade e equidade (FISCHBORN, 2015, p. 203).

Isto posto, o Direito à Saúde representa a ideia de universalidade por se tratar de um direito de todos, além de ser um dever do Estado por meio da instituição de políticas sociais e econômicas, visando à redução de riscos de doenças e outros agravos. Por outro lado, esse direito também se refere ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Possui como pressuposto inequívoco a ideia de justiça social no sentido de garantia de tal direito à sociedade como um todo.

Para operacionalizar tal direito e garantir a universalidade dos serviços, foi instituído o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), regulado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990). O foco da política de saúde na atenção primária, respaldada pelo SUS, resultou em programas, projetos e estratégias, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que almejavam aplicar o conceito ampliado de saúde e promover ações sociais no sentido de fortalecer a cidadania da população (FISCHBORN, 2015).

Embora tenha significado um grande avanço ao sistema de saúde, até então excludente, a implementação do SUS trouxe uma série de problemas que são enumerados a seguir:

A tensão resultante da diretriz de proporcionar o acesso universal à saúde – isto é, a todas as pessoas – em um contexto de demandas cada vez maiores, por um lado, e de recursos cada vez mais limitados, por outro; o problema de assegurar o tratamento igualitário de indivíduos com inserções sociais tão díspares, muitos dos quais, na verdade, efetivamente não inseridos, como no caso dos milhões de excluídos no País; e, o desafio de compor os dois elementos anteriores em um ideal mais amplo de justiça – qual seria ele? Algo imprescindível, sobretudo para uma sociedade tão desigual quanto a brasileira, indicada pela feliz expressão “os muitos brasis” (BATISTA; SCHRAMM, 2005, p. 130-131).

Como se observa, vários problemas decorrentes dos próprios postulados do Direito à Saúde surgiram, o que leva ao questionamento acerca da aplicabilidade prática dos ideais de universalidade e igualdade a serem assegurados pelo Estado, conforme preconiza a Carta Cidadã. Quanto a isso, tem-se que:

Entre o princípio de que a saúde seja um direito de todos – como reza a Constituição brasileira (Brasil, 2000) – e a garantia de seu cumprimento, interpõe-se uma distância considerável, visto que não basta preconizar as mesmas bases sanitárias para toda sociedade, uma vez que as demandas pessoais são deveras abrangentes, podendo, neste caso, se produzir um aguçamento das disparidades (BATISTA; SCHRAMM, 2005, p. 138).

No ano de 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), que, mais tarde, foi substituído conceitualmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta mostrou ser uma estratégia governamental para reorganizar o sistema de saúde e o modelo de atenção à saúde, desvinculando-se do modelo puramente biomédico e curativo e voltando-se para um novo conceito de saúde: contemplando visitas domiciliares, atendimento diferenciado ao usuário, com foco na prevenção e promoção a saúde. Vislumbra-se, nessa ação, uma forma de cidadania e democracia, já que abarca um conjunto de fatores como habitação, alimentação, educação, ambiente, trabalho etc. (FISCHBORN, 2015).

A atuação da Estratégia de Saúde da Família possui o intuito de fortalecer o vínculo entre a comunidade e a equipe, via atendimento periódico às famílias, objetivando: a promoção da saúde e prevenção da doença de forma permanente e no *locus* residencial; as discussões dos casos de saúde das famílias, sob a ótica interdisciplinar de vários integrantes da equipe; a facilitação ao acesso do usuário ao serviço de saúde, já que cada equipe fica responsável por um número limitado de famílias em uma área geográfica definida; a estimulação da educação em saúde da população, visando à autonomia individual e coletiva; o incentivo às ações de gestão local e controle social por parte da população; além de vários outros objetivos que têm por finalidade a qualidade de vida dos usuários (FISCHBORN, 2015).

Para Morosini, Fonseca e Pereira (2008), o conceito de saúde deve ser visto na perspectiva ampliada, não sendo suficiente apenas a garantia do acesso ao usuário aos serviços. Torna-se essencial, sobretudo, a garantia de condições de vida dignas àquele, estando vinculados, portanto, a saúde e os direitos sociais. Sob o prisma da autonomia individual e coletiva, preconizada pelo novo modelo de atenção básica, o indivíduo saudável não é apenas aquele livre de doenças, mas uma pessoa autônoma, participativa e protagonista das ações que regem sua vida.

Apesar de estar ligado aos princípios de igualdade e universalidade, o Direito à Saúde, no Brasil, mesmo após a implementação do SUS, fez com que surgisse uma série de problemas politicamente relevantes. Dentre eles, destaca-se a tensão gerada entre a necessidade de garantir o acesso universal a todos e a grande quantidade de demandas, cada vez maiores e com recursos limitados. Também se evidenciou o problema de assegurar o tratamento igualitário a indivíduos com inserções sociais tão dispares (BATISTA; SCHRAMM, 2005).

A operacionalização do Direito à Saúde pressupõe a convergência de uma série de fatores relacionados ao desenvolvimento, como equidade, injustiças socioambientais e políticas públicas. Tais aspectos vinculam-se à premissa de que o adoecimento pode transmutar-se em um gargalo para o desenvolvimento, o que denota a importância de analisá-los.

Por conseguinte, todo o estudo embasado no acervo teórico apresentado possibilitou a percepção de vários aspectos singulares, o que fomenta a necessidade de pesquisar a natureza das políticas públicas de saúde voltadas para o combate da tríplice epidemia (Degue, Zika e Chikungunya). A relação de tais políticas com o desenvolvimento, e como elas se situam em relação ao Direito à Saúde, basilar da Constituição Federal, às injustiças socioambientais e ao conceito de equidade, particularmente nas pequenas cidades, mostra-se essencial a fim de verificar a atuação efetiva do Poder Público na redução das vulnerabilidades das cidades abordadas nesta pesquisa.

3 METODOLOGIA

3.1 O desenho da pesquisa

Trata-se aqui de pesquisa de levantamento, exploratória e descritivo-analítica,² que teve como foco a natureza das políticas de saúde relacionadas ao combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, no contexto da chamada tríplice epidemia (Dengue, Zika e Chikungunya), nos municípios do Consórcio São Saruê. A investigação tomou como suporte teórico as discussões sobre a relação saúde e desenvolvimento apresentadas no capítulo anterior e, como parâmetro para a análise dos resultados, o Direito à Saúde nos termos da Constituição Federal, o conceito de injustiças socioambientais referenciado pelo campo da ecologia política (CASTRO, 2016; ALVES; SANTOS, 2017; e BALIN; MENDES; MOTA, 2014), e o conceito de equidade proposto por Amartya Sen (2002) e Nogueira (2012), todos já apresentados em capítulo anterior.

No tocante ao Direito à Saúde, a pesquisa enfocou a análise das questões da universalidade do acesso aos serviços e a inserção das políticas nas dimensões de promoção, proteção e recuperação da saúde, dispostas no art. 196 da Constituição Federal. Mais detidamente, a promoção, conforme descrita na Carta Magna, refere-se a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou agravo, mas que servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral do ser humano, possuindo claramente um caráter profilático.

A proteção, por sua vez, diz respeito à tutela de bens jurídicos conexos como vida, integridade física, ambiente e Saúde Pública e a normas administrativas do campo da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e da Saúde do Trabalhador (DE SETA; OLIVEIRA; PEPE, 2017). A recuperação, finalmente, está relacionada às práticas adotadas para tratar as doenças e sequelas deixadas, por meio de avaliações médicas, consultas, exames e medicações e através de médicos e profissionais da saúde, para o restabelecimento do paciente e a volta ao *status* anterior à instalação da doença.

Quanto às injustiças socioambientais, a preocupação é identificar as políticas voltadas às situações de danos e riscos ambientais que vitimizam, sobretudo, as populações mais pobres dos municípios estudados. Ademais, em relação à equidade, a investigação se direciona para as políticas que se destinam a desenvolver mecanismos compensatórios para os

² Este trabalho está inserido no contexto do *Projeto Zika*, Edital MCTIC/FNDCT-CNPq/ MEC-CAPES/ MS-Decit / N° 14/2016.

vitimados por desigualdades, das quais não podem ser responsabilizados. Assim, buscou-se identificar nos municípios, por exemplo, as medidas cabíveis ao atendimento aos sequelados por arboviroses (e seus resultados), destacando-se, dentre elas, pela gravidade, Zika e Febre Chikungunya.

Almejando identificar as políticas públicas implementadas e/ou executadas nos municípios (primeiro objetivo específico da pesquisa), foram adotados os seguintes procedimentos: consulta ao banco de dados do *Projeto Zika UEPB*³, contando com relatos de escutatórias⁴ (rodas de conversa) com profissionais e gestores da saúde e da educação dos três municípios em questão, sobre a tríplice epidemia (entre setembro de 2016 a setembro de 2018). As escutatórias significaram o marco inicial da relação que foi estabelecida com os gestores, profissionais e até mesmo com pessoas das populações dos municípios, pois a partir dali, foram determinadas as variáveis sobre os territórios de atuação do projeto e também conhecida a realidade de cada local. As pessoas participantes das rodas de conversa, realizadas em cada um dos municípios, pôde falar e ser ouvida, livremente, sem interrupções e para que a partir do discurso coletado, fosse feito um diagnóstico preliminar da situação vigente. A partir daí foram definidas as estratégias a serem executadas ao longo do Projeto Zika, para fins de obtenção de seus propósitos. Os dados obtidos nas escutatórias, foram, portanto, fundamentais para a análise preliminar dos dados iniciais deste estudo e também para estreitar relações com as pessoas, gestores e profissionais dos municípios, que foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa.

Além de tudo o que fora obtido nas escutatórias, outros meios foram utilizados para a obtenção e análise dos dados, como: a participação em seminários e processos formativos no âmbito do Projeto Zika UEPB; contatos e diálogos dirigidos (por meio de dispositivos tecnológicos como *e-mail*, *Whatsapp*, telefone celular) com gestores para obtenção de informações e/ou encaminhamento de pedido de informação; e levantamento documental junto às Secretarias de Saúde e Infraestrutura e Meio Ambiente da Paraíba e dos municípios estudados, *sites* e portais das prefeituras, boletins epidemiológicos, relatórios técnicos, além de *sites* como Trata Brasil, SNIS – Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento, IBGE, DATA SUS, dentre outros. Essas mesmas fontes e atores contribuíram, também, para a construção de uma leitura crítica da natureza de tais políticas e, sobretudo, para a

³ *Projeto Tecnologias Sociais e Educação Ambiental para o Controle Vetorial de Arboviroses: promovendo a saúde e a qualidade de vida no Semiárido Paraibano* (MCTIC/FNDCT-CNPq / MEC-CAPES/ MS-Decit Nº 14/2016 – Prevenção e Combate ao vírus Zika)

⁴ Escutatória significa o ato de ouvir o outro, podendo ser tecnicamente definida como uma abordagem qualitativa onde o escutador estimula os participantes a falarem e contarem suas experiências.

conformação de um quadro das chamadas injustiças socioambientais (segundo objetivo específico).

A participação efetiva no *Projeto Zika* foi importante tanto para a obtenção de dados relativos aos municípios, como também para estreitar a relação e o acesso aos gestores e servidores municipais, como agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias, coordenadores e membros do Programa Saúde na Família – PSE, dentre outros. As maiores dificuldades vivenciadas nessa parte da pesquisa foram o não retorno por parte de secretários de saúde de alguns dos municípios, além das substituições de cargos, que dificultaram a continuidade dos contatos.

Quanto à questão da equidade, além do material já coletado, foram realizadas, ainda, entrevistas semiestruturadas com sequelados (famílias atingidas pela microcefalia) e também com gestores. Os municípios-alvo dessa investigação são os únicos do Consorcio São Saruê a registrarem casos confirmados de microcefalia no intervalo de 2015-2018. As entrevistas foram realizadas *in loco*, no âmbito de residência das famílias, como forma de verificar as condições de vida, habitação, saneamento, alimentação e conforto, e de confrontá-las com os pressupostos iniciais. Buscou-se, desse modo, saber qual era o apoio efetivo que as crianças microcéfalas e suas famílias recebiam e de onde viria este apoio, bem como quais eram as maiores necessidades que possuíam. Por fim, todos os questionamentos voltaram-se para analisar se as ações dos municípios em que viviam eram capazes de minimizar as situações desproporcionais causadas pelas sequelas da doença.

As maiores dificuldades encontradas na pesquisa de campo foram justamente a negativa e a resistência de algumas famílias em participarem da entrevista, o que justifica o fato de que nem todas foram ouvidas. Também se apresentaram dificuldades no acesso, em alguns casos, principalmente com as famílias residentes na zona rural, aspecto que delongou consideravelmente o andamento da pesquisa. Além disso, um equívoco nos dados constantes na Secretaria de Saúde de um dos municípios representou um fator complicador para a pesquisa, pois, após um longo percurso por estrada sinuosa de terra com o intuito de chegar até a residência, localizamos uma criança que, de acordo com os registros da Secretaria de Saúde, seria portadora de microcefalia. Contudo, durante conversa com a mãe, foi esclarecido que, na realidade, o filho possuía paralisia cerebral.

Destaca-se ainda que as entrevistas realizadas foram gravadas e que, após a análise das informações, foi traçado um perfil socioeconômico de cada família, descrevendo as principais informações obtidas e relacionadas à microcefalia, desde a descoberta da doença até o apoio

que recebiam, culminando em uma síntese dos questionamentos formulados para a verificação da equidade.

3.2 A caracterização do campo do estudo

O *locus* da pesquisa situou-se nos municípios de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade, que compõem o Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento Sustentável São Saruê. Este foi fundado no dia 08 de maio de 2015, quando foi aprovado o seu estatuto social e eleitos os membros, após assembleia geral realizada no município de Livramento (PB). Com personalidade jurídica de direito público e de natureza autárquica, o Consórcio é composto atualmente por 12 municípios do Cariri Paraibano: Assunção, Juazeirinho, Junco do Seridó, Livramento, Pocinhos, Olivedos, Santo André, Tenório, Taperoá, Soledade, Salgadinho e São José dos Cordeiros. Sua criação teve por finalidade a articulação de parcerias para a construção de políticas inovadoras referentes à política de saneamento básico e resíduos, tendo como objetivo a promoção do desenvolvimento sustentável na sua área de atuação.

Os principais propósitos do Consórcio são os seguintes: elaboração de propostas para o desenvolvimento regional, inclusive, realizando debates e executando estudos; gestão associada de serviços públicos de saneamento básico, de transporte urbano ou intermunicipal, construção, manutenção de estradas, abatedouros e frigoríficos; implantação e manutenção de infraestrutura e equipamentos urbanos; promoção do turismo, cultura, esporte, lazer e infraestrutura; disciplina do trânsito urbano; execução de ações de desenvolvimento rural, por exemplo, o apoio à agricultura familiar; ações de assistência social e de segurança alimentar e nutricional; planejamento e execução descentralizada da política estadual de desenvolvimento urbano; participação na formulação da política estadual de planejamento e ordenamento territorial e execução das ações relativas; aquisição de bens ou execução de obras para uso compartilhado ou individual dos consorciados, e administração desses bens ou outros que sejam de gestão do consórcio.

O critério de escolha dos municípios de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade deu-se, primordialmente, por apresentarem elevados percentuais obtidos no Levantamento Rápido de Índices para o *Aedes Aegypti* – LIRAA, comparados aos demais componentes do Consórcio, no ano de 2017, momento em que se iniciou o estudo. Esse aspecto pode ser observado nos dados da tabela que se segue:

Tabela 1 – LIRAs e LIAs dos municípios do Consórcio São Saruê (ano 2017)

	Jan/17	Abril/17	Jul/17	Out/17
TENÓRIO	0,7	0,9	2,2	0,7
JUAZEIRINHO	16,5	17,1	16,3	9,3
TAPEROÁ	0,4	2,4	4,3	2,5
ASSUNÇÃO	1,9	3,3	4,1	3,5
SOLEDADE	6,3	4,8	4,7	3,7
LIVRAMENTO	1,0	2,4	2,5	1,4
SANTO ANDRÉ	1,5	0,9	1,6	0,9
OLIVEDOS	2,1	1,8	2,5	3,9
SALGADINHO	2,0	1,9	3,8	4,5
POCINHOS	13,2	6,3	18,5	6,1
SÃO JOSÉ DOS CORDEIROS	0,8	1,3	0,2	0,8
JUNCO DO SERIDÓ	2,2	2,6	1,7	2,6

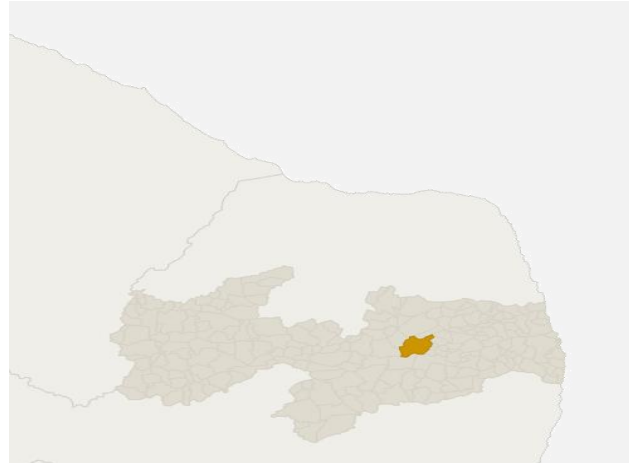
Fonte: elaboração própria.

Conforme as informações expostas na tabela acima, depreende-se que os municípios de Juazeirinho, Soledade e Pocinhos sempre apresentaram a média dos LIRAs acima dos demais municípios do Consórcio, o que justifica o critério de escolha dos mesmos para figurarem como objetos de investigação do presente estudo.

O município paraibano de Pocinhos originou-se em torno de uma fonte e de um campanário, tendo o seu nome surgido em razão da existência de diversos pequenos poços que continham água potável. A povoação da cidade teve início no século passado, quando o fazendeiro José Aires Pereira firmou a sede de suas fazendas num pequeno morro, próximo aos poços, e construiu, entre os anos de 1815 e 1817, uma capela em homenagem à Nossa Senhora da Conceição.

Após o Decreto Diocesano de 08 de dezembro de 1908, quando foi criada a Paróquia de Nossa Senhora da Conceição, desmembrada de Campina Grande, tornou-se distrito de Campina, com o nome de Pocinhos. Posteriormente, este mudou para Joffily e, mais tarde, voltou a se chamar Pocinhos. Sua emancipação política deu-se no dia 10 de dezembro de 1953, quando então passou a comportar *status* de município.

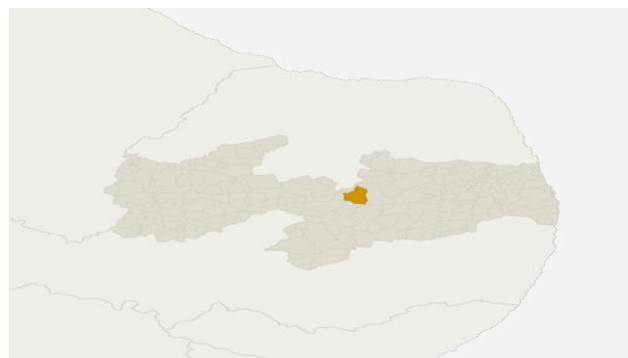
Figura 1 – Localização geográfica do município de Pocinhos – PB



Fonte: IBGE (2010).

Já o município de Juazeirinho localiza-se na região que fazia parte das sesmarias dos Oliveira Ledo, que desbravaram o Cariri e o Sertão do Estado da Paraíba. A família Oliveira Ledo fixou sua residência na *Fazenda Joazeiro*, esta figurando como uma das responsáveis pelo povoamento do lugar. Na época, existiam poucas propriedades, sendo o restante composto de terras devolutas que, aos poucos, foram sendo habitadas por colonos que fixaram residência ali com suas famílias, seus hábitos e costumes.

Figura 2 – Localização geográfica do município de Juazeirinho – PB

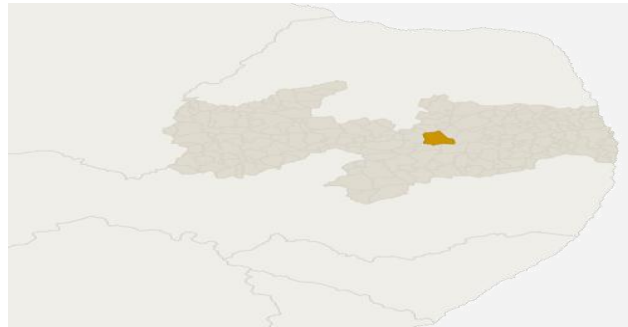


Fonte: IBGE (2010).

Por sua vez, o município de Soledade teve seu primeiro marco com a antiga fazenda do português João Gouveia e Sousa, chamada *Malhada Vermelha* por causa da grande quantidade de barro e, posteriormente, denominada *Malhadas das Areias Brancas*. A fazenda

situava-se em um dos lotes do Riacho do Padre e a primeira construção edificada na cidade foi um cemitério, que recebeu orientação do Padre Ibiapina e se destinava a enterrar os mortos da segunda epidemia da cólera-morbo que assolou a Paraíba no ano de 1894. Mais tarde, uma capela foi construída no referido cemitério e, depois, ampliada, ocupando toda a área do local.

Figura 3 – Localização geográfica do município de Soledade – PB



Fonte: IBGE (2010).

Após a especificação do nosso campo de estudo, passaremos a apresentar os resultados obtidos na pesquisa, como se verá dos capítulos seguintes.

4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA TRÍPLICE EPIDEMIA, EM POCINHOS, JUAZEIRINHO E SOLEDADE

No Brasil, após a instauração do quadro epidêmico oriundo das arboviroses, algumas medidas foram adotadas pelo Governo Federal visando ao enfrentamento das doenças e agravos notificados e considerando a situação de emergência decretada no país. Tão logo foi descoberta a relação entre o Zika Vírus e os casos de microcefalia, o Governo Federal lançou o Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, criado pelo Grupo Estratégico Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional – GEI-ESPII, no qual foram envolvidos 19 órgãos e entidades, abrangendo três eixos: mobilização e combate ao mosquito; atendimento às pessoas; e desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa.

Segundo o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, a situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN deve ser declarada nas seguintes situações: epidemiológicas; desastres; ou desassistência à população. Nesse sentido, de acordo com o diploma legal, consideram-se situações epidemiológicas os surtos ou epidemias que apresentem risco de disseminação nacional, podendo ser produzidos por agentes infecciosos inesperados, que representem reintrodução de doença erradicada, que apresentem gravidade elevada ou que extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do SUS (BRASIL, 2011).

Por sua vez, o Decreto nº 8.612, de 21 de dezembro de 2015, instituiu a Sala Nacional de Coordenação e Controle para o enfrentamento da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus, objetivando gerenciar e monitorar a intensificação das ações de mobilização e combate ao mosquito *Aedes Aegypti* para o enfrentamento das doenças. A fim de que possa cumprir os seus objetivos, a Sala deve ter as seguintes atribuições: definir diretrizes para intensificar a mobilização e o combate ao mosquito no país; coordenar as ações dos órgãos federais de disponibilização de recursos humanos, insumos, equipamentos e apoio técnico e logístico, em articulação com órgãos estaduais, distritais, municipais e entes privados envolvidos; monitorar os procedimentos adotados para intensificar as ações de mobilização e combate ao mosquito *Aedes Aegypti*; apoiar e acompanhar a instalação das Salas Estaduais, Distrital e Municipais de Coordenação e Controle; e propor aos órgãos competentes estudos e medidas para alcançar o objetivo principal do Decreto (BRASIL, 2015b).

Já o Decreto nº 8.662, de 1º de fevereiro de 2016, dispôs sobre a adoção de medidas rotineiras de prevenção e eliminação de focos do mosquito *Aedes Aegypti* no âmbito dos

órgãos e entidades do Poder Executivo Federal, através da realização de campanhas educativas, vistoria e eliminação de eventuais criadouros do mosquito, bem como por meio da limpeza de instalações públicas de funcionamento de órgãos e entidades do Poder Executivo Federal. Foi instituído o Comitê de Articulação e Monitoramento das ações de mobilização com a atribuição de acompanhar e avaliar periodicamente o cumprimento, pelos órgãos e entidades da Poder Executivo Federal, das ações dispostas no referido Decreto (BRASIL, 2016a).

A Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016, alavancou uma série de medidas de vigilância em saúde, quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito *Aedes Aegypti*. Dentre as medidas dispostas, destacam-se as seguintes: instituição do dia de sábado para a limpeza nos imóveis, com identificação e eliminação de focos de mosquito e mobilização da comunidade; realização de campanhas educativas e de orientação à população, nos meios de comunicação, sobretudo destinadas às mulheres em idade fértil e às gestantes; realização de visitas a todos os imóveis públicos e particulares para eliminação do mosquito e de seus criadouros nas áreas identificadas como potenciais locais de focos de transmissão; e ingresso forçado nos imóveis públicos e particulares que estejam em situação de abandono ou quando haja ausência ou recusa de pessoa que não permita o acesso do agente público designado para a contenção das doenças (BRASIL, 2016b).

Salienta-se ainda que os municípios, ao ganharem autonomia constitucional, para, com a União, os Estados e o Distrito Federal, disporem sobre saúde e assistência pública, podem ser implementadores de ações e políticas no âmbito local que se relacionem à problemática das arboviroses.

De acordo com Sposito (2017), a cidade pode ser entendida como “[...] expressão de cada corte do tempo da urbanização e somatória desigual desses tempos, mas ao mesmo tempo, condição para o *continuum* desse movimento” (p. 35), devendo ser vista como uma realidade material e não como paisagem estática. Para que sejam assim consideradas, as cidades devem então apresentar os atributos mínimos de complexidade.

Quanto ao aspecto geográfico, a conceituação e a classificação das aglomerações no âmbito urbano podem se dar sob vários aspectos, como o do tamanho territorial (pequenas, médias e grandes) e o do respectivo alcance territorial (locais, regionais, nacionais e globais), a depender de suas características. As pequenas cidades, no geral, apresentam estrutura fundiária mais dividida, intenso uso do trabalho e maior densidade demográfica. Com o passar do tempo, o adensamento populacional e o consumo advindo das relações de trabalho

assalariado garantiram um dinamismo comercial de pequenos núcleos urbanos, assemelhando o seu funcionamento aos das localidades centrais (SPOSITO, 2017).

Para que exista uma cidade, deve haver, portanto, uma complexidade mínima, na qual, no centro da aglomeração urbana, exista uma divisão do trabalho que seja capaz de garantir o mínimo de estrutura econômica e social. Nessa complexidade mínima, torna-se necessário que coexistam alguns elementos, como, por exemplo: as demandas básicas de, pelo menos, o dobro dos habitantes intraurbanos devem ser atendidas; além de que os estabelecimentos terciários, entre comércio e prestação de serviços, devem estar quantitativamente entre 100 a 800 (SPOSITO, 2017).

Em suma, o estudo realizado teve como objeto as políticas públicas de saúde, e enquanto *locus* de verificação os municípios paraibanos de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade, que compõem o Consórcio São Saruê, cujo objetivo precípua é promover o desenvolvimento sustentável dos municípios de sua área de atuação.

Segundo Alves (2018), os dados socioeconômicos dos municípios que compõem o Consórcio São Saruê apresentam desempenho de médio a baixo no Índice de Desenvolvimento Humano – IDH⁵, seguindo o indicador do estado da Paraíba que, no ano de 2010, foi de 0,658, estando com patamar de IDH médio.

Por conseguinte, os municípios que atuaram como objeto da pesquisa apresentam a seguinte caracterização socioeconômica:

Tabela 2 – Caracterização socioeconômica de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade

Municípios	População / 2017*	PIB per capita/2015	IDHM/2010	Classificação do IDHM	% receitas de fontes externas 2015
Pocinhos	18.622	R\$ 11.294,22	0,591	Baixo	95,6
Juazeirinho	18.213	R\$ 7.569,46	0,567	Baixo	93,8
Soledade	31.361	R\$ 22.180,98	0,631	Médio	92,3

Fonte: Adaptado de ALVES (2018).

Tais dados demonstram que a população dos três municípios, de uma forma geral, apresenta situações de vulnerabilidade econômica e social, com baixo produto interno bruto – PIB e IDH baixo (Pocinhos e Juazeirinho) e médio (Soledade).

⁵ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde.

4.1 As políticas públicas implementadas/executadas nos municípios de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade no contexto da tríplice epidemia

As escutatórias realizadas nos municípios em análise e as informações obtidas junto aos respectivos órgãos públicos evidenciaram aspectos importantes em relação às políticas públicas ou à sua falta, fornecendo subsídios elementares para a obtenção dos resultados iniciais da pesquisa.

De acordo com as informações consolidadas pelos últimos censos, realizados entre os anos de 2010 e 2018, o município de Juazeirinho, cuja gestão está atualmente a cargo do prefeito Bevilacqua Matias Maracajá, possui as seguintes características:

Quadro 2 – Informações do município de Juazeirinho – PB

Juazeirinho-PB	
Área territorial	467,526 km ²
População estimada	18.041 pessoas
Densidade demográfica	35,88 hab/km ²
Escolarização (6 a 14 anos)	97,8 %
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM	0,567
Mortalidade infantil	17,75 óbitos por mil nascidos vivos
PIB per capita	R\$ 8.017,63

Fonte: elaboração própria.

Segundo os dados mais recentes do IBGE, o município apresenta 57.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 79.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 2.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (caracterizada pela presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Em relação à saúde, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 17.75 para 1.000 nascidos vivos. As internações por motivo de diarreias são de 0.7 para cada 1.000 habitantes, conforme observa-se nos dados da última pesquisa do IBGE, feita em 2010.

No que concerne às arboviroses, Juazeirinho apresenta elevados índices no LIRAA, de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 3 – LIRAAs e LIAs do município de Juazeirinho (anos 2018/2019)

	2018				2019	
	Jan	Abr	Jul	Out	Jan	Abr
Juazeirinho	11.5	14.5	3.1	3.5	2.3	5.9

Fonte: SES/GEVS/Gerência Operacional de Vigilância Ambiental – PB.

Como se percebe pelos dados expostos, há uma situação crítica em Juazeirinho, compreendida entre os anos de 2018 e 2019, configurando-se quase sempre em alto risco para as arboviroses. Tal cenário perdura na atualidade, denotando uma gravidade iminente para um surto das doenças. A perspectiva de que a responsabilidade com a disseminação do mosquito é exclusivamente da população devido ao armazenamento inadequado de água em casa permeia o discurso de vários profissionais da saúde do município, que também se utilizam do controle químico, via inseticidas, como principal forma de combate ao vetor de transmissão das doenças.

No dia 20/04/2017, foi realizada visita ao município de Juazeirinho – PB e, contando com a presença de 31 pessoas, vinculadas, principalmente, à Secretaria de Saúde do município, vislumbrou-se um diagnóstico preliminar da realidade local. Segundo o relatório da escutatória realizada, constante no acervo documental do *Projeto Zika*, verificou-se através do discurso de funcionários da saúde a visão estatal de culpabilização da população que, segundo os relatos, armazenam água de maneira irregular e contribuem para a disseminação do mosquito e das doenças.

A própria gestão pública adota uma postura de combate ao vetor de transmissão das doenças e transfere para os cidadãos a responsabilidade em manter as residências livres do *Aedes Aegypti*. Para tanto, distribui adesivos contendo o slogan “Esta casa não cria mosquito” com a finalidade de que sejam colados na frente dos imóveis onde não são encontrados focos do mosquito.

Fotografia 1 – Adesivo distribuído em Juazeirinho – PB



Fonte: elaboração própria.

Além disso, alegou-se que a água já chega contaminada ao município, não havendo consenso entre os presentes quanto à esta questão. Assim, a controvérsia estabelecida acerca da qualidade da água confirma a inexistência de qualquer política de gestão e tratamento do recurso.

Outro ponto bastante importante detectado em Juazeirinho foi a falta de um Programa de Saúde na escola permanente. A situação se restringe à realização da *Semana de saúde na escola*, na qual a temática das arboviroses é abordada. Tornou-se visível ainda a falta de diálogo entre a Secretaria de Saúde e de Educação, que se engaja de maneira pouco efetiva no processo de combate às arboviroses.

Além disso, também se verificou a orientação que funcionários da vigilância epidemiológica da cidade recebem, esta conduzindo para a omissão de dados e gerando subnotificações no sistema, o que certamente influencia nas políticas de promoção e recuperação da saúde das várias pessoas vitimizadas por alguma das arboviroses.

O município de Juazeirinho realiza uma vez por ano o chamado *Dia D* de combate ao *Aedes Aegypti*, no qual agentes de endemias, juntamente com os alunos das escolas, dividem-se pelas zonas da cidade e realizam visitas nas residências, reforçando a questão do combate aos criadouros e a necessidade de armazenar a água de forma adequada, finalizando a atividade com a entrega do hipoclorídico que deve ser colocado nos reservatórios de água. Quando participamos *in loco* deste dia de mobilização, constatou-se que esta medida é mais midiática do que eficaz no aspecto preventivo, pois apenas reproduz o procedimento feito costumeiramente pelos agentes de endemias nas visitas que realizam nas residências durante todo o ano, não proporcionando nada de inovador no aspecto preventivo propriamente dito.

Através de registros obtidos junto à Secretaria de Saúde, foram encontradas informações sobre quais as ações específicas, com foco em Dengue, Zika, Chikungunya e

microcefalia, são adotadas em nível local nos períodos anteriores, de manifestação e posteriores da doença.

No que concerne à Dengue, o município exerce a política geral do controle de vetores, bem como ações educativas que incluem atividades em escolas e mutirões, principalmente em áreas de maior risco (as que apresentam maior índice de focos do *Aedes Aegypti*). Durante o período em que a doença acomete o paciente, os cuidados ficam a cargo das Unidades Básicas de Saúde do município e do hospital, para a volta ao *status* anterior, porém, a vigilância ambiental mantém trabalho intensificado nas regiões mais acometidas. Antes disso, o trabalho era feito apenas de casa em casa, mas hoje em dia já foi implementado o trabalho de informação e conscientização na rádio e por meio da educação nas escolas.

Nos casos de Zika e Chikungunya, ante a similaridade com a Dengue, as ações têm sido as mesmas, não havendo algo específico e restringindo-se a situação a um controle geral do agente causador. As ações diretas voltadas para os doentes seguem a critério do atendimento médico dos hospitais e das UBSFs, com a avaliação e prescrição de remédios, mantendo ativo o trabalho de controle de vetores e informação de casa em casa. Foi informado ainda que, desde o ano de 2014, quando do surgimento da doença, foi desenvolvido um trabalho mais intenso no que compete à aparição da doença, tendo continuidade até o presente momento. No entanto, este trabalho fica limitado ao controle vetorial do agente transmissor.

Em relação à microcefalia, a partir do momento em que é identificado o problema, ainda na gestação, o município de Juazeirinho informou que presta assistência e realização de exames para as gestantes, que são acompanhadas pelos profissionais do Nasf e, após o parto, continuam contando com profissionais e com o atendimento de fisioterapia para estimular as crianças. Os partos são direcionados para o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida – ISE, em Campina Grande – PB, e as famílias recebem apoio após o nascimento a criança, com a realização de puericultura todo mês, até um ano de idade. Depois desse período, as consultas são intercaladas.

Também se recebeu a informação, por meio da Secretaria de Saúde, de que as ações adotadas pelo município em relação às arboviroses atingem toda a população urbana e parte da população rural, onde são abordadas apenas as áreas mais povoadas. O trabalho preventivo, feito na rádio através de informações sobre os riscos e apelos pela colaboração dos moradores, tem alcance em todo o município. São feitas visitas de casa em casa buscando controlar o aparecimento de focos do mosquito, com tratamento focal e perifocal. Nas escolas, as ações voltam-se para as que se localizam na zona urbana, com a disseminação de palestras,

seja em grandes reuniões ou nas salas de aula, desde o nível infantil ao ensino médio, com linguagem específica para as diferentes faixas etárias.

Conforme os dados registrados pelo IBGE entre os anos de 2010 e 2018, o município de Soledade possui as características elencadas no quadro que se segue:

Quadro 2 – Informações do município de Soledade – PB

Soledade-PB	
Área territorial	560,044 km ²
População estimada	14.837 pessoas
Densidade demográfica	24,53 hab/km ²
Escolarização (6 a 14 anos)	98,5%
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM	0,616
Mortalidade infantil	-
PIB per capita	R\$ 11.294,52

Fonte: elaboração própria.

Segundo informações contidas na última pesquisa, o município possui 55,4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 93,6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0,2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (com bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2010). Os dados relacionados à saúde indicam que as internações por motivos de diarreias são de 0.8 para cada 1.000 habitantes, de acordo com os dados do ano de 2014.

Em relação às arboviroses, Soledade mantém-se em estado de alto a médio risco, conforme se verifica por meio da tabela abaixo:

Tabela 4 – LIRAs e LIAs do município de Soledade (anos 2018/2019)

	2018				2019	
	Jan	Abr	Jul	Out	Jan	Abr
Soledade	7.9	3.8	6.2	2.8	1.5	4.7

Fonte: SES/GEVS/Gerência Operacional de Vigilância Ambiental – PB.

Em Soledade, apesar da existência de larvas do mosquito nas residências, destacou-se o elevado número de focos em áreas próximas aos terrenos baldios que possuem uma grande quantidade de resíduos. Por fim, diferencia-se em relação a Pocinhos pela utilização do controle biológico, através do uso de peixes do tipo piaba, e pela consequente redução no uso de larvicidas químicos.

No dia 30/05/2017, foi realizada a escutatória no município de Soledade – PB que contou com um público de 14 pessoas. Segundo o relatório das escutórias, encontrou-se um caso de microcefalia no município e de uma pessoa que foi vítima de Chikungunya e, ante as sequelas, passou a se utilizar de cadeira de rodas.

Foi afirmando ainda que a maioria dos focos encontrados nas residências são de pessoas com grau de instrução mais baixo, aspecto que relaciona as condições de renda ao armazenamento inadequado de água. No entanto, o grande foco encontrado na caixa d'água no PSF do município leva a questionar essa relação entre renda e armazenamento de água feita sobre as situações de larvas encontradas nas residências.

O município faz uso de peixamento, através de piabas coletadas no Equador – RN, numa média de duas por tanque, como forma de reduzir o uso de larvicidas, o que pode gerar um controle eficaz, biologicamente aceito, desde que sejam observadas as condições de utilização e armazenamento dos peixes. Contudo, no controle químico, os agentes de endemias só utilizam EPIs em casos de aplicação intensa dos larvicidas, realidade que significa conduta de grande risco para a saúde dos trabalhadores, problemática recorrente em vários outros municípios do Consórcio São Saruê.

Além disso, obteve-se relato sobre o grande número de focos encontrados em áreas próximas aos terrenos baldios. Essa situação requer uma atuação mais efetiva do poder público no tocante a uma disposição ambientalmente adequada dos resíduos ali despejados, deixando clara a falta de uma política de resíduos sólidos por parte do município.

Acerca de movimentos educativos nas escolas, afirmou-se o estímulo dos alunos a levarem informações importantes sobre a prevenção do mosquito para suas casas, especialmente no que compete a questões de descarte adequado de resíduos e vedação de recipientes.

Segundo as informações registradas pelos últimos censos, entre os anos de 2010 e 2018, observam-se os seguintes dados relativos ao município de Pocinhos, cuja gestão está a cargo do prefeito Claudio Chaves Pacheco, que também exerce, atualmente, a função de presidente do Consórcio São Saruê:

Quadro 3 – Informações do município de Pocinhos – PB

Pocinhos-PB	
Área territorial	628,084 km ²
População estimada	18.429 pessoas
Densidade demográfica	27,12 hab/km ²
Escolarização (6 a 14 anos)	98,2 %
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM	0,591
Mortalidade infantil	3,34 óbitos por mil nascidos vivos
PIB per capita	R\$ 12.068,24

Fonte: elaboração própria.

Ainda segundo o IBGE (2010), Pocinhos apresenta 37.5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 78% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). No tocante à saúde, a cidade destaca-se nos dados oficiais em virtude da taxa de mortalidade infantil, que apresenta média de 3.34 para 1.000 nascidos vivos, e ainda pelas internações em razão de diarreias, que são de 0.8 para cada 1.000 habitantes.

No que diz respeito às arboviroses, Pocinhos demonstra os seguintes percentuais nos últimos LIRAA, de 2018 e 2019:

Tabela 5 – LIRAA e LIAs do município de Pocinhos (anos 2018/2019)

	2018				2019	
	Jan	Abr	Jul	Out	Jan	Abr
Pocinhos	8.1	3.9	2.7	1.2	3.3	1.5

Fonte: SES/GEVS/Gerência Operacional de Vigilância Ambiental – PB.

Como se observa, em Pocinhos houve uma redução significativa dos índices do LIRAA, em comparação com o período de janeiro de 2018, momento que estava em alerta vermelho, passando a ficar no amarelo, porém, ainda em risco médio. Destaca-se também que a maior quantidade de focos do mosquito é encontrada no interior das residências. Além

disso, o município utiliza-se do controle químico, através do uso de larvicidas, feito pelos agentes de controle às endemias, e, muitas vezes, a população faz uso desta água até mesmo para beber.

No município de Pocinhos – PB, a escutatória foi efetuada no dia 05/07/2017, com a presença de 19 pessoas, e foi unânime a informação de que a maior quantidade de focos do mosquito é encontrada dentro das residências. Conforme acervo do relatório da escutatória realizada, mostrou-se clara a política voltada para o controle químico, através dos inseticidas, que, segundo a coordenação da vigilância sanitária, vêm em número muito pequeno e não atende a toda a demanda. A própria população só permite a entrada dos agentes de endemias caso estes estejam portando o inseticida a ser colocado, levando em consideração a capacidade total do reservatório e não a quantidade de água existente no momento, sendo utilizado, inclusive, na água que se destina ao consumo das pessoas.

Esta constatação é preocupante, visto que o uso do controle químico indiscriminado pode ocasionar outros agravos à saúde. Aliás, chamou a atenção a situação de um agente de endemias que teve alterações importantes nas taxas sanguíneas e que se afastou durante algum tempo de suas atividades. Houve também o relato de outros sintomas, como dores de cabeça, dores nas juntas e nos ossos, ardência na pele e tosse seca, o que reflete uma omissão do poder público sobre a segurança do trabalho de seus agentes de endemias, que chegam a passar até quatro anos sem realizarem exames.

Ainda segundo o relato em Pocinhos, observou-se que o controle biológico através do uso de piabas não é mais realizado na cidade em razão da dificuldade em adquirir os peixes no período de estiagem e pelo fato da grande quantidade de cloro na água ser responsável por matá-los.

Dentre outras estratégias já realizadas na cidade, está a distribuição de material educativo, a identificação com adesivos das casas que não possuem larvas, de caráter estimulante, grupos de apoio às gestantes, *Dia D*, atividades educativas nas escolas e trabalho em conjunto com a Secretaria de infraestrutura sobre a questão do lixo, embora sem muito sucesso.

A Secretaria Municipal de Pocinhos, no ano de 2017, instituiu o Plano Municipal de contingência dos agravos transmitidos pelo *Aedes Aegypti*, com base na situação epidemiológica do município, que, de janeiro a julho de 2017, teve as seguintes notificações de arboviroses:

Tabela 6 – Relatório da situação epidemiológica de Pocinhos (janeiro a julho de 2017)

RELATÓRIO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM RELAÇÃO À NOTIFICAÇÃO DA TRÍPLICE								
EPIDEMIA – Janeiro a Julho de 2017								
AGRAVOS NOTIFICADOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	TOTAL
DENGUE	00	03	01	00	00	00	02	06
ZIKA	00	00	01	00	00	00	00	01
CHIKUNGUNYA	02	00	00	01	01	00	00	04

Fonte: Secretaria de Saúde de Pocinhos – PB.

Assim, foi consolidado no município o plano de ação contra o *Aedes Aegypti*, contendo objetivos, ações, metas, atores envolvidos e o lapso temporal em que as ações contingenciais seriam realizadas, conforme quadro abaixo:

Quadro 4 – Plano de ação contra o *Aedes Aegypti* de Pocinhos

Objetivos	Ações	Metas	Atores Envolvidos	Datas
- Realizar o peixamento em todos os depósitos de grande porte do município.	- Indicar e remunerar uma pessoa para pescar as piabas. - Disponibilizar um transporte para levar as piabas ao ponto de entrega.	- Eliminar 100% das larvas e pulpas dos grandes reservatórios de água.	- Acs, Ace, equipe de vigilância ambiental, secretaria de saúde, gestão, rádios comunitárias, igrejas e sindicatos.	01 de setembro a 31 de outubro
- Ampliar a coleta de lixo nos bairros recém formados do município.	- Divulgação com a comunidade dos dias de coleta de lixo. - Panfletagem	- Sensibilizar a população para manter seus terrenos e arredores limpos. - Coletar o lixo em 100% das ruas do município e fazer a destinação adequada.	- Secretaria de infraestrutura. - Acs, Ace, equipe de vigilância ambiental, secretaria de saúde, gestão, rádios comunitárias, igrejas e sindicatos	01 de outubro a 31 de outubro
- Eliminar os focos nos domicílios	- Visitas frequentemente e sensibilização do	- Eliminar 100% dos criadouros do mosquito nos	- Acs, Ace, equipe de vigilância ambiental, secretaria de saúde,	01 de setembro a 31 de

fechados.	proprietário.	domicílios fechados.	gestão, rádios comunitárias, igrejas e sindicatos.	outubro
- Combater a negligência da população sensibilizando-os aos riscos à saúde dos mesmos e familiares.	- Mapeamento e monitoramento das áreas de riscos.	- Sensibilizar a população para manter seus terrenos e arredores limpos.	- Acs, Ace, equipe de vigilância ambiental, secretaria de saúde, gestão, rádios comunitárias, igrejas e sindicatos.	01 de setembro a 31 de outubro

Fonte: Secretaria de Saúde de Pocinhos – PB.

Apesar de as ações estipuladas no plano de contingência continuarem sendo praticadas em Pocinhos, o município também adotou medidas complementares como distribuição de repelentes para as regiões que possuem mais casos confirmados e para as gestantes, realização constante de exames laboratoriais, e mutirões conduzidos pela Vigilância Ambiental, visitando as áreas de risco com o intuito de eliminar os focos do mosquito e realizar ações educativas com a população a fim de prevenir novos focos.

Em números específicos, tem-se o quantitativo das doenças causadas pelo Aedes Aegypti dentro do período de 2015 a 2018, conforme fica exposto no quadro abaixo:

Tabela 7 – Quantitativo Dengue, Zika e Chikungunya em Juazeirinho, Pocinhos e Soledade (de 2015 a 2018)

Dengue				
Município/Ano	2015	2016	2017	2018
Juazeirinho	239	244	20	456
Pocinhos	59	135	10	33
Soledade	7	4	1	18
Zika				
Município/Ano	2015	2016	2017	2018
Juazeirinho	-	87	1	29
Pocinhos	-	179	4	8
Soledade	-	24	0	0
Chikungunya				
Município/Ano	2015	2016	2017	2018
Juazeirinho	0	101	0	0
Pocinhos	0	136	7	2

Soledade	0	9	0	1
Microcefalia				
Município/Ano	2015	2016	2017	2018
Juazeirinho	4	1	0	0
Pocinhos	0	0	0	0
Soledade	1	0	0	0

Fonte: Secretaria de Saúde da Paraíba.

Segundo se observa, em relação à Dengue, vê-se que, no município de Juazeirinho, ocorreu um aumento significativo dos casos da doença no ano de 2018, em número inclusive maior do que os registrados no período de auge da tríplice epidemia, entre os anos de 2015 e 2016. O município de Pocinhos conseguiu uma redução considerável dos casos nos anos de 2017 e 2018 em relação ao pico da epidemia em 2016. Já em Soledade não foram registrados números significativos de Dengue. No entanto, observou-se um pequeno aumento dos casos no ano de 2018, em relação aos anteriores.

Sobre a questão da Zika, destaca-se o significativo número de casos no ano de 2016, ápice da epidemia do Zika Vírus, acompanhando os números em nível de Brasil, Nordeste e Paraíba, onde os maiores casos de Zika se verificaram no ano de 2016, chegando a mais de 200 mil casos no país e mais de 75 mil casos no Nordeste. Esse cenário pode ser observado na tabela abaixo, em que se apresenta a situação das arboviroses nos níveis nacional, regional, estadual e no Consórcio São Saruê:

Tabela 8 – Quantitativo Dengue, Zika, Chikungunya e Microcefalia (SC) no Brasil, Nordeste, Paraíba e Consórcio São Saruê (anos 2015 e 2016)

	2015				2016			
	DEN	ZKV	CKG	SC	DEN	ZKV	CKG	SC
BRASIL	1.638.058	-	36.254	4.120	1.487.673	210.897	263.598	8.604
NORDESTE	313.192	-	34.169	*	323.558	75.733	229.157	*
PARAIBA	23.374	-	136	100	35.714	4.942	19.276	99
SÃO SARUÊ	499	-	2	7	581	338	413	1

Fonte: elaboração própria.

Já nos anos de 2017 e 2018, observou-se uma redução considerável nos casos tanto de Zika como das demais arboviroses, conforme se verifica pela tabela seguinte:

Tabela 9 – Quantitativo Dengue, Zika, Chikungunya e Microcefalia (SC) no Brasil, Nordeste, Paraíba e Consórcio São Saruê (anos 2017 e 2018)

2017					2018			
	DEN	ZKV	CKG	SC	DEN	ZKV	CKG	SC
BRASIL	221.550	16.616	182.263	2.647	218.337	7.544	80.010	505
NORDESTE	79.474	4.946	2.074	*	65.501	2.184	10.744	*
PARAIBA	3.805	286	1.741	10	10.801	567	1.019	4
SÃO SARUÊ	36	5	33	0	612	39	28	0

Fonte: elaboração própria.

No Brasil, os números de incidência de Dengue, Zika e Febre Chikungunya sofreram alterações desde o período inicial da tríplice epidemia, em 2015, até o ano de 2018. No entanto, esses índices ainda se mostram elevados, de acordo com os dados expostos pela tabela abaixo, mostrando os números por região:

Tabela 10 – Quantitativo Dengue, Zika e Chikungunya por região (de 2015 a 2018)

Região	Dengue (2015)	Dengue (2016)	Zika (2015)	Zika (2016)	Febre Chikungunya (2015)	Febre Chikungunya (2016)
Norte	31.411	39.011	-	12.973	1.280	8.526
Nordeste	327.212	324.815	-	76.016	36.433	235.136
Centro Oeste	231.105	205.786	-	34.284	227	1.800
Sudeste	1.047.279	858.273	-	91.053	495	24.478
Sul	51.681	72.650	-	993	64	1.884
Região	Dengue (2017)	Dengue (2018)	Zika (2017)	Zika (2018)	Febre Chikungunya (2017)	Febre Chikungunya (2018)
Norte	20.947	15.516	2.018	1.096	16.322	8.714
Nordeste	82.158	65.627	5.092	2.301	141.790	10.946
Centro Oeste	76.584	90.865	6.080	1.620	3.675	13.800
Sudeste	50.341	66.982	3.755	2.969	22.290	50.575
Sul	2.342	2.674	80	38	267	259

Fonte: elaboração própria.

Por conseguinte, constata-se a maior incidência de casos de arboviroses sobretudo nas regiões Nordeste e Centro Oeste, abrangendo os anos de 2015 e 2016, período inicial da tríplice epidemia, até os anos de 2017 e 2018.

Destaca-se aqui que o relatório do Trata Brasil, do ano de 2018, apresentou informações importantes acerca do saneamento básico no país. No documento, foram analisados, dentre outros fatores, variáveis como atendimento de água, coleta de esgoto e o respectivo tratamento.

No quesito atendimento de água, constatou-se que apenas 20 municípios brasileiros contam com 100% de atendimento total de água, e 21 com o índice de 99% de serviços universalizados. O valor mínimo encontrado foi de 29,98%, caso do município de Ananindeua, no Pará. Desses 20 municípios que atingiram 100% dos serviços, apenas 5 se situam na região Nordeste e os demais se dividem entre as regiões Sul e Sudeste. Dos 10 municípios que ocuparam as últimas posições desse *ranking*, contando com os menores percentuais de atendimento universal de água, 6 estão situados na região Norte do país e os 4 restantes pertencem ao Nordeste (2), ao Centro Oeste (1) e ao Sudeste (1).

Ainda sobre o atendimento de água, na zona urbana os valores apresentaram um pequeno aumento, e verificou-se 42 municípios brasileiros com 100% de atendimento urbano de água, e 14 municípios quase universalizados, com 99%. O valor mínimo encontrado foi de 30,10%, novamente no município de Ananindeua, no Pará. Dos 42 municípios com 100% de atendimento, 8 estão na região Nordeste, 1 na região Norte, 3 no Centro Oeste e os 30 restantes nas regiões Sul e Sudeste. Já os 10 municípios que estão no final do *ranking*, ocupando as piores posições, localizam-se predominantemente na região Norte, com 6 no total, e os demais são do Nordeste (2), do Sudeste (1) e do Centro Oeste (1).

Visualiza-se que, em atendimento de água (seja na perspectiva total ou na zona urbana), as regiões Sul e Sudeste apresentam melhores índices em relação ao Norte e Nordeste, o que pode certamente influenciar num número menor de arboviroses, tendo em vista a relação que existe entre as falhas no abastecimento de água e a incidência das doenças causadas pelo mosquito *Aedes Aegypti*. A causa não seria a falta de água em si, mas a insegurança hídrica causada por ela, fato que, muitas vezes, obriga as pessoas a armazenarem água de forma inadequada, propiciando o surgimento de criadouros para o mosquito. Dentro desse contexto, observa-se: “No Nordeste, cerca de 80% dos depósitos de larvas de mosquito foram encontrados em reservatórios de água, boa parte deles improvisados para contornar os problemas de abastecimento” (BRASIL, 2017b, p. 112).

Quanto ao indicador coleta de esgoto, em que é mostrada a porcentagem da população total do município que possui o seu esgoto coletado, analisou-se que apenas os municípios de Cascavel – PR e Piracicaba – SP possuem 100% de coleta e que outros 10 apresentam índice igual ou superior a 98, podendo também ser considerados universalizados. O mínimo da

população atendida com o serviço de coleta de esgoto, segundo o relatório, foi de 0,75%, no município de Ananindeua – PA.

Dentre os primeiros 20 municípios que estão no topo desse *ranking*, nenhum está localizado nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, estando todos situados nas regiões Sul e Sudeste. Além disso, dos 10 municípios que apresentaram os índices mais baixos, 7 pertencem à região Norte e o restante ao Nordeste (2) e ao Centro Oeste (1).

No espaço urbano, o indicador de coleta de esgoto informa que 6 municípios brasileiros possuem 100% e que 12 contam com mais de 98%. Novamente, acompanhando a tendência da coleta, em relação à população total, os 20 primeiros municípios do *ranking* se situam nas regiões Sul e Sudeste e os 10 piores estão nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste.

Referente ao tratamento do esgoto, o indicador mostra, em relação à água consumida, qual é a porcentagem do esgoto que é tratada para uso da população. 6 municípios apresentaram valor máximo de 100% de tratamento de esgoto, e 16 indicaram valores superiores a 80%, o que os coloca na condição de universalizados no contexto deste *ranking*.

No *ranking* dos 20 melhores índices, estão os municípios de Salvador – BA, Campina Grande – PB, Maceió – AL e Vitória da Conquista – BA, situando a região Nordeste, entre os outros 16 municípios da região Sul e Sudeste que apresentaram os melhores resultados quanto ao tratamento do esgoto na questão da água consumida. Na lista dos 10 piores índices, observaram-se 6 municípios da região Sudeste e 4 da região Norte.

O resultado deste *ranking* torna-se bastante curioso e evidencia uma dicotomia entre os indicadores de coleta de esgoto geral e no espaço urbano e o percentual de esgoto, realmente tratado para o consumo humano. Os primeiros índices, quanto à coleta, demonstram bons resultados para as regiões Sul e Sudeste. No entanto, 6 municípios do Sudeste estão entre os 10 que apresentaram os piores índices de tratamento do esgoto para consumo, o que pode justificar o alto índice de arboviroses, especialmente o crescimento vertiginoso de casos de Chikungunya, que aumentaram em mais de 50% entre os anos de 2017 e 2018.

Tais resultados evidenciam a questão regional, na qual os locais que recebem menos investimentos e se distanciam mais do nível dos grandes centros urbanos são mais prejudicados em serviços básicos como esgotamento sanitário e abastecimento de água.

Os municípios objeto desta investigação seguem a regra descrita até aqui, e várias lacunas nos serviços essenciais são observadas. Alves (2018) aponta que os municípios do Consórcio São Saruê, de forma geral, sofrem com a falta de estrutura básica, apresentando problemas com água encanada, saneamento básico e coleta e manejo de resíduos sólidos, e

não apresentam muita perspectiva de mudança, o que os torna em locais potenciais para a proliferação de mal-estar, como o Zika Vírus (ALVES, 2018).

Dos três municípios estudados, apenas em Juazerinho a Companhia de Água e Esgotos da Paraíba – CAGEPA presta os serviços de água e de esgotamento sanitário. Em Pocinhos e Soledade, embora a CAGEPA seja a responsável por fornecer os serviços de água, o esgotamento sanitário fica a cargo de ambas as prefeituras municipais (ALVES, 2018).

Acerca da população atendida pelos serviços de água e esgotamento sanitário em São Saruê no período de 2007 a 2016, tem-se os seguintes resultados:

Tabela 11 – Atendimento de água e esgotamento sanitário nos municípios do Consórcio São Saruê

Consórcio São Saruê	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº de habitantes atendidos com abastecimento de água	49.865	52.109	48.158	45.753	44.732	52.474	53.338	34.158	32.466	45.756
Nº de habitantes atendidos com esgotamento sanitário	0	0	1.500	0	0	750	750	9.693	693	18.431

Fonte: Adaptado de ALVES (2018).

Dentro de um período de nove anos, fica visível o pequeno avanço no tocante ao atendimento dos serviços de água e esgotamento sanitário às populações dos municípios do Consórcio São Saruê. Quanto à água, verifica-se inclusive uma diminuição dos números, comparando os anos de 2007 e 2016, e, sobre o esgotamento, após vários anos sem nenhuma parcela da população ser beneficiada, o número total mostra-se insuficiente, considerando a população geral de todos os municípios do Consórcio.

Segundo Alves (2018), os investimentos em saneamento básico no âmbito do Consórcio São Saruê são muito baixos, e entre os anos de 2007 a 2016, os municípios participantes tiveram um investimento total em abastecimento de água e esgotamento sanitário no valor de R\$ 8.947.398,09 (oito milhões, novecentos e quarenta e sete mil, trezentos e oitenta e nove mil e nove centavos), sendo de recursos próprios dos municípios tão

somente R\$ 172.791,98 (cento e setenta e dois mil, setecentos e noventa e um reais e noventa e oito centavos), no período de dez anos.

Assim, as más condições de vida da população no entorno de suas moradias, decorrentes de tais carências, ocasionam uma maior incidência das doenças de veiculação hídrica. Isso, conseqüentemente, afeta a saúde pública, que, por sua vez, não se mostra capaz de atender à todas as demandas que lhe chegam, gerando um círculo vicioso em que nem as causas e nem os efeitos são solucionados de maneira eficaz.

4.2 A natureza das políticas – Direito à Saúde, injustiças socioambientais e equidade

O segundo objetivo proposto deste estudo procurou analisar a natureza das políticas públicas, tomando como parâmetros o Direito à Saúde, nos termos da Constituição Federal, o conceito de injustiças socioambientais referenciado pelo campo da ecologia política, e o conceito de equidade proposto por Amartya Sen.

Conforme a Constituição Federal de 1988, o Direito à Saúde caracteriza-se como um gênero dos direitos sociais capitulados no art. 6º do texto constitucional e englobam, além da saúde, os direitos à educação, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao transporte, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, e à assistência aos desamparados. Assim, no Brasil, a saúde articula-se a uma série de outras garantias sociais que devem ser destinadas a todos os cidadãos.

Segundo o art. 23 da Constituição, é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras atribuições, cuidar da saúde e assistência pública, cabendo a estes entes a formulação de políticas a serem implementadas. De forma específica, o art. 30, inciso VII, estabelece que cabe aos municípios prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população (BRASIL, 1988). Por conseguinte, aos municípios é destinada a obrigação constitucional de atender às pessoas nas demandas voltadas à saúde.

O art. 196 da Constituição Federal conceitua o Direito à Saúde enquanto um 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).

Sob essa perspectiva, observou-se em Juazeirinho que as ações voltadas para as arboviroses são destinadas à totalidade da população urbana. No entanto, a zona rural do

município não é totalmente atendida, ficando o trabalho restrito apenas às áreas mais povoadas, o que afeta negativamente à universalidade do Direito à Saúde, capitulado, como já mencionado, no art. 196 da Constituição Federal.

Quanto às políticas com foco na redução do risco de doença e outros agravos e na busca da promoção, proteção e recuperação da saúde, pode-se afirmar que o município em questão adota algumas ações específicas direcionadas às arboviroses. Tomando por base as três dimensões do Direito à Saúde, elas são enumeradas a seguir de acordo com a natureza de promoção, proteção e recuperação da saúde:

Quadro 5 – Direito à Saúde – Juazeirinho

Direito à Saúde – Juazeirinho		
Promoção	Proteção	Recuperação
- Semana de Saúde na Escola	- Dia D de combate ao Aedes Aegypti	- Cuidados médicos aos doentes nas UBSs e hospitais
- Ações educativas nas rádios, escolas e mutirões em áreas de maior risco		
	- Assistência às gestantes de bebês com microcefalia e nos pós-parto	
	- Apoio às famílias dos bebês com microcefalia, com a realização de puericultura todo mês, até 1 ano de idade, intercalando, após esse período	

Fonte: elaboração própria.

Como se percebe, as ações elencadas acima possuem vinculação com as três dimensões do Direito à Saúde. No entanto, alguns pontos verificados, conforme informações obtidas junto à Secretaria de Saúde do município e através da escutatória realizada, podem representar óbices ao direito investigado, a exemplo da política geral de combate e controle ao vetor de transmissão das doenças, não atentando para as causas estruturais que influenciam no aparecimento de focos do mosquito. Além disso, a inexistência de uma política de gestão e tratamento da água significa um fator negativo à promoção e à proteção da saúde das pessoas que fazem uso da água no ambiente doméstico.

Isto posto, destaca-se que a falta de integração entre as secretarias do município de Juazeirinho, o pouco engajamento da Secretaria de Educação nas ações preventivas e a inexistência do Programa de Saúde na escola, de caráter permanente, mostram-se como pontos desfavoráveis à promoção e proteção do Direito à Saúde. Ademais, vê-se ainda uma ausência de políticas específicas voltadas para as pessoas sequeladas pela Chikungunya e Microcefalia, aspecto que também afeta o Direito à Saúde nas dimensões de proteção e de recuperação.

Finalmente, a idéia de culpabilização da população que norteia o discurso da gestão do município de Juazeirinho e a constatação de subnotificações dos agravos, conforme alegado por vários profissionais de saúde na escutatória realizada, prejudicam consideravelmente as políticas que competem às três dimensões do Direito à Saúde já referidas.

Em Pocinhos também se observaram algumas ações que se relacionam com essas dimensões. Elas são descritas abaixo:

Quadro 6 – Direito à Saúde – Pocinhos

Direito à Saúde – Pocinhos		
Promoção	Proteção	Recuperação
- Ampliação da coleta de lixo	- Realização de Dia D de combate ao Aedes Aegypti	- Realização de exames nos pacientes
- Material educativo e adesivos distribuídos nas residências	- Grupo de apoio às gestantes de bebês com microcefalia	
- Trabalho educativo no ambiente escolar	- Uso de peixamento em todos os depósitos de grande porte da cidade para eliminação de larvas	
- Trabalho de sensibilização da população para manter os terrenos e arredores limpos	- Eliminação de focos nos domicílios fechados	
- Integração da Secretaria de infraestrutura na questão do lixo		
- Distribuição de repelentes à gestantes e às áreas mais afetadas		
- Mutirões realizados pela		

vigilância ambiental

Fonte: elaboração própria.

Com base nessas informações, visualiza-se que o município de Pocinhos apresenta ações voltadas para as dimensões de promoção e proteção da saúde, predominando o caráter profilático. Tais ações restringem-se à recuperação, ao setor médico hospitalar, com a realização de exames, não tendo sido informada qualquer política com ênfase às pessoas que apresentam sequelas das arboviroses e, principalmente, às afetadas pela microcefalia.

Constatou-se em Pocinhos a utilização do controle químico, através do intenso uso de inseticidas, o que pode afetar consideravelmente a saúde tanto da população como dos agentes de endemias, visto que um deles chegou a relatar a presença de sintomas, como dores de cabeça, dores nas juntas e nos ossos, ardência na pele, tosse seca e importantes alterações nas taxas sanguíneas.

No município de Soledade também foram registradas algumas ações desenvolvidas, conforme quadro abaixo:

Quadro 7 – Direito à Saúde – Soledade

Direito à Saúde – Soledade		
Promoção	Proteção	Recuperação
- Ações educativas com os alunos, com o intuito de levarem informações aos pais.	- Controle biológico, através de piabas.	- Assistência médica durante e depois do adoecimento. - Tratamento psicológico, fonoaudiológico e fisioterápico às vítimas da microcefalia, e encaminhamento aos centros especializados, quando necessário.
- Conscientização das pessoas na atenção básica	- Tratamento nas residências das pessoas doentes.	

Fonte: elaboração própria.

Os dados expostos acima demonstram que as ações desenvolvidas em Soledade se enquadram nas três dimensões do Direito à Saúde. Apresentam um diferencial, porém, em relação aos outros dois municípios, no que concerne à dimensão de recuperação: além da

assistência médica, também prestada nas demais localidades, Soledade realiza um apoio direcionado às vítimas da microcefalia, através de tratamento psicológico, fonoaudiológico e fisioterápico, assim como encaminhamento aos centros especializados quando se faz necessário. Embora não haja possibilidade de recuperação ou de cura para a microcefalia, os tratamentos direcionados aos doentes são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida e bem-viver. Observamos, aliás, a inexistência de ações voltadas para as pessoas que tiveram sequelas de Chikungunya, sobretudo considerando-se que há registro no município (caso de uma pessoa vítima de Chikungunya que, ante as sequelas deixadas, passou a utilizar-se de cadeira de rodas).

Assim, a informação obtida de que é grande a quantidade de focos encontrados em terrenos baldios denota uma ausência de política de resíduos sólidos, que afeta negativamente o Direito à Saúde e o meio ambiente. Esse cenário prejudica consideravelmente a população que vive no entorno desses locais e acentua ainda mais as suas vulnerabilidades.

Outras constatações que representam óbices ao Direito à Saúde em Soledade decorrem do controle químico feito no combate ao mosquito, através de inseticidas e afins, agravados pelo fato de que os agentes de endemias relataram, de forma unânime, o não uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI, o que traz sérios riscos à saúde dos mesmos no desempenho de suas funções laborais.

Observa-se, portanto, que as ações dos municípios identificados possuem foco em medidas que procuram coibir apenas o vetor de transmissão, não eliminando as causas estruturais que propiciam o nascedouro dos focos e criadouros do mosquito. Nesse sentido, tais ações se mostram ineficazes, levando em consideração a continuidade do elevado índice do LIRAA, recorrente nos municípios estudados.

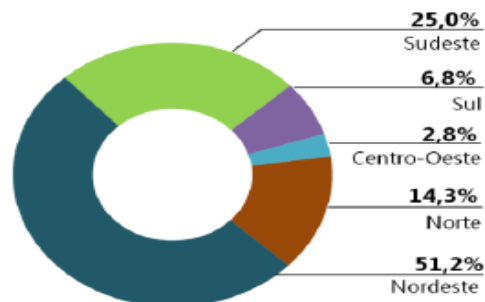
Verifica-se ainda a pouca ou inexistente atuação conjunta entre saúde e educação, o que certamente desfavorece o processo instrutivo e didático, especialmente das ações de promoção e de caráter profilático às arboviroses. Não se identificou, por fim, nenhuma política pública que tenha sido implementada, de forma inédita, por nenhum dos três municípios pesquisados. Estes se limitam a reproduzir os protocolos e as ações já executadas, atuando de maneira bem generalista quanto à promoção, proteção e recuperação da saúde, sem ações específicas e inovadoras que sejam capazes de trazer resultados efetivos para a realidade local.

4.3 As injustiças socioambientais: o cenário ideal para o *Aedes Aegypti*

A questão do manejo e destinação dos resíduos sólidos representa uma problemática para os municípios brasileiros, especialmente para os de pequeno porte. Nesse aspecto, foi observado um *déficit* de 51,2% da região Nordeste em relação ao serviço de coleta domiciliar de resíduos sólidos, quando comparada às demais regiões brasileiras. Essa informação se verifica por meio do seguinte gráfico, extraído do Diagnóstico do manejo dos resíduos sólidos urbanos do SNIS, do ano de 2017:

Figura 4 – Déficit do serviço de coleta de resíduos sólidos por região (2017)

DISTRIBUIÇÃO DA ESTIMATIVA DO DEFICIT DO SERVIÇO DE COLETA DE RDO EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO URBANA, SEGUNDO REGIÃO GEOGRÁFICA – SNIS-RS 2017

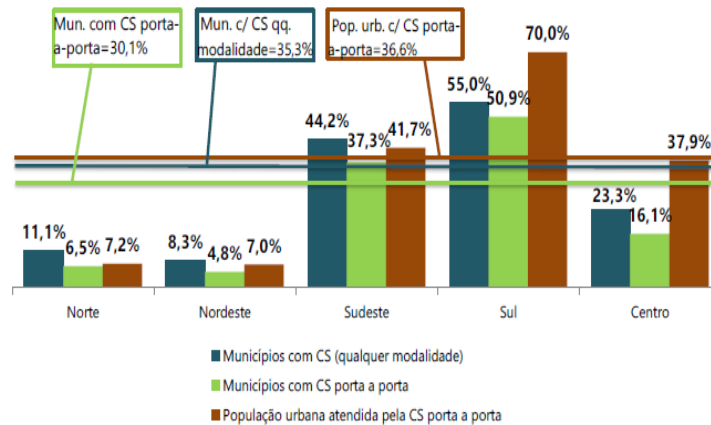


Fonte: SNIS (BRASIL, 2017c).

Nota-se ainda uma discrepância entre o Nordeste e os municípios de outras regiões quanto ao percentual de coleta seletiva de resíduos, apresentando baixos índices em todas as modalidades de coleta, bem como acontece com a região Norte em relação às regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Segundo o próprio SNIS, esses dados “[...] reforçam, mais uma vez, a nitidez das diferenças regionais” (BRASIL, 2017c), aspecto que se observa abaixo:

Figura 5 – Percentual de coleta seletiva de resíduos por região (2017)

PERCENTUAIS DA OCORRÊNCIA DO SERVIÇO DE COLETA SELETIVA DE RDO DOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES, SEGUNDO MODALIDADE DE COLETA E REGIÃO GEOGRÁFICA – SNIS-RS 2017



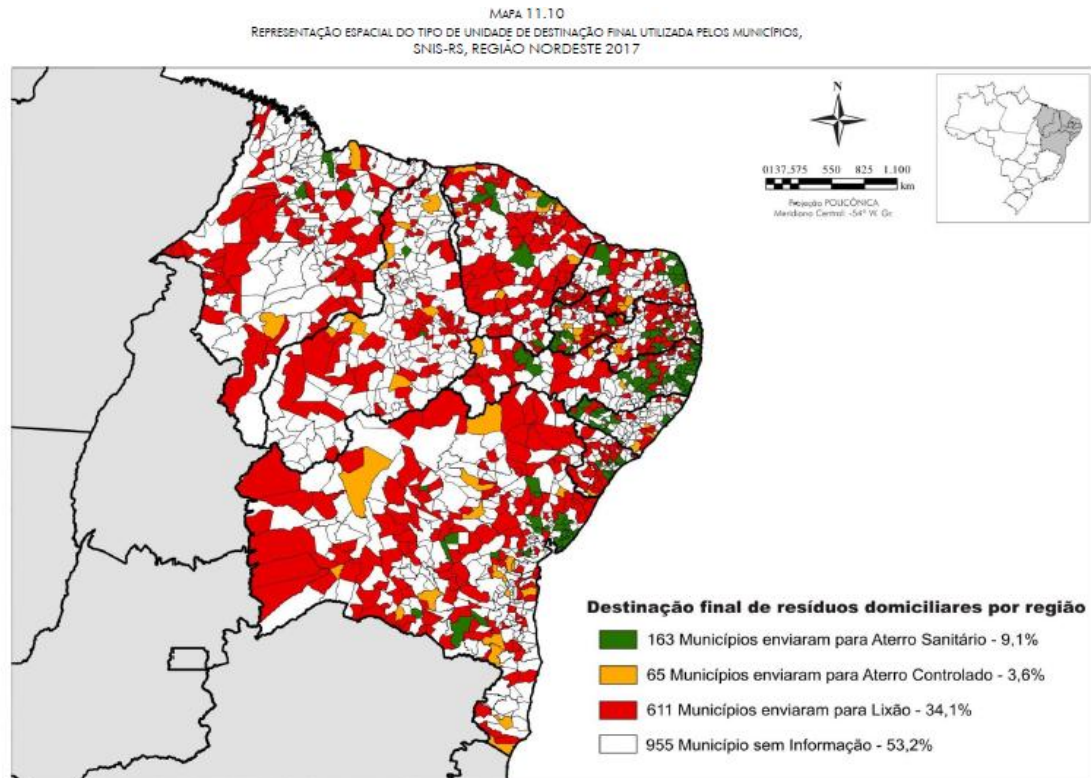
Fonte: SNIS (BRASIL, 2017c).

Pelo diagnóstico do SNIS, depreende-se que o indicador médio da despesa total do município com o manejo dos resíduos sólidos urbanos, quando rateada pela população urbana, em nível nacional, resulta em uma despesa per capita anual de R\$ 121,62/habitante, apresentando o Nordeste um valor menor, ou seja, uma despesa de R\$ 92,71/habitante, abaixo da média nacional.

Em relação às unidades de processamento que se constituem como “[...] toda e qualquer instalação – dotada ou não de equipamentos eletromecânicos – em que quaisquer tipos de resíduos sólidos urbanos sejam submetidos a alguma modalidade de processamento” (BRASIL, 2017c), o SNIS permite observar a existência de 620 lixões no Nordeste, em relação aos 157 no Norte, 87 no Sudeste, 41 no Sul e 186 no Centro-Oeste, sendo este tipo de unidade de processamento de resíduos predominante no cenário nordestino.

Desses dados, compreende-se ainda que “[...] é na região Nordeste que ocorre, de longe, o maior envio de resíduos para este tipo de unidade, 3,9 milhões de toneladas, ou 55,9% do total enviado para esse tipo de unidade no país” (BRASIL, 2017c). Além de ser a região que mais possui lixões nos municípios, o Nordeste produz a maior quantidade de resíduos. Abaixo, tem-se a representação espacial do tipo de destinação final utilizada pelos municípios da região Nordeste:

Figura 6 – Tipo de unidade de destinação dos resíduos dos municípios do Nordeste (2017)



Fonte: SNIS (BRASIL, 2017c).

Assim, nos três municípios estudados, a situação acompanha a tendência regional, observando a predominância de destinação dos resíduos em lixões e a total falta de coleta seletiva.

Ademais, o histórico do tipo de destinação do lixo, conforme dados do saneamento constantes no Data SUS, informa que, no ano 2000, os municípios de Juazeirinho, Pocinhos e Soledade possuíam os seguintes percentuais quanto à destinação dos resíduos:

Tabela 12 – Proporção de moradores por tipo de destinação do lixo (Juazeirinho, Pocinhos e Soledade – ano 2000)

	Coletado	Queimado (na propriedade)	Enterrado (na propriedade)	Jogado	Outro destino
Juazeirinho	43,5	22,9	1,3	7,9	24,4
Pocinhos	47,4	17,1	1,5	32,3	1,6
Soledade	67,4	12,3	0,4	19,9	-

Fonte: Data SUS.

Do ano de 2017, quando do início da coleta de dados nos eventos realizados no âmbito do *Projeto ZIKA*, até o presente momento, a situação não sofreu qualquer alteração quanto ao tratamento e à destinação dos resíduos sólidos. Abaixo, estão dispostos registros do lixão do município de Juazeirinho, que se situa em um local cujo entorno possui moradias e constante trânsito de pedestres e veículos:

Fotografia 2 – Lixão de Juazeirinho



Fonte: elaboração própria.

Fotografia 3 – Lixão de Juazeirinho



Fonte: elaboração própria.

O município de Pocinhos realiza coleta de lixo durante três vezes na semana, através de caminhão aberto. Já tentou implementar a coleta seletiva local, contudo, sem muito êxito, razão pela qual não avançou em tal modalidade. Já em Soledade as informações colhidas

apontam que a coleta de lixo é regular (o carro passa dia sim, dia não). No entanto, o que se viu no local representa uma situação diversa, com grande descarte e acúmulo de materiais e resíduos, até mesmo na saída da cidade, conforme registro abaixo:

Fotografia 4 – Saída de Soledade



Fonte: elaboração própria.

No que concerne à questão hídrica, segundo informações obtidas por meio do Data SUS, verificam-se as seguintes situações quanto ao tipo de abastecimento de água nos municípios pesquisados, entre os anos de 1991 a 2000:

Tabela 13 – Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água (Juazeirinho)

Abastecimento Água	1991	2000
Rede geral	28,6	0,3
Poço ou nascente (na propriedade)	18,4	9,6
Outra forma	53,0	90,1

Fonte: IBGE/Censos Demográficos.

Além disso, visualiza-se em Juazeirinho a continuidade da predominância do abastecimento de água por outras formas, sem utilização da rede geral e compreendendo um aumento significativo desse percentual a partir do ano 2000, partindo do ano de 1991.

Tabela 14 – Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água (Pocinhos)

Abastecimento Água	1991	2000
Rede geral	29,3	41,7
Poço ou nascente (na propriedade)	1,0	11,7
Outra forma	69,7	46,6

Fonte: IBGE/Censos Demográficos.

Já em Pocinhos, como se percebe, a situação ficou equiparada a partir do ano 2000, sendo o tipo de abastecimento da cidade dividido, quase que de forma equânime, entre a rede geral e outras formas. Vê-se também que houve um aumento significativo do acesso à rede geral, em comparação ao ano de 1991.

Tabela 15 – Proporção de moradores por tipo de abastecimento de água (Soledade)

Abastecimento Água	1991	2000
Rede geral	35,7	27,6
Poço ou nascente (na propriedade)	17,2	7,1
Outra forma	47,1	65,3

Fonte: IBGE/Censos Demográficos.

Finalmente, distingue-se que, em Soledade, a predominância do abastecimento de água por outras formas manteve-se entre 1991 a 2000, tendo havido uma diminuição na utilização de poço ou nascente na propriedade.

Conforme se compreende dos dados expostos até aqui, tem-se que os três municípios, até o ano de 2000, possuíam a maioria da população, valendo-se de abastecimento de água alternativo à rede geral de água e esgoto pública. De acordo com as informações coletadas no âmbito das ações do *Projeto ZIKA*, verificou-se o seguinte panorama no ano de 2017 quanto ao abastecimento de água nos municípios de Juazeirinho, Pocinhos e Soledade:

Quadro 8 – Abastecimento de água em Juazeirinho, Pocinhos e Soledade (2017)

Município	Abastecimento de Água
Juazeirinho	Água a cada 15 dias e 80% da cidade, abastecida por caminhão pipa.
Pocinhos	Água vinda do açude de Boqueirão, 3 dias na semana, com 100% de abastecimento na zona urbana.
Soledade	Água a cada 15 dias, com maioria da população, utilizando-se de poços artesianos, sem qualquer interferência do poder público, quanto à qualidade da água.

Fonte: elaboração própria.

No que concerne ao tipo de instalação sanitária, divisam-se as seguintes proporções de quantitativos de moradores atendidos, no período compreendido entre os anos de 1991 e de 2000:

Tabela 16 – Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária (Juazeirinho)

Instalação Sanitária	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	-	24,2
Fossa séptica	0,1	5,9
Fossa rudimentar	30,9	30,1
Vala	0,8	4,5
Rio, lago ou mar	-	0,5
Outro escoadouro	9,2	11,4
Não sabe o tipo de escoadouro	0,3	-
Não tem instalação sanitária	58,7	23,4

Fonte: IBGE/Censos Demográficos.

No município de Juazeirinho havia a predominância de ausência de instalações sanitárias no ano de 1991, tendo, a partir do ano de 2000, ocorrido a predominância de fossa rudimentar, com apenas 24,2% dos moradores cobertos pela rede geral de esgoto ou pluvial.

No ano de 2010, os dados do IBGE revelaram que 57,6% da população de Juazeirinho possuíam esgotamento sanitário adequado, representando uma significativa melhora em relação ao início do ano de 2000, quando apenas 24,2% dos moradores utilizavam-se da rede geral.

Tabela 17 – Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária (Pocinhos)

Instalação Sanitária	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	-	13,9
Fossa séptica	2,0	6,6
Fossa rudimentar	47,1	42,5
Vala	0,2	1,1
Rio, lago ou mar	-	-
Outro escoadouro	0,1	6,1
Não sabe o tipo de escoadouro	0,2	-
Não tem instalação sanitária	50,3	29,8

Fonte: IBGE/Censos Demográficos.

Já em Pocinhos, conforme se observa, a situação verificada no ano de 1991 apontava que a maioria de moradores não possuía instalação. A partir do ano de 2000, porém, passou a predominar a utilização de fossa rudimentar, com somente 13,9% atendidos pela rede geral de esgotos. Os dados mais atuais do IBGE, do ano de 2010, informaram que apenas 37,5% da população do município possui esgotamento sanitário adequado, evidenciando o pequeno avanço em relação ao ano de 2000, quando a maioria dos moradores utilizava-se de fossa rudimentar.

Tabela 18 – Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária (Soledade)

Instalação Sanitária	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	0,2	45,7
Fossa séptica	0,2	9,9
Fossa rudimentar	38,9	20,4
Vala	2,9	2,3
Rio, lago ou mar	-	0,3
Outro escoadouro	19,8	0,7
Não sabe o tipo de escoadouro	0,1	-
Não tem instalação sanitária	37,9	20,7

Fonte: IBGE/Censos Demográficos.

Percebe-se que apenas o município de Soledade conseguiu melhorar a situação, migrando da maioria que se utilizava de fossa rudimentar e sem qualquer instalação sanitária para contar, no ano de 2000, com 45,7% da cidade coberta pela rede geral de esgotos ou pluvial. Já em Juazeirinho e Pocinhos o histórico dos dados demonstra que, embora metade da população tenha saído da ausência total de instalações sanitárias, a maioria dos moradores ainda se valiam do uso de fossa rudimentar até o ano de 2000.

Quanto a isso, os dados do IBGE, de 2010, revelaram que 55,4% dos moradores de Soledade possuíam esgotamento sanitário adequado, melhorando a situação em comparação aos anos anteriores, quando mais de 40% dos moradores utilizavam-se de fossa rudimentar ou não possuíam instalações sanitárias.

Fatores como a precariedade nos sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta e destinação final dos resíduos sólidos, drenagem urbana, bem como a higiene inadequada, constituem-se enquanto ameaças à saúde da população, sobretudo para os grupos menos favorecidos (JOHANSEN; CARMO, 2014). Caracterizam, portanto, injustiças socioambientais que são capazes, dentro do contexto, de favorecer o surgimento do mosquito *Aedes Aegypti* no meio urbano e rural e de gerar o adoecimento da população. Acrescenta-se o seguinte:

Fatores associados ao modo de organização das populações humanas têm papel decisivo no estabelecimento de criadouros de *A. Aegypti*, junto aos núcleos populacionais urbanos. A forma complexa e caótica pela qual se processa a urbanização nos países de capitalismo tardio ou dependente, onde o progresso obedece inexoravelmente aos interesses ditados pela necessidade de reprodução do capital, em detrimento do bem-estar da população, cria condições extremamente favoráveis ao estabelecimento de nichos ecológicos que se constituem em excelentes criadouros para o *A. aegypti* (CHIEFFI, 1985, p. 1).

A ação pública deve, portanto, buscar trajetórias e inovações tecnológicas, desde que voltadas para o bem-estar coletivo, sem reproduzir os padrões de consumo das minorias oriundos do processo industrial e perpetuados até a atualidade, fazendo assim com que prevaleçam as melhorias nas condições de vida e de trabalho da maioria da população brasileira.

A importância de tais temáticas para a agenda pública resta evidenciada, visto que os investimentos públicos no meio urbano podem tanto melhorar a qualidade de vida da população como também contribuir para o crescimento dos demais setores sociais, sendo totalmente simbiótica a relação entre os casos de arboviroses e as falhas estatais observadas no âmbito do planejamento urbano e regional.

Nesse contexto, o mosquito não pode ser visto como o único responsável pelo mal-estar causado nas cidades pelas doenças disseminadas. Já foi reconhecido por pesquisadores e representantes do Grupo de Saúde e Ambiente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco que é fundamental debater um modelo centrado não apenas no combate ao mosquito, mas nas desigualdades socioambientais e em todas as suas consequências. Sob esse prisma, deve ser priorizada uma agenda que fomente o saneamento básico, a reforma urbana, o tema do lixo, o acesso à água de qualidade, assim como a minimização das desigualdades sociais e de saúde (BRASIL, 2017b).

Ressalta-se então que a visão setorializada e não integrada de que as arboviroses constituem-se como matéria inerente apenas ao campo da saúde é equivocada, sendo de extrema importância valorizar a intervenção nas causas determinantes, permeando todos os setores da gestão pública.

A solução para problemas como a ocupação desordenada dos espaços urbanos, a deficiência de saneamento básico, a inadequação do acondicionamento, a coleta e o destino do lixo, a mudança de atitude da população e a manutenção das ações de controle dos vetores precisa ser abordada com a efetivação de políticas públicas integradas e contínuas numa ação conjunta das três esferas de governo (BRASIL, 2017b).

Além disso, o processo de urbanização brasileiro foi responsável por construir cidades extremamente desiguais e trespassadas de iniquidades regionais, sendo tal realidade ainda mais clara no caso das epidemias. Isso evidencia um quadro de determinação social na relação saúde e doença.

Em estudo realizado na cidade de São José do Rio do Preto – SP, no ano de 1995, após uma epidemia de Dengue que assolou a localidade no ano de 1990, foram tomados como parâmetros de análise três tipos de moradia: estratificadas, com numerações de 1 a 3, cujas características diferiam pela renda e nível de escolaridade de seus habitantes, e em ordem decrescente. Nos resultados da pesquisa, constatou-se que o coeficiente de incidência dos casos foi inversamente proporcional aos níveis sociais das residências, ou seja, foram maiores nas moradias mais simples e de baixa renda e menores nas mais abastadas e cultas, confirmando a existência de determinantes socioeconômicos no caso de moléstias como a Dengue (COSTA, 1998). Nesse sentido, compreende-se que:

Se levarmos a coesão social para incorporar problemáticas da (in)justiça social e (des)igualdade, podemos começar a ver que o meio ambiente, assim como as outras “arenas” examinadas nesse contexto específico, está envolto em relações sociais desiguais, assimétricas e completamente injustas (SWYNGEDOUW; COOK, 2017, p. 68).

No campo da Ecologia Política, estudiosos afirmam que relações desiguais de poder são inerentemente ligadas ao metabolismo da natureza e que, portanto, o ambiente urbano surge em consequência, incorporando relações desiguais de poder segundo as quais os detentores do poder são capazes de controlar quem tem acesso aos melhores recursos, a qualidade desses recursos, e quem pode decidir como esses recursos serão usados (SWYNGEDOUW; COOK, 2017). Dessa forma, as relações desiguais, estruturalmente presentes na sociedade, são responsáveis por vitimizar as parcelas mais pobres da sociedade e favorecer a manutenção dos quadros de injustiças sociambientais.

Por conseguinte, o estudo realizado observou a ocorrência de tais injustiças nos municípios de Juazeirinho, Pocinhos e Soledade, materializadas pelas falhas no abastecimento de água, pelo saneamento básico inexistente e deficitário, pela ausência de política de manejo e destinação dos resíduos sólidos. Todos esses elementos tornam o ambiente urbano totalmente insalubre para as pessoas mais necessitadas e configuram o cenário ideal para o favorecimento das arboviroses causadas pelo *Aedes Aegypti*.

4.4 A equidade: minoração das desigualdades estruturais?

Para a avaliação da equidade como forma de mitigação das desigualdades, de acordo com o que estabelece Amartya Sen, este estudo buscou verificar os meios compensatórios com o intuito de assegurar às pessoas mitigadas no processo social similares possibilidades de melhorarem suas condições de vida, mesmo ante as sequelas da doença. A pesquisa lançou foco então aos sequelados de microcefalia, em virtude da Síndrome Congênita do Zika Vírus, a fim de analisar as políticas públicas que são direcionadas a essas pessoas vitimizadas de forma permanente pelas arboviroses.

De modo a localizar os familiares das crianças que nasceram com microcefalia, efetivou-se uma busca por informações de telefone e endereço junto ao Centro Especializado de Reabilitação – CER, situado no bairro de Bodocongó, em Campina Grande, onde funcionava a antiga AACD – Associação de Apoio à Criança e ao Adolescente. Segundo dados obtidos nas Secretarias de Saúde dos municípios estudados, percebeu-se que todas as crianças realizavam tratamento no CER.

Fotografia 5 – Centro Especializado de Reabilitação – CER (Campina Grande – PB)



Fonte: elaboração própria.

Embora se tenha conseguido o contato de algumas mães de crianças atingidas, almejou-se um primeiro contato com as mesmas dentro no próprio CER a fim de explicar a pesquisa e manter essa aproximação na realização das entrevistas. Entretanto, notou-se que grande parte das mães deixou de frequentar o Centro, passando a ser atendida exclusivamente no IPESQ – Instituto de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto, organização civil, sem

fins econômicos e de caráter filantrópico. Fundado em 2008 e localizado no bairro do Santo Antônio, em Campina Grande, o Instituto encontrava-se sob direção da Dr^a. Adriana Suely de Oliveira Melo, médica campinense, pioneira nos estudos e na descoberta da ligação entre a microcefalia e a ocorrência do Zika Vírus na gestação.

A partir disso, nos dirigimos ao IPESQ e lá fomos informados de que, por ordem da direção, não seria autorizado qualquer tipo de pesquisa no âmbito do Instituto, além das que já eram realizadas no local. Esse cenário dificultou o primeiro contato com as mães das crianças, visto que as mesmas passam o dia no IPESQ e então retornam aos seus municípios.

Em relação às crianças que continuaram o atendimento junto ao CER, destacamos que, em duas vezes, tentamos uma abordagem antes do horário previsto para o atendimento das mesmas, mas fomos informados de que as mães e as crianças não haviam comparecido por falta de transporte, o que impossibilitou a primeira conversa no espaço do CER. Assim, diante das dificuldades em realizar o primeiro encontro em Campina Grande, tanto pelos desencontros no CER, como pelos obstáculos impostos pela direção do IPESQ, optamos por nos dirigir até os três municípios a fim de realizar as entrevistas de forma direta e observar, *in loco*, as condições de vida e moradia das crianças e suas famílias.

Em contato telefônico prévio, marcou-se entrevista com algumas mães, tendo uma delas se recusado veementemente a participar da pesquisa, alegando que já possuía vínculo com o IPESQ e que teria que pedir autorização à Dr^a. Adriana Melo para prestar qualquer informação fora do Instituto. Em razão dessa recusa, a referida mãe saiu da amostra do estudo, composta inicialmente por 4 casos e passando posteriormente a contar com os três casos remanescentes.

Os questionamentos formulados tiveram o propósito de verificar qual era o apoio que a família recebia em razão da doença da criança, e quem o prestava, bem como qual era a qualidade desse apoio. Tais questionamentos também objetivaram investigar as carências da família e se existia alguma diferenciação de tratamento destinado pelo município, por conta da microcefalia, para fins de analisar a questão da equidade nos casos dos sequelados.

Para chegar até a residência da primeira família, no município de Juazeirinho, encontramos dificuldades de acesso, visto localizar-se em um sítio da zona rural a cerca de 12 km do centro da cidade, conforme se verifica pelo registro abaixo:

Fotografia 6 – Estrada que dá acesso à residência da Criança 1



Fonte: elaboração própria.

Fotografia 7 – Rua da residência da Criança 1



Fonte: elaboração própria.

Após o trajeto por uma estrada de terra que contava com todas as dificuldades de localização, tratando-se de zona rural, chegamos à casa da primeira criança (denominada aqui Criança 1), nascida em 13/02/2016, que residia com a mãe, o pai e uma irmã de oito anos de

idade, esta possuidora de deficiência mental. A família apresentava o seguinte perfil socioeconômico:

Quadro 9 – Perfil socioeconômico – Criança 1
Criança 1 – Juazeirinho

Data de Nascimento	13/02/2016
Tipo de Residência	Própria, construída com a ajuda de familiares, na terra do avô paterno.
Cômodos da casa	Sala, cozinha, dois quartos, banheiro e quintal.
Idade dos pais	Mãe: 31 anos e Pai: 44 anos
Profissão dos pais	Mãe: do lar e Pai: agricultor
Escolaridade dos pais	Mãe: ensino fundamental incompleto e Pai: analfabeto
Renda familiar mensal	R\$ 171,00 do Programa Federal Bolsa Família

Fonte: elaboração própria.

Fotografia 8 – Residência da Criança 1



Fonte: elaboração própria.

A casa estava localizada às margens de uma estrada de terra, e a localidade em questão não possuía serviços de coleta de lixo, nem de esgotamento sanitário, sendo os resíduos sólidos queimados próximo à residência. Ao lado do imóvel, observou-se a existência de uma

plantação de feijão, mantida pelo genitor da Criança 1. No entanto, notou-se a impossibilidade de viver exclusivamente da agricultura familiar em razão de a atividade depender do plantio e de chuvas, que na região são bastante esporádicas.

Fotografia 9 – Pequeno cultivo de feijão o lado da casa da Criança 1



Fonte: elaboração própria.

A residência da família era de caráter simples, e embora fosse uma construção de tijolo e telhas, visualizou-se a carência de elementos básicos de moradia, especialmente no tocante às instalações sanitárias e acesso aos serviços de água e esgoto. Não havia abastecimento de água encanada, de modo que se fazia o uso de uma cisterna recebida a partir de um programa do Governo Federal. Quando faltava água na cisterna, a família recorria ao Açude Genival Matias, conforme observa-se nos registros abaixo:

Fotografia 10 – Cisterna que abastece a casa da Criança 1



Fonte: elaboração própria.

Fotografia 11 – Depósitos utilizados para armazenamento de água – Criança 1



Fonte: elaboração própria.

Fotografia 12 – Instalações sanitárias da residência – Criança 1



Fonte: elaboração própria.

Fotografia 13 – Cozinha da casa, sem acesso à água encanada – Criança 1



Fonte: elaboração própria.

A mãe da Criança 1 confirmou que foi acometida por Zika quando estava com 3 meses de gravidez, tendo realizado o pré-natal na cidade de Campina Grande – PB. Porém, como a criança nasceu prematura, a mãe só veio descobrir a microcefalia no último ultrassom antes do parto, ocorrido no ISEA – Instituto de Saúde Elpidio de Almeida, em Campina Grande.

Após voltar para casa com a bebê recém-nascida, a mãe relatou que não recebeu qualquer orientação especial para cuidar da filha microcéfala e que a única vez em que contou com visita médica em sua residência foi por meio de um médico cubano, do *Programa Mais Médicos*. As ausências também foram percebidas quanto à atenção básica no município, tendo a mãe alegado que já haviam se passado quatro anos sem visitas de agentes comunitários de saúde. Assim, ela só pôde regularizar a situação depois de a irmã do esposo ter se integrado à equipe dos ACSs e destinado visitas à casa da família.

Quanto aos questionamentos específicos para a verificação da existência de políticas públicas municipais, no tocante ao parâmetro da equidade, com fins de mitigação do quadro de desigualdade ante a existência da doença, foram condensadas as respostas fornecidas pela família da Criança 1 no quadro que se segue:

Quadro 10 – Questionamentos de Equidade – Criança 1

Criança 1 – Juazeirinho

1. Que tipo de apoio recebem para o tratamento da doença?	Transporte para o tratamento em Campina Grande
2. De quem vem esse apoio?	Município de Juazeirinho
3. Qual a qualidade desse apoio? Por que?	Ruim, já houve vezes de ser esquecida em Campina pelo motorista e as vezes não consegue vaga no veículo.
4. Qual a assistência que têm na atenção básica?	Todo o tratamento da criança é feito em Campina Grande, não havendo nenhuma assistência específica por parte do município.
5. Recebe o Benefício da Prestação Continuada?	Não. Deu entrada em Patos, mas foi negado.
6. Existe algum apoio diferenciado, por parte do município, por causa da doença?	Não, apenas o transporte, nas condições relatadas acima.

Fonte: elaboração própria.

Compreendeu-se que a situação da família da Criança 1 era bastante precária, não havendo qualquer política específica para compensar a especificidade da doença. Inclusive, em diligência realizada na Secretaria de Saúde do município, a Criança 1 não figurava nos registros de casos de microcefalia, motivo pelo qual só se chegou até a mesma via lista obtida junto ao CER de Campina Grande.

Observou-se, portanto, o caso de uma família totalmente negligenciada pelo poder público municipal local, que sobrevivia somente com uma ínfima quantia que recebia do *Programa Bolsa Família*, e que contava com a ajuda de familiares para se sustentar. Além disso, a situação tornava-se mais delicada em razão das duas crianças especiais que precisavam de tratamento médico de qualidade, com fisioterapia e fonoaudiologia, e que necessitavam se deslocar, apesar de todas as dificuldades, para a cidade de Campina Grande, a fim de passar pelo tratamento que o seu município de origem não fornece.

Para chegar até a residência da família da segunda criança abordada (doravante denominada Criança 2), no município de Juazeirinho, contamos com o auxílio de uma ACS local que nos conduziu até a casa. A visita foi feita no mesmo dia em que encontramos a

Criança 1. Não percebemos dificuldade no acesso, levando em consideração a localização do imóvel, na zona urbana, nas proximidades do centro da cidade e em rua calçada, conforme demonstram os registros abaixo:

Fotografia 14 – Rua da residência da Criança 2



Fonte: elaboração própria.

Fotografia 15 – Frente da residência da Criança 2



Fonte: elaboração própria.

Fotografia 16 – Rua da residência da Criança 2

Fonte: elaboração própria.

A Criança 2 era um menino nascido em 25/12/2015, residindo com o pai e a mãe, um casal jovem, e ainda com um irmão mais novo, em um imóvel simples e alugado. Sobre o perfil socioeconômico da família, tem-se o seguinte:

Quadro 11 – Perfil socioeconômico – Criança 2**Criança 2 – Juazeirinho**

Data de Nascimento	25/12/2015
Tipo de Residência	Alugada
Cômodos da casa	Sala, cozinha, um quarto e um banheiro.
Idade dos pais	Mãe: 25 anos e Pai: 27 anos
Profissão dos pais	Mãe: do lar e Pai: faz bicos como gesseiro
Escolaridade dos pais	Ambos possuem ensino fundamental incompleto
Renda familiar mensal	1 Salário mínimo (Benefício da Prestação Continuada)

Fonte: elaboração própria.

Embora a residência estivesse localizada no centro da cidade, a situação da família também era precária. A casa possuía os seguintes cômodos: sala, cozinha, um quarto e um

banheiro. O imóvel contava com abastecimento de água encanada pela rede geral, três vezes durante a semana, e, em razão disso, observou-se a existência de baldes e recipientes para armazenar água, inclusive a presença de uma caixa d'água aberta, como se vê nos registros abaixo:

Fotografia 17 – Caixa d'água da casa – Criança 2



Fonte: elaboração própria.

Fotografia 18 – Depósitos utilizados para armazenamento de água – Criança 2



Fonte: elaboração própria.

Fotografia 19 – Instalações sanitárias da residência – Criança 2



Fonte: elaboração própria.

A rua era servida por esgotamento sanitário. Entretanto, notou-se que os dejetos eram destinados a um fossão próximo ao imóvel, não havendo nenhum tipo de tratamento dos mesmos. A residência também contava com coleta de lixo, feita três vezes durante a semana, mas não havia coleta seletiva nem destinação dos resíduos para aterro controlado, indo tudo para o lixão da cidade.

A mãe da Criança 2 não teve Zika na gestação, mas seu esposo sim, tendo a transmissão do Zika Vírus se dado através da relação sexual. A genitora relatou que ficou sabendo que seu filho tinha microcefalia durante a gestação, quando da realização de ultrassom. Após o nascimento da criança, a mãe informou que recebeu orientações apenas no Hospital Pedro I, em Campina Grande, e que não recebeu visita de qualquer profissional do município encarregado de fornecer alguma orientação sobre os cuidados com uma criança especial. A mãe emocionou-se muito durante a entrevista e afirmou que sua vida mudou de forma substancial após o nascimento do filho, que a situação ficou bem mais difícil, visto que a doença trazia limitações e exigia que a mãe se dedicasse integralmente à criança. Além disso, a genitora disse depender da ajuda de familiares, tanto financeiramente como nos cuidados com o outro filho quando precisava se deslocar para Campina Grande, onde a Criança 2 passava por tratamento no CER e no IPESQ.

Os questionamentos específicos para a verificação da existência de políticas públicas municipais, no que concerne ao parâmetro da equidade em razão da microcefalia, tiveram as seguintes respostas dadas pela família da Criança 2:

Quadro 12 – Questionamentos de Equidade – Criança 2

Criança 2 – Juazeirinho

1. Que tipo de apoio recebem para o tratamento da doença?	Transporte para o tratamento em Campina Grande. Já chegou a receber 4 latas de leite, por mês, na gestão passada, mas não mais na atual, mas a avó materna teve que abrir mão do auxílio do gás dela, para que o neto fizesse jus às referidas caixas de leite.
2. De quem vem esse apoio?	Município de Juazeirinho
3. Qual a qualidade desse apoio? Por que?	Considerou o apoio do carro bom, mas poderia ser mais confortável, visto que viaja com criança.
4. Qual a assistência que têm na atenção básica?	Todo o tratamento da criança é feito em Campina Grande, não havendo nenhuma assistência específica por parte do município.
5. Recebe o Benefício da Prestação Continuada?	Sim, no valor de um salário mínimo mensal.
6. Existe algum apoio diferenciado, por parte do município, por causa da doença?	Não, apenas o transporte para Campina Grande.

Fonte: elaboração própria.

Em relação à família da Criança 2, observamos um maior nível de informações em razão de que ela residia na zona urbana, tendo, inclusive, conseguido o Benefício da Prestação Continuada – BPC, disposto na Lei Federal nº 13.301, de 27 de junho de 2016, que garante o benefício mensal no valor de um salário mínimo vigente, temporário, pelo prazo máximo de três anos, desde que a criança tenha sido vítima de microcefalia decorrente da infecção pelo Zika Vírus. O mesmo nível informativo não se verificou na família da Criança 1, que nem mesmo possuía registro da doença da criança na Secretaria municipal de Saúde, certamente

por residir num sítio afastado do centro da cidade, o que demonstrou uma grave falha na política de saúde local.

No entanto, como se sabe, o BPC é temporário e, após o seu prazo, as crianças que o recebem acabam ficando totalmente desassistidas financeiramente. No caso da Criança 2, esta só poderá contar com a força de trabalho de um genitor, tendo em vista a dedicação exclusiva da mãe para os cuidados com os dois filhos.

Ao procurarmos a residência da terceira criança com microcefalia em Juazeirinho, contamos com a ajuda de uma agente de combate às endemias e percorremos uma longa e tortuosa estrada, de difícil acesso, conforme se percebe por meio do registro que se segue:

Fotografia 20 – Estrada de terra, a caminho da residência da próxima criança



Fonte: elaboração própria.

Após quase meia hora para encontrar a casa e depois de prévio contato telefônico com a mãe da criança, chegamos até a residência em questão, situada em um lugar bastante ermo dentro da zona rural de Juazeirinho. Contudo, ao iniciarmos a entrevista e questionarmos se a microcefalia da criança tinha sido oriunda do Zika Vírus na gestação, para nossa surpresa, recebemos a informação de que a criança não possuía microcefalia, mas sim paralisia cerebral.

Nesse caso, o que mais chamou nossa atenção foi o fato de que constava nos registros da Secretaria municipal de Saúde que a referida criança era portadora de microcefalia, fato que representa um equívoco no tocante às notificações.

Posteriormente, dirigimo-nos até a casa da terceira criança acometida de microcefalia (aqui designada Criança 3) no município de Juazeirinho. Destacamos, quanto a essa

abordagem, que não conseguimos o contato da família junto ao CER de Campina Grande, mas através de informações passadas pela mesma ACE que havia nos levado até a casa da Criança 2.

Ao chegar na residência em que vivia a Criança 3, ficamos aguardando a mãe, que estava participando de uma reunião na escola dos outros filhos, e constatamos que ali era, na realidade, a casa da avó materna da criança. Isso se explicou pelo fato de que a família tinha se mudado há pouco tempo, já que residiam em um sítio afastado da cidade e que a mãe da criança tinha quatro filhos pequenos, precisando do auxílio de sua própria mãe para cuidar das crianças. O cenário levava em consideração, além disso, que a genitora se encontrava naquele momento sem companheiro.

Quando a mãe da Criança 3 chegou, começamos a entrevista e a mesma informou que, devido a sua residência se situar a 17 km do centro da cidade, a família passava o dia na casa da avó materna. Ela também relatou que, por não poder cuidar das crianças sozinha, tendo, além da bebê microcéfala (nascida em 24/10/2017), outros filhos de pais diferentes (um de 4 anos, outro de 7 anos e uma menina de 11 anos, que também ajudava nos cuidados com os irmãos), recorria ao auxílio da avó das crianças. A mãe informou que descobriu a microcefalia da filha mais nova durante a gestação, com a realização de um ultrassom, quando estava com 8 meses de gravidez.

Segue abaixo o perfil socioeconômico da família da Criança 3:

Quadro 13 – Perfil socioeconômico – Criança 3

Criança 3 – Juazeirinho

Data de Nascimento	24/10/2017
Tipo de Residência	Alugada
Cômodos da casa	Sala, cozinha, dois quartos e um banheiro.
Idade dos pais	Mãe: 30 anos / Pai: não convive com a filha
Profissão dos pais	Mãe: do lar
Escolaridade dos pais	Ambos possuem ensino fundamental incompleto
Renda familiar mensal	R\$ 253,00 (Bolsa família)

Fonte: elaboração própria.

A residência em que a criança passava o dia todo com a família constituía-se de natureza bem simples, e a situação era precária, sendo um imóvel de poucos cômodos para a

quantidade de pessoas que abrigava. A casa possuía, mais especificamente, uma sala pequena, cozinha, 2 quartos, um banheiro e um quintal, conforme mostram os registros abaixo:

Fotografia 21 – Sala da residência da Criança 3



Fonte: elaboração própria.

Fotografia 22 – Cozinha da residência da Criança 3



Fonte: elaboração própria.

O imóvel contava com abastecimento de água encanada pela rede geral, sendo o fornecimento feito a cada 8 dias, e água armazenada em uma cisterna. No entanto, ao verificarmos a inexistência de torneiras, questionamos o motivo de tal ausência. Quanto a isso, nos foi informado que a água da casa estava cortada por falta de pagamento e que a família conseguia água na casa da vizinha, que a cedia gratuitamente. Diante dessa realidade, percebeu-se a presença de vários recipientes para guardar água, destinada ao uso doméstico.

Observou-se ainda a existência de um quintal com vários entulhos, conforme visualiza-se pelas fotos abaixo:

Fotografia 23 – Recipientes para armazenar água – Criança 3



Fonte: elaboração própria.

Fotografia 24 – Recipientes para armazenar água – Criança 3



Fonte: elaboração própria.

Além disso, a coleta de lixo era regular, sendo feita por caçamba, três dias durante a semana. Nesse aspecto, a mãe afirmou que, na localidade onde residia quando estava grávida, os resíduos eram queimados e as pessoas faziam as necessidades fisiológicas no mato.

Acerca da vida da família, a mãe da Criança 3 relatou que não nenhum dos genitores de seus filhos contribuía para o sustento dos mesmos, o que a obrigava a morar na casa de sua

genitora e contar com o auxílio financeiro tanto da mãe como de familiares. Em razão disso, ela estudava à noite na Escola de Jovens e Adultos – EJA, estando atualmente cursando o 6º ano do Ensino Fundamental. Ela apontou não ter certeza de ter contraído Zika na gestação, mas alegou que sentiu muitas dores no corpo, pelo que suspeitamos ter sido acometida pela doença, já que não houve um diagnóstico preciso. Ademais, ela disse ter se submetido à laqueadura no último parto. A mãe revelou ainda que nunca realizou exame citológico, apesar de ter tido quatro filhos e de ter 30 anos de idade.

Segundo ela, o tratamento da criança era feito em Campina Grande, no hospital da Criança, e também no CER, onde às vezes era atendida. De acordo com essa mãe, a maior diversão de seus filhos era ir tomar banho no açude, e, em razão da vida difícil que a mesma levava, tinha dores de cabeça constantes e sentia-se muito cansada para cuidar dos filhos e ainda realizar as tarefas do dia-a-dia.

Acerca dos questionamentos específicos para a verificação da existência de políticas públicas municipais com base na equidade, no que concerne ao problema da microcefalia, foram dadas as seguintes respostas pela família da Criança 3:

Quadro 14 – Questionamentos de Equidade – Criança 3

Criança 3 – Juazeirinho

1. Que tipo de apoio recebem para o tratamento da doença?	Transporte para o tratamento em Campina Grande.
2. De quem vem esse apoio?	Município de Juazeirinho
3. Qual a qualidade desse apoio? Por que?	Considerou o apoio do carro bom, mas poderia ser melhor.
4. Qual a assistência que têm na atenção básica?	Todo o tratamento da criança é feito em Campina Grande, não havendo nenhuma assistência específica por parte do município.
5. Recebe o Benefício da Prestação Continuada?	Não, vive apenas do Bolsa Família.
6. Existe algum apoio diferenciado, por parte do município, por causa da doença?	Não, apenas o transporte para Campina Grande.

Fonte: elaboração própria.

Finalizamos então as entrevistas em Juazeirinho, tendo ouvido três famílias de crianças que nasceram no período da tríplice epidemia, com microcefalia advinda de Zika na gestação. Da amostra coletada, contando inicialmente com quatro famílias, tivemos uma que se recusou a participar da entrevista e outra em que se verificou não se tratar de caso de microcefalia, mas de paralisia cerebral. Ao descobrir-se a existência de mais uma criança, conseguimos completar três casos no município de Juazeirinho.

No geral, observou-se a inexistência de políticas públicas de saúde específicas para as crianças com microcefalia no município de Juazeirinho, sendo todo o tratamento de estimulação voltado para a doença das crianças feito em Campina Grande, tanto no CER como no IPESQ, bem como no Hospital da Criança, segundo foi informado pela última família entrevistada.

A contribuição municipal destinada às crianças restringiu-se apenas ao fornecimento de veículo para as viagens até Campina Grande. De acordo com Parada (2006), as políticas públicas de excelência e seus fluxos devem seguir um objetivo político determinado e definido de maneira democrática, com o intuito de atingir o seu resultado específico. Argumenta-se também o seguinte:

Uma política pública de excelência corresponde aos cursos de fluxos de ação e informação relacionados a um objetivo político definido de maneira democrática; aqueles que são desenvolvidos pelo setor público e, frequentemente, com a participação da comunidade e do setor privado. Uma política pública de qualidade incluirá diretrizes ou conteúdos, instrumentos mecanismos, definições ou modificações institucionais, e os previsões dos seus resultados (PARADA, 2006, p. 68-69, tradução nossa).

Conforme atestado nas três entrevistas realizadas, embora o município fornecesse o transporte para o tratamento em Campina Grande, o que existia era um apoio deficitário, com problemas em sua execução e determinado unilateralmente pelo ente público, o que retirava o caráter democrático norteador das políticas públicas. Estas, no estabelecimento de suas diretrizes e conteúdos, devem necessariamente incluir mecanismos e instrumentos aptos à sua efetivação, assim como modificações institucionais, caso se faça necessário. Isso significa que, quando não for possível atingir o resultado que delas se espera, deve ser feita uma adequação às necessidades sociais.

Na realidade observada, o município de Juazeirinho prestava apoio às crianças com o fornecimento de transporte, mas não possuía políticas públicas de saúde voltadas para o tratamento das mesmas, delegando a outro ente público (Campina Grande) tal atribuição. Mesmo assim o apoio verificou-se deficitário, tendo em vista o relato de algumas mães que,

às vezes, precisaram deixar de viajar por falta de carro ou que foram esquecidas em Campina Grande pelos motoristas, sendo obrigadas a dar um jeito de conseguir outra forma de voltar para casa.

No dia da visita ao município de Pocinhos, viajamos na tentativa de localizar as famílias das duas crianças selecionadas, cujo contatos foram disponibilizados pelo CER em que as mesmas realizavam tratamento. Como ambas também recebiam atendimento junto ao IPESQ, em Campina Grande, e lá não foi autorizado o contato com as mães, tornou-se necessário procurá-las diretamente no município em que habitavam.

Para encontrar o endereço das famílias, contamos com o auxílio da coordenadora do *Programa Saúde na Escola* do município, com quem já tínhamos estabelecido contato nas reuniões e eventos do *Projeto Zika*. Ela nos auxiliou, por telefone e *Whatsapp*, fornecendo pontos de referência acerca das duas residências, através de informações passadas pelo motorista que levava costumeiramente os pacientes para Campina Grande. De imediato, notamos que as duas famílias mantêm um contato maior com o Poder Público, em comparação com as de Juazeirinho, sendo mais conhecidas pelos funcionários da Secretaria de Saúde local.

Com as informações obtidas, conseguimos chegar até a casa em que estava a mãe da quarta criança abordada (que chamaremos de Criança 4). A genitora encontrava-se com o filho na casa de sua sogra, onde normalmente passava os dias de sábado, que considerava como um dia de descanso e lazer. Afirmou que residia próximo à sogra, cuja rua era de terra e não possuía calçamento, apesar de ficar próxima ao centro da cidade, conforme registrado abaixo:

Fotografia 25 – Rua da casa da Criança 4



Fonte: elaboração própria.

A mãe da Criança 4 era uma jovem de 23 anos, porém, apesar da pouca idade, mostrou-se uma pessoa bem articulada e com grande consciência do seu papel enquanto mãe de uma criança especial. Chamou a atenção como a mesma foi desenvolvida nas respostas aos questionamentos formulados, apresentando segurança nos relatos feitos. Ela concluiu o Ensino Médio e sonhava em cursar a universidade, mas não pôde dar continuidade aos estudos em razão de precisar cuidar do filho doente, o que lhe consumia todos os dias da semana, não lhe restando outra alternativa além de dedicar-se aos cuidados do filho e do lar. Seu companheiro, com quem vinha convivendo há quatro anos, era um jovem de 20 anos de idade que auxiliava o pai em sua oficina mecânica, aumentando um pouco a renda familiar, que, fora isso, se restringia ao recebimento do Benefício da Prestação Continuada, no valor de um salário mínimo mensal.

Abaixo, estabelece-se o perfil socioeconômico da família da Criança 4:

Quadro 15 – Perfil socioeconômico – Criança 4

Criança 4 – Pocinhos

Data de Nascimento	10/10/2016
Tipo de Residência	Própria
Cômodos da casa	Sala, cozinha, dois quartos e um banheiro.
Idade dos pais	Mãe: 23 anos / Pai: 30 anos
Profissão dos pais	Mãe: do lar / Pai: mecânico
Escolaridade dos pais	Ensino médio completo
Renda familiar mensal	Um salário mínimo (BPC) + renda que o pai recebe auxiliando o pai na oficina (valor não informado, por ser variável)

Fonte: elaboração própria.

Como entrevistamos a mãe da Criança 4 na casa da sogra, não foi possível tirar fotos da casa em que a família vivia, mas, segundo informações obtidas durante a conversa, o imóvel era próprio e constituía-se de sala, cozinha, dois quartos e um banheiro. A água era encanada e possuía uma cisterna, sendo o abastecimento de água feito pela rede geral. A rede de esgoto existia, mas os resíduos iam mesmo assim para uma fossa, e a coleta de lixo dava-se de forma regular, três vezes ao longo da semana.

A mãe afirmou que contraiu Zika com 3 meses de gestação, tendo descoberto a microcefalia de seu filho através de ultrassom morfológico, realizado aos 5 meses de gravidez. Disse ainda que se sentiu muito mal ao descobrir tal diagnóstico e que, apesar de ter realizado o pré-natal no próprio município de Pocinhos, quando da descoberta da doença, nem os médicos e nem os enfermeiros do local souberam dar informações, muito menos explicar sobre a microcefalia.

No que compete aos questionamentos específicos para a verificação da existência de políticas públicas municipais com base na equidade em razão da microcefalia, foram dadas as seguintes respostas pela família da Criança 4:

Quadro 16 – Questionamentos de Equidade – Criança 4

Criança 4 – Pocinhos

1. Que tipo de apoio recebem para o tratamento da doença?	Transporte para o tratamento em Campina Grande. O filho fez fisioterapia pelo município até os 7 meses de idade, mas ela não achava o local adequado e interrompeu, por conta, própria o tratamento, passando esse a ser feito, exclusivamente em Campina Grande. Também recebe a medicação de seu filho, após colocar em uma rede social sobre a necessidade. Após isso, passou a receber a medicação.
2. De quem vem esse apoio?	Município de Pocinhos
3. Qual a qualidade desse apoio? Por que?	Considerou o apoio recebido pelo município bom, porque precisa do carro de segunda a sexta-feira e sempre tem veículo à disposição para a mesma, levar o filho à Campina Grande.
4. Qual a assistência que têm na atenção básica?	Todo o tratamento médico da criança é feito em Campina Grande, não havendo, atualmente, nenhuma assistência específica por parte do município, que fornece apenas a medicação para a criança.
5. Recebe o Benefício da Prestação Continuada?	Sim, por parte do Governo Federal.
6. Existe algum apoio diferenciado, por parte do município, por causa da	Não, apenas o transporte para Campina Grande e a medicação por causa da doença.

doença?	
---------	--

Fonte: elaboração própria.

Segundo foi informado pela mãe da Criança 4, até os 7 meses de idade a mesma valeu-se do tratamento fisioterápico fornecido pelo município, entretanto, afirmou que não achava o local adequado, o que a levou a começar a transportar o filho para Campina Grande, onde, de acordo com a mãe, o tratamento era mais completo.

Para tanto, assegurou que o município fornecia o veículo para a viagem, de segunda a sexta-feira, para Campina Grande, e que esse apoio era muito bom, pois apanhava-a em casa sempre com regularidade e presteza. Em razão dessa assiduidade, o motorista foi quem forneceu as informações e as repassou para a coordenadora do PSE, que, por sua vez, nos deu as referências para encontrar as mães.

Fora esse apoio, o município fornecia ainda a medicação para a criança, porém, para que isso ocorresse, a mãe alegou que “teve que brigar muito”, inclusive fazendo uma denúncia em rede social com o objetivo de que tal apoio fosse prestado. Conforme seu relato, após tal apelo, passou a receber a medicação de que seu filho necessita. No tocante à alimentação e fraldas, a mãe informou que tudo ficava por conta dela e da família, mas que recebia um grande auxílio do IPESQ, que conseguia várias doações e as repassava para seu filho.

Por conseguinte, observou-se com essa entrevista que o município de Pocinhos fornecia, além do carro para as viagens, a medicação que a Criança 4 precisava tomar regularmente, e que isso foi pleiteado diretamente pela mãe junto ao município.

No mesmo dia, seguimos em busca da residência da segunda criança de Pocinhos (denominada, a partir daqui, Criança 5). Após obtermos informações passadas pela mãe da Criança 4, que conhecia a família sobre o qual falamos agora, conseguimos chegar até a casa da Criança 5, que se localizava em rua calçada, também próxima do centro da cidade.

Ao batermos várias vezes na porta da casa sem ninguém nos atender, perguntamos a um vizinho sobre a mãe da criança, e este informou que ela havia saído cedo para o sítio e que não se encontrava ninguém em casa naquele momento. Embora tivéssemos feito contato telefônico e via *Whatsapp* com antecedência, além de várias ligações no dia da visita, a mãe da Criança 5 não atendeu nossa procura e nem retornou as chamadas, o que impossibilitou a realização da entrevista com a mesma.

Abaixo, há uma foto da residência da Criança 5, que estava fechada:

Fotografia 26 – Frente da residência da Criança 5



Fonte: elaboração própria.

Ainda nesse mesmo dia, no período da tarde, seguimos para o município de Soledade e, após o almoço, nos dirigimos até a residência da família de outra criança selecionada (designada Criança 6), sendo este o único caso de microcefalia notificado no município no período da tríplice epidemia. Com informações conseguidas por meio de um motorista que realizava transporte alternativo e que já havia levado a mãe da criança para Campina Grande, conseguimos encontrar a casa da família. Ela se localizava no bairro Santa Tereza, próximo ao centro da cidade, e pode ser observada no registro que se segue:

Fotografia 27 – Frente da residência da Criança 6



Fonte: elaboração própria.

Ao chegarmos na residência e nos identificarmos, a mãe da Criança 6 permitiu nossa entrada, pois já havíamos tido contato via *Whatsapp*. Ela encontrava-se sozinha com a filha, fazendo a limpeza na casa. Contou que tinha 29 anos de idade e que convivia com o pai da criança há quatro anos. Possuía Ensino Médio completo e anteriormente trabalhava fora de casa, ganhando cerca de R\$ 80,00 (oitenta reais) por semana. Naquele momento, porém, dedicava-se exclusivamente à sua única filha, que era especial e demandava sua atenção durante a semana para a realização do tratamento em Campina Grande. A renda familiar atual constituía-se de um salário mínimo, oriundo do BPC, fornecido pelo Governo Federal.

Abaixo, tem-se o perfil socioeconômico da família da Criança 6:

Quadro 17 – Perfil socioeconômico – Criança 6

Criança 6 – Soledade

Data de Nascimento	16/12/2015
Tipo de Residência	Emprestada do avô paterno da criança
Cômodos da casa	Sala, cozinha, dois quartos e um banheiro e área
Idade dos pais	Mãe: 29 anos / Pai: não informado
Profissão dos pais	Mãe: do lar / Pai: faz bicos
Escolaridade dos pais	Ensino médio completo
Renda familiar mensal	Um salário mínimo (BPC)

Fonte: elaboração própria.

Como a filha estava dentro da casa, a mãe da Criança 6 nos recebeu na parte externa do imóvel, e preferiu que nós não entrássemos, pois, segundo ela, “a casa estava desarrumada”. Isso impossibilitou o registro fotográfico do interior da residência, que pertencia ao seu sogro e onde a família residia há três anos.

No entanto, a mãe informou que a casa era servida de água encanada e rede de esgotamento sanitário, e que o lixo era recolhido três vezes durante a semana. Ela disse ainda que teve Zika no terceiro mês de gestação e que, no quinto mês de gravidez, por meio do ultrassom morfológico realizada no ISEA, em Campina Grande, foi informada da existência de uma alteração no bebê. O diagnóstico preciso de microcefalia só ocorreu, porém, no 8º mês de gestação. Após a descoberta da doença, a mãe foi encaminhada ao Hospital Pedro I, onde ficou sendo acompanhada. No período compreendido pela entrevista, a filha fazia tratamento de segunda a sexta-feira no IPESQ e no CER, na parte neurológica e pediátrica.

Em relação à equidade, os questionamentos específicos para a verificação da existência de políticas públicas municipais em razão da microcefalia foram respondidos pela família da Criança 6 da seguinte maneira:

Quadro 18 – Questionamentos de Equidade – Criança 6

Criança 6 – Soledade

1. Que tipo de apoio recebem para o tratamento da doença?	Transporte para o tratamento em Campina Grande. A filha fez fisioterapia pelo município até os 2 anos de idade, passando a tratar-se exclusivamente em Campina Grande. Esporadicamente consegue um exame, custeado pelo município. Também recebe medicação, sendo fornecido pelo município, três frascos por mês. Recebe três latas de leite específico, por mês do IPESQ.
2. De quem vem esse apoio?	Transporte, medicação regularmente, e exames, esporadicamente (município de Soledade); leite (IPESQ).
3. Qual a qualidade desse apoio? Por que?	Considerou o apoio recebido pelo município bom, pois o carro nunca falta, porém quando, as vezes precisa de algum exame, tem que insistir muito, para conseguir, pois os exames custam em média R\$ 600,00.
4. Qual a assistência que têm na atenção básica?	Recebe visita dos agentes de saúde, três vezes na semana.
5. Recebe o Benefício da Prestação Continuada?	Sim, por parte do Governo Federal.
6. Existe algum apoio diferenciado, por parte do município, por causa da doença?	Sim, é fornecida medicação específica para a microcefalia e ainda, as vezes, o município custeia algum exames, que a criança venha a precisar.

Fonte: elaboração própria.

Segundo o que foi relatado pela mãe da Criança 6, a filha fez fisioterapia até os dois anos de idade junto ao próprio município de Soledade, mas, após esse período, passou a tratar-se exclusivamente em Campina Grande. Uma diferença observada em Soledade e não percebida nos demais municípios pesquisados foi o apoio que a família da criança microcéfala teve da atenção básica do município, com visitas regulares de agentes de saúde municipal.

Além disso, o município também fornecia, mensalmente, três frascos de medicação à Criança 6 e custeava os exames quando a criança precisava fazê-los, em razão dos valores serem altos, na média de R\$ 600,00 (seiscentos reais). No entanto, esse apoio só se deu após muita insistência por parte da família, não sendo uma ação permanente por parte da edilidade municipal.

Sobre o transporte, a mãe informou que o mesmo era de boa qualidade e que nunca falhou, estando sempre à disposição da mesma para quando ela precisasse. Isso também se verificou com a família de Pocinhos.

Quando questionada acerca das carências e sobre o que mais a criança precisava, a mãe afirmou que, devido ao tratamento da filha e ainda pelas constantes viagens que tinha que fazer até Campina Grande, necessitava de uma ajuda de custos, bem como de uma órtese que auxiliaria na movimentação da filha. Entretanto, como esta custava cerca de R\$ 650,00 (seiscentos e cinquenta reais), a família não tinha condições de adquirir.

Por conseguinte, com base nas entrevistas realizadas, tornou-se possível criar um panorama do apoio que os municípios, objetos do estudo, fornecem ou já forneceram às crianças:

Quadro 19 – Apoio dos municípios às crianças com microcefalia

	Juazeirinho	Pocinhos	Soledade
Transporte	Sim	Sim	Sim
Medicação	Não	Sim	Sim
Tratamento da doença em si (fisioterapia, neurologia, estimulação precoce, etc.)	Não	Fisioterapia até os 7 meses	Fisioterapia até os 2 anos
Exames	Não	Não	Sim, esporadicamente
Suplementos (leite, fraldas, etc.)	Não	Não	Não

Fonte: elaboração própria.

A partir desse panorama, observou-se uma ausência dos três municípios no tocante às políticas de saúde específicas para a microcefalia, tendo sido disponibilizado apenas por Pocinhos e Soledade tratamento fisioterápico às crianças, sem continuidade, em razão das mães preferirem o tratamento em Campina Grande. O fato de que todas as crianças estudadas se deslocavam de seus municípios para serem tratadas em Campina Grande denotou, ao nosso ver, carências de todos os municípios quanto ao tratamento de saúde específico que elas necessitavam.

A primeira falta verificada nos três municípios foi a precariedade de atenção à mulher grávida, no cenário abrangido pela atenção básica. Nesse sentido, todas as mães investigadas informaram ter feito o acompanhamento pré-natal em Campina Grande, indicando um deslocamento da competência de um município para outro ainda durante a gestação.

Após o nascimento das crianças, o único município que destinou apoio de atenção básica às famílias foi o de Soledade, com três visitas semanais. Segundo o Protocolo de atenção à saúde, instituído pelo Ministério da Saúde em virtude do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, o cuidado de atenção básica estabelecido depois do nascimento da criança com microcefalia deve ser efetivo desde o início, com o acompanhamento do seu desenvolvimento através de visitas domiciliares e de consultas de rotina. Além disso, tem-se que:

A equipe de saúde tem um papel importante no atendimento à puérpera, ao seu bebê e aos familiares, fornecendo informações para esclarecer dúvidas e anseios, apoiando a família e devendo também observar problemas na relação dos pais com os bebês, a comunicação entre mãe e bebê durante a amamentação, como a mãe e os cuidadores se comportam quando a criança está mais agitada e chorosa. E, em caso de microcefalia, o crescimento e o desenvolvimento da criança devem ser observados por toda a equipe, na visita domiciliar, nos momentos de vacinação na unidade básica de saúde e nas consultas de rotina (BRASIL, 2015a, p. 21).

Caso o município não conte com profissionais médicos habilitados para o tratamento e cuidados com os bebês nascidos com microcefalia, fica expressa a obrigatoriedade destinada aos gestores para que tais serviços, quando inexistentes, sejam contratados às expensas públicas, como esclarece o Ministério da Saúde no Protocolo de atendimento para a microcefalia. Nesse aspecto, observa-se o seguinte:

Cumpra às secretarias municipais e estadual de saúde, nas diversas unidades federativas, identificar e, se ainda insuficientes ou indisponíveis, contratar esses serviços e organizar uma rede de atenção às crianças nascidas com microcefalia, com especificação e divulgação das ações e serviços prestados nos respectivos estabelecimentos de saúde e estabelecimento de fluxos que aproximem essas ações e serviços o próximo possível da residência familiar, e indicar o serviço de Atenção Domiciliar para os casos definidos na Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine as atribuições da atenção domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2015a, p. 31).

Conforme foi constatado, essas ações não foram executadas em nenhum dos municípios pesquisados, que, na ausência do tratamento específico para a microcefalia, delegaram esse apoio a outro município, enviando as crianças para serem tratadas em Campina Grande. Isso fez com que as mães precisassem alterar seu dia-a-dia, sendo obrigadas a realizarem viagens constantes, todas as semanas, e a viverem em função do tratamento dos filhos doentes. Por conta disso, elas abandonaram a própria vida, no sentido de seus desejos pessoais, e anularam-se completamente.

No tocante à equidade, observou-se que apenas o município de Soledade oferecia um tratamento diferenciado em razão da microcefalia, fornecendo mensalmente a medicação de que a criança necessitava. Também, de forma esporádica, custeava exames, quando solicitado pela família. Revelou-se, portanto, uma ausência estatal no aspecto da criação de mecanismos capazes de minorar as desigualdades das crianças microcefalas, em relação às demais.

Segundo Sen (2002), quando há grandes desigualdades na conquista da saúde, isso se deve não a condições pré-existentes de saúde irreparáveis, mas à inexistência de políticas econômicas, reformas sociais ou compromisso político. Essa realidade significa que as desigualdades estão intimamente relacionadas às políticas públicas, econômicas e sociais, efetivadas ou não pelo Estado.

4.5. O Estado e as arboviroses: redução das vulnerabilidades?

Durante algum tempo, as crises estiveram mais ligadas às questões de ordem econômica. Contudo, os momentos críticos podem se relacionar às mais diversas situações. Assim, quando as crises se instalam, sejam elas de qualquer natureza, inicialmente tem-se o estado de incerteza sobre as questões postas, e, no ímpeto por uma decisão, passa-se à fase de intervenção a fim de escolher as medidas certas e de decidir aplicá-las em face da situação de crise (BAUMAN; BORDONI, 2016). Acrescenta-se ainda que:

A perda do poder resulta num enfraquecimento das políticas econômicas, o que por sua vez reflete nos serviços sociais. A crise do Estado se deve à presença desses dois elementos: incapacidade de tomar decisões concretas no âmbito econômico e, portanto, a incapacidade de prover serviços sociais adequados (BAUMAN; BORDONI, 2016, p. 28).

O Estado torna-se, portanto, o palco onde as crises e tensões ocorrem, devendo estas serem solucionadas no âmbito de sua própria estrutura. É dentro do espaço estatal que as crises devem ser transformadas através da atuação pública. A partir das crises, precisa então ser formulada a agenda de políticas a serem adotadas por meio da ação estatal.

Em meio a esses momentos conturbados, as pessoas se veem involuntariamente levadas a caminhos inesperados, numa liquidez absurda, sem que tenham desejado perceberem-se nesse contexto. Quanto a isso, acrescenta-se o seguinte:

Dentro desse imenso mundo ilíquido, bilhões de vidas se movem, muitas vezes oprimidas e desorientadas pela liquidez do ambiente no qual vivem. Veem-se empurradas em direções aleatórias contra a sua vontade e com oportunidades limitadas não só de determinar o seu próprio futuro, mas também de entender as razões do que está acontecendo (BAUMAN; BORDONI, 2016, p. 115).

Por conseguinte, após a instauração do quadro epidêmico causado pelas arboviroses, o Estado, nas esferas federal, estadual e municipal, começou a adotar medidas para coibir a crise instalada, que trouxe reflexos tanto para a saúde pública como aos demais setores. Destaca-se, porém, que, muitas vezes, as ações passam a se setorizar em um campo específico, geralmente tratando o tema sob uma única perspectiva. No que compete às arboviroses, o assunto acaba sendo visto sob o prisma da saúde pública, carecendo de uma atuação conjunta das demais esferas estatais. Tal visão setorizada e mecanicista dificulta o enfrentamento do problema, que é transversal e que se relaciona não só com o campo da saúde, mas também com questões relacionadas à infraestrutura, ao desenvolvimento social e à educação propriamente dita, na qual devem se concentrar as ações educativas de promoção à saúde.

Na realidade, o Estado, em todas as esferas, age num verdadeiro “jogo de empurra” em que cada ente tenta atribuir ao outro as competências para gerenciar e enfrentar a crise causada pelas arboviroses e seus reflexos na sociedade. Diante de tal situação, parece que o agente transmissor das doenças se direciona especificamente de modo a questionar se o mosquito é federal, estadual ou municipal. Certamente, o ser biológico não possui vinculação espacial e, principalmente, não é o culpado por toda a crise instaurada, sendo somente o produto de um meio que se mostra bastante propício para o seu surgimento e manutenção.

Infelizmente, os resultados obtidos neste estudo demonstram não a ineficácia das medidas adotadas, mas a total inexistência de políticas aptas a coibir o referido quadro de crise estatal, com reflexos diretos na sociedade.

Conforme pode ser observado pelos dados dos anos de 2018 e 2019 (até o mês de maio), que trazem o quantitativo dos casos de arboviroses e óbitos nos três municípios estudados, observa-se a seguinte situação em relação aos agravos causados pelo *Aedes Aegypti*:

Tabela 19 – Quantitativo Dengue, Zika e Chikungunya de casos e óbitos em Juazeirinho, Pocinhos e Soledade (2018 até maio de 2019)

Doença/ Município	Dengue				Zika				Chikungunya			
	2018		2019		2018		2019		2018		2019	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
Pocinhos	31	0	15	0	2	0	0	0	3	0	0	0
Juazeirinho	256	2	5	0	6	1	2	0	1	0	1	0
Soledade	20	0	0	1	1	0	1	1	0	0	2	0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan – PB.

O que é exposto acima mostra uma situação de casos de Dengue além da média no ano de 2018, nos três municípios, com destaque para Juazeirinho, que apresentou 256 casos e, juntamente com Soledade, registrou óbitos de Dengue e Zika no período 2018-2019 (até o mês de maio). Isso sem contar com as subnotificações que existem em relação às doenças, principalmente em relação à Dengue, pois, durante as escutatórias realizadas nos municípios, foi informado que muitas pessoas são acometidas de arboviroses e, como os sintomas são similares aos de uma virose, uma grande parcela se trata em casa, não buscando os serviços médicos e ficando fora dos registros de notificação do SINAN.

Os dados dos últimos Índices de Infestação Predial (IIP) por município trazem o seguinte panorama em relação aos municípios objetos deste estudo:

Tabela 20 – LIRAs e LIAs de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade (Janeiro/2018 a abril/2019)

	2018				2019	
	Jan	Abr	Jul	Out	Jan	Abr
Pocinhos	8.1	3.9	2.7	1.2	3.3	1.5
Juazeirinho	11.5	14.5	3.1	3.5	2.3	5.9
Soledade	7.9	3.8	6.2	2.8	1.5	4.7

Índice de Infestação Predial	
BAIXO RISCO	< 1
MÉDIO RISCO	1,0 - 3,9
ALTO RISCO	> 3,9

Fonte: SES/GEVS/Gerência Operacional de Vigilância Ambiental – PB.

De acordo com esses dados, fica evidente que, mesmo após a adoção de medidas voltadas para o combate ao vetor de transmissão das arboviroses, em virtude do início do quadro epidêmico, no ano de 2014, e apesar das ações setorizadas identificadas nos municípios estudados, as iniciativas não foram capazes de tirar os municípios do médio e alto risco, mantendo-se os três em estado de alerta amarelo e/ou vermelho para as doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti*.

Tais informações, quando comparadas com a tabela que apresenta o quantitativo dos casos, deixam claras as subnotificações, já que os três municípios, não obstante estejam em situações de médio e alto risco, no geral, não demonstraram notificações de muitos casos, sobretudo de Zika e Chikungunya, nos anos de 2018 e 2019. Isso pode ser questionado, ante terem ficado em estado de alerta durante todo o período de 2018 e 2019.

Os dados mais recentes obtidos permitem observar que os municípios de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade se mantêm em clara situação de risco, não contando com as políticas públicas adotadas no âmbito da tríplice epidemia que poderiam ter sido capazes de reduzir as suas vulnerabilidades.

Diante dos indicadores verificados e depois de analisada a evolução dos municípios estudados desde o início do quadro epidêmico, observam-se deficiências no saneamento básico, esgotamento sanitário, abastecimento de água e coleta e destinação dos resíduos, que refletem problemas estruturais e incidem diretamente na saúde pública, sendo o mosquito causador das arboviroses apenas um produto de todo esse meio nefasto e marginalizador em que se inserem as vítimas de todas essas iniquidades sociais.

A partir disso, constata-se que as políticas adotadas não foram capazes de propiciar a redução das vulnerabilidades das cidades em estudo sob dois aspectos: o primeiro, no tocante à melhoria estrutural das cidades e nos serviços básicos de fornecimento de água, saneamento básico, coleta de lixo, entre outros; e o segundo, quanto ao apoio destinado às pessoas vitimizadas pelas sequelas das doenças, em que se observou uma deficiência nas políticas voltadas para as mesmas. Assim, as políticas dos municípios de Juazeirinho, Pocinhos e Soledade, não se mostraram eficazes nem para coibir o surgimento e o combate ao mosquito *Aedes Aegypti* e nem para a melhoria das condições de vida da população, em momento posterior ao adoecimento.

O cenário visualizado conta com populações extremamente vulneráveis e alheias à toda sorte de doenças causadas, principalmente, pelas más condições de moradia e do entorno de suas residências. A falta dos serviços públicos essenciais mostrou-se como a causa principal do surgimento do mosquito e, conseqüentemente, do adoecimento da população menos favorecida. Esses serviços deficitários deixaram evidente a ausência de efetividade das políticas públicas e uma omissão estatal em acompanhar tais mudanças e buscar mecanismos eficazes de solucionar os problemas existentes.

Como mencionado anteriormente, o Estado é o palco das crises e, ao mesmo tempo, o solucionador delas. Para que isso seja feito, torna-se necessário operar através de políticas públicas que sejam eficazes para a redução das iniquidades que atingem a população. No caso das arboviroses, restou demonstrada, ainda, a determinação social das doenças que se situam justamente nos ambientes em que a carência dos serviços públicos é evidente, revelando que o Estado não tem se mostrado efetivo nesta atribuição constitucionalmente estabelecida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação à problemática que gerou as questões de pesquisa, foi possível, ao longo do estudo, identificar as políticas de enfrentamento voltadas ao mosquito *Aedes Aegypti* nos municípios paraibanos de Pocinhos, Juazeirinho e Soledade, e, ainda, realizar uma avaliação dessas iniciativas no contexto da tríplice epidemia (Dengue, Zika e Chikungunya). Conseguiu-se, além disso, observar as ações executadas e entender de que modo elas se situam no que concerne ao Direito à Saúde, às injustiças socioambientais, ao conceito de equidade e ao modelo de desenvolvimento vigente.

Quanto à identificação das políticas voltadas para enfrentamento da tríplice epidemia, constatou-se, nos três municípios, a pouca atuação no campo da promoção à saúde através de tímidas ações educativas de prevenção com pouca disseminação social. Viu-se que as ações nesse âmbito geralmente se restringem a um curto período de tempo, não passando de uma semana, e que, portanto, não se mantêm implantadas como algo permanente.

Na questão da proteção à saúde, observaram-se ações voltadas sobretudo para eventos midiáticos e publicados em redes sociais, como o chamado *Dia D*, com pouca efetividade em virtude de reproduzir velhas práticas, sem nenhuma inovação que chame a atenção ou institua um novo olhar para o enfrentamento do problema. A escola, que possui um grande potencial para auxiliar nesse trabalho, normalmente não se mostra engajada com a educação, tendo sido compreendida a total ausência de atuação do *Programa de Saúde na Escola – PSE* nos municípios pesquisados.

No aspecto concernente à recuperação da saúde, a atuação estatal restringe-se ao tratamento médico básico e fornecimento de medicamentos. O único município que presta auxílio após o adoecimento, principalmente aos sequelados de microcefalia e Chikungunya, é Soledade, destinando assistência médica durante e depois do acometimento da doença. Além disso, proporciona tratamento psicológico, fonoaudiológico e fisioterápico às vítimas da microcefalia, bem como encaminhamento aos centros especializados, quando necessário.

Essa transferência para outros centros, com ênfase para o município de Campina Grande, vê-se recorrente em todas as famílias das crianças sequeladas pela microcefalia que, durante os relatos, afirmaram receber apenas o apoio do município quanto ao fornecimento do transporte para Campina Grande, onde são realizados todos os tratamentos médicos necessários às doenças das crianças. Isso acaba denotando uma transferência de responsabilidades e, ainda, uma clara ausência estatal no período posterior ao estágio inicial

do adoecimento, revelando total falta de políticas de saúde voltadas para as pessoas sequeladas pelas arboviroses.

Ademais, não foi identificada qualquer política pública que tenha sido implementada de forma inédita por nenhum dos três municípios pesquisados. Nesse sentido, eles se limitaram a seguir os protocolos do Ministério da Saúde, atuando de maneira generalista quanto à promoção, proteção e recuperação da saúde, sem ações específicas e inovadoras que fossem capazes de trazer resultados efetivos para a realidade local.

Analisou-se, por conseguinte, que os municípios estudados revelam deficiências em garantir o Direito à Saúde à população, preconizado na Constituição Federal. Percebeu-se também a ineficácia e até mesmo total ausência de políticas sociais e econômicas que visassem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Quanto às injustiças socioambientais, verificou-se que os dados obtidos por meio do IBGE e do Data SUS destacam, num primeiro momento, a questão regional em que são encontradas disparidades em relação ao Nordeste e os demais Estados, especialmente Sul e Sudeste. Nos três municípios estudados, visualizaram-se deficiências tanto em relação à coleta como à destinação do lixo, além da ausência de uma política de tratamento e manejo dos resíduos sólidos e de coleta seletiva. Na questão hídrica, apreendeu-se uma irregularidade no fornecimento de água, o que propiciou o armazenamento desse recurso de maneira irregular e em locais inapropriados. Os graves problemas em saneamento básico, esgotamento sanitário e na falta de cobertura da rede geral a várias residências visitadas indicaram uma realidade que dificilmente se imagina dentro dos tempos modernos.

Assim, as injustiças socioambientais se materializam como tal, visto que atingem apenas as camadas mais humildes da população e se coadunam perfeitamente com a determinação social das doenças/arboviroses em situações em que as maiores vítimas são aquelas que se encontram em uma realidade de vulnerabilidade econômica e social.

Sobre a equidade para a minoração das desigualdades estruturais, não se observou em nenhum dos municípios pesquisados atuação efetiva. O que se percebeu foi que esse apoio foi delegado de um município para outro, enviando as crianças microcéfalas para se submeterem a tratamento em Campina Grande. Nesse contexto, apenas o município de Soledade oferecia tratamento diferenciado em razão da microcefalia, fornecendo mensalmente a medicação de que a criança atingida necessitava e também, de forma esporádica, custeando exames, quando solicitado pela família.

De modo geral e através dos resultados obtidos, revelou-se uma precariedade estatal quanto à criação de mecanismos capazes de minorar as desigualdades das crianças microcefalas em relação às demais, prejudicando o propósito e ditames da equidade preconizada por Amartya Sen.

Portanto, a partir dos indicadores disponíveis, tornou-se possível chegarmos ao último propósito específico deste estudo, de maneira a descrever quais foram os resultados e impactos das referidas políticas em todos os municípios abordados. Viu-se que elas não se mostraram capazes, até o momento, de reduzir as situações de vulnerabilidade das cidades pesquisadas. Isso se deve ao fato de que as medidas adotadas com o objetivo de coibir o quadro de arboviroses não surtiram o efeito almejado, já que, segundo se verificou pelos dados analisados, do ano de 2018 até maio de 2019, apesar das ações setorizadas identificadas nos municípios estudados, os mesmos ainda continuam em médio e alto risco, e em estado de alerta amarelo e/ou vermelho para as doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti*.

Assim, os resultados obtidos neste estudo serviram para confirmar o pressuposto fundamental de que as políticas de enfrentamento do mosquito e, conseqüentemente, das arboviroses por ele transmitidas, se ocupam mais das conseqüências do que das causas estruturais. Estas, ao nosso ver, são determinantes para configurar o quadro de injustiças socioambientais que vulnerabilizam, sob todos os aspectos, as pequenas cidades do Semiárido e as populações vitimizadas por todas as iniquidades econômicas e sociais.

REFERÊNCIAS

- ALBINO, L. Contornos de uma história periférica: digressão sobre cultura e política no Nordeste do Brasil. **Revista Política e Planejamento Regional**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, julho/dezembro 2015.
- ALVES, A. C. **Investimentos em saneamento básico no Consórcio São Saruê, na Paraíba: contribuição para uma agenda de leitura e investigação da relação saúde e desenvolvimento no Semiárido**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba, PB, 2018.
- ALVES, S. G. **Injustiças socioambientais e interferências na saúde de populações localizadas na área do complexo industrial portuário de Suape**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, PE, 2016.
- ALVES, S. G.; SANTOS, S. L. Injustiças e conflitos socioambientais: o que são e como surgem? **Rev. Gestão & Sustentabilidade Ambiental**, v. 6, n. 2, p. 216-226, jul./set. 2017.
- ARAÚJO, T. B. de. **O GTDN: da proposta à realidade**. Recife: UFPE, 1994.
- AZEVEDO, F. F. de. Do combate ao Aedes Aegypti e a liberdade do proprietário ao Direito à Saúde. **Rev. de Direito Sanitário**, v. 3, n. 2, jul. 2002.
- BALIN, A. P. C.; MENDES, C. M. da R.; MOTA, L. R. O despertar da justiça ambiental: dos movimentos ambientais aos socioambientais. *In: XI SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA*, Santa Cruz do Sul, 2014. **Anais eletrônicos...** Santa Cruz do Sul: 2014. Disponível em: <<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidsp/article/view/11736>>. Acesso em: 10 dez. 2017.
- BATISTA, R. S.; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 129-142, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a14v10n1.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017.
- BAUMAN, Z.; BORDONI, C. **Estado de Crise**. Tradução Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.
- BRAGA, I. A.; VALLE, D. Aedes Aegypti: histórico do controle no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 113-118, jun. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2017.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Senado Federal: 1990.

_____. Decreto nº 8.612, de 21 de dezembro de 2015. Institui a Sala Nacional de Coordenação e Controle, para o enfrentamento da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Senado Federal: 2015b.

_____. Decreto nº 8.662, de 1º de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a adoção de medidas rotineiras de prevenção e eliminação de focos do mosquito *Aedes Aegypti*, no âmbito dos órgãos e entidades do Poder Executivo federal, e cria o Comitê de Articulação e Monitoramento das ações de mobilização para a prevenção e eliminação de focos do mosquito *Aedes Aegypti*. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Senado Federal: 2016a.

_____. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Senado Federal, 2011.

_____. Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016. Dispõe sobre a adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Vírus da Zika; e altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Senado Federal: 2016b.

_____. Ministério da Saúde. **Orientação e Prevenção**. Brasília, DF: 2017a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/301-dengue/14610-curiosidades-sobre-o-Aedes-Aegypti>>. Acesso em: 01 set. 2017.

_____. 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**. Brasília, DF: 2015a. Disponível em: <<http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigil-ncia-e-resposta---vers--o-1----09dez2015-8h.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS**. Brasília, DF: 2017b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf>. Acesso em 15 set. 2017.

_____. Ministério do Desenvolvimento Regional. Secretaria Nacional de Saneamento. **Diagnóstico do Manejo de Resíduos Sólidos Urbanos**. Brasília, DF: 2017c. Disponível em: <<http://www.snis.gov.br/diagnostico-residuos-solidos/diagnostico-rs-2017>>. Acesso em 08 nov. 2017.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Rev. Fac. Nac. Salud Pública** 2013; 31(supl 1): S13-S27.

_____. Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**/ Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010, 200p.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **O colapso de uma aliança de classes**. São Paulo: Brasiliense, 1978.

BULLARD, R. D. Vivendo na linha de frente da luta ambiental: lições das comunidades mais vulneráveis dos estados unidos. **Revista de Educação, Ciências e Matemática**. v.3. n.3 set/dez 2013.

CAPELLA, A. C. C. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CARVALHO, J. O. de. **Desenvolvimento Regional**: um problema político. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2014.

CASTRO, J. E. Desigualdad estructural y determinación social. **Waterlat-Gobacit**, v. 3, n. 9, 2016.

CASTRO, J. E.; CUNHA, L. H.; FERNANDES, M.; SOUSA, C. M. **Tensão entre justiça ambiental e justiça social na América Latina**: o caso da gestão da água. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

CASTRO, J. **Geografia da fome: o dilema brasileiro : pão ou aço**. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984.

CATÃO, R. de C. **Dengue no Brasil**: abordagem geográfica na escala nacional. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

CHIEFFI, P. P. Algumas questões decorrentes da reintrodução do *Aedes aegypti* no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 385-387, jul./set. 1985.

COLOMBO, L. A. **A Sudene no sistema federativo brasileiro**: a ascensão e queda de uma instituição. Recife: SUDENE, 2015.

CONSOLI, R. A. G. B. **Principais mosquitos de importância sanitária no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

COSTA, A. I. P. da. Distribuição espacial da dengue e determinantes socioeconômicos em localidade urbana no Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. 232-6, 1998.

COSTA, L. S.; BAHIA, L.; BRAGA, P. S. da C. Saúde e desenvolvimento: um diálogo com o pensamento de Celso Furtado. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2119-2127, jul. 2017.

DE SETA, M. H.; OLIVEIRA, C. V. dos S.; PEPE, V. L. E. Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3225-3234, 2017.

DUPAS, G. **O mito do progresso, ou progresso como ideologia**. São Paulo: UNESP, 2006.

ENRÍQUEZ, M. A. **Trajetórias do desenvolvimento: da ilusão do crescimento ao imperativo da sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

FISHBORN, A. F. Saúde e desenvolvimento: uma análise a partir do conceito de desenvolvimento de Amartya Sen. **DRd (Desenvolvimento Regional em debate)**, v. 5, n. 1, p. 201-210, jan./jun. 2015.

FREYRE, G. **Sobrados e Mucambos: Decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano**. São Paulo: Global, 2013. Disponível em: <<https://gruponsepr.files.wordpress.com/2016/10/livro-completo-sobrados-e-mucambosgilberto-freyre-1.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2018.

FURTADO, C. **Brasil a Construção interrompida**. 2 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

_____. **Dialética do desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1964.

_____. **Teoria e política do desenvolvimento econômico**. 4. ed. São Paulo: Nacional, 1971.

_____. **Essencial de Celso Furtado**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

HALL, P. **Cidades do amanhã: uma história intelectual do planejamento e do projeto urbanos no século XX**. 2. ed. São Paulo: Perspectivas, 2011.

HUNT, E. K. **História do pensamento econômico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1981.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados: Juazeirinho (PB)**. 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/juazeirinho.html>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

JOHANSEN, I. C.; CARMO, R. L. do. **Desigualdade sócio-espacial, urbanização e saúde da população: o caso das epidemias de dengue**. São Paulo, 2014. Disponível em: <www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/download/2159/2114>. Acesso em: 02 mai. 2018.

LOPES, N.; LINHARES, R. E. C.; NOZAWA, C. **Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v5n3/v5n3a07.pdf>>. Acesso em: 22. jul. 2017.

MARICATO, E. As idéias fora do lugar e o lugar fora das idéias: Planejamento urbano no Brasil. In: ARANTES, O.; VAINER, C.; MARICATO, E. (Orgs.). **A cidade do pensamento único: desmanchando consensos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. Educação em Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MULLER, P.; SUREL, Y. **A análise das políticas públicas**. Pelotas: Educat, 2004.

NABUCO, M. R. A (des)institucionalização das políticas regionais no Brasil. **Rev. eletrônica de ciências humanas e sociais e outras coisas**, v. 1, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/etc>>. Acesso em 01 mar. 2018.

NISBET, R. **History of ideia of progress**. New York: Transaction Publishers, 1980.

NOGUEIRA, R. P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**, Rio de Janeiro: Cebes, 2010, 200p.

_____. Perspectivas críticas acerca da relação entre Saúde e Desenvolvimento com foco nos Países Bric. **Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, p. 75-95, set. 2012. Edição especial.

PARADA, E. L. Política y Políticas Públicas. *In*: SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs.). **Políticas públicas**. Brasília: ENAP, 2006.

PRZEWORSKI, A. **Capitalismo, desenvolvimento e democracia**. *In*: NAKANO, Y.; REGO, J. M.; FURQUIM, L. (Orgs.). **Em busca do novo**. Rio de Janeiro: FGV, 2002. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/books/embuscadonovo/23-Capitalismo-Desenvolvimento-e-Democracia.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2018.

RIBEIRO, C. D. Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos. **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1109-1118, 2015.

RIBEIRO, N. R. **A crise econômica: uma visão marxista**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2008.

ROLNIK, R. **A cidade e a lei: legislação, política urbana e territórios na cidade de São Paulo**. 3. ed. São Paulo: FAPESPQ/Studio Nobel, 2013.

SACHS, I. O desenvolvimento enquanto apropriação dos direitos humanos. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 12, n. 33, p. 149-156, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141998000200011>. Acesso em: 03 dez. 2016.

SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico: uma investigação sobre lucros, capital, crédito, juro e o ciclo econômico**. 2. ed. São Paulo: Nova cultural, 1985.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

_____. ¿Por qué la equidad en salud? **Rev. Panam Salud Publica**, v. 11, n. 5/6, 2002.

SILVA, J. S.; MARIANO, Z. de F.; SCOPEL, I. A dengue no Brasil e as políticas de combate ao *Aedes Aegypti*: da tentativa de erradicação às políticas de controle. **Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 4, n. 6, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16906>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

SMITH, A. **A riqueza das nações**. Tradução Norberto de Paula Lima. São Paulo: Hemus, 2003.

SOMEKH, N. A construção social da cidade: desenvolvimento local e projetos urbanos. *In*: DOWBOR, L.; POCHMANN, M. (Orgs.). **Políticas para o desenvolvimento local**. Fundação Perseu Abramo; Instituto Cidadania, 2010. Disponível em: <<http://dowbor.org/blog/wp-content/uploads/2012/06/10PochmannLivroLocalPolitic-1.pdf>>. Acesso em 03 dez. 2016.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

SPOSITO, E. S. **Glossário de Geografia Humana e Economia**. São Paulo: UNESP, 2017.

SWYNGEDOUW, E.; COOK, I. Cidades, coesão social e o meio ambiente: justiça urbana ambiental ou ecologia POLÍTICA? *In*: CASTRO, J. E.; CUNHA, L. H.; FERNANDES, M.; SOUSA, C. M. **Tensão entre justiça ambiental e justiça social na América Latina: o caso da gestão da água**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

TEIXEIRA, P. F; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. *In*: **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**/ Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010, 200p.