



Universidade de Brasília
Instituto de Humanas – IH
Departamento de Geografia – GEA
Programa de Pós-Graduação em Geografia

**SÉRIE DE CASOS: CARACTERIZAÇÃO DA MOBILIDADE E DO ACESSO
DE CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA POR ZIKA E STORCH AOS
SERVIÇOS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE NO DISTRITO FEDERAL**

Amarílis Bahia Bezerra

Dissertação de Mestrado

Brasília - DF, fevereiro de 2019



Universidade de Brasília
Instituto de Humanas – IH
Departamento de Geografia – GEA
Programa de Pós-Graduação

**SÉRIE DE CASOS: CARACTERIZAÇÃO DA MOBILIDADE E DO ACESSO
DE CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA POR ZIKA E STORCH AOS
SERVIÇOS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE NO DISTRITO FEDERAL¹**

Mestranda: Amarílis Bahia Bezerra

Orientadora: Dr^a. Helen da Costa Gurgel

Coorientador: Dr. Wildo Navegantes de Araújo

Dissertação de Mestrado

Brasília - DF, fevereiro de 2019

¹O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.



Universidade de Brasília
Instituto de Humanas – IH
Departamento de Geografia – GEA
Programa de Pós-Graduação em Geografia

**SÉRIE DE CASOS: CARACTERIZAÇÃO DA MOBILIDADE E DO ACESSO
DE CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA POR ZIKA E STORCH AOS
SERVIÇOS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE NO DISTRITO FEDERAL**

Amarílis Bahia Bezerra

Dissertação de Mestrado submetida ao Departamento de Geografia da Universidade de Brasília como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Geografia, área de concentração Gestão Ambiental e Territorial, opção acadêmica.

Aprovada por:

Helen da Costa Gurgel, Doutora (Departamento de Geografia - UnB)
Orientadora

Wildo Navegante de Araújo (Departamento de Estatística - UnB)
Coorientador

Soraya Resende Fleischer (Departamento de Antropologia - UnB)
Examinadora Externa

Eucilene Alves Santana (Departamento de Geografia - UnB)
Examinadora Interna

Brasília - DF, fevereiro de 2019

BAM485s Bezerra, Amarílis Bahia
SÉRIE DE CASOS: CARACTERIZAÇÃO DA MOBILIDADE E DO ACESSO
DE CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA POR ZIKA E STORCH AOS
SERVIÇOS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE NO DISTRITO FEDERAL /
Amarílis Bahia Bezerra; orientador Helen da Costa Gurgel;
co-orientador Wildo Navegantes de Araújo. -- Brasília, 2019.
122 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Geografia) --
Universidade de Brasília, 2019.

1. Zika vírus. 2. Estimulação Precoce. 3. Acesso. 4.
Mobilidade. 5. Distrito Federal. I. Gurgel, Helen da Costa
, orient. II. de Araújo, Wildo Navegantes, co-orient. III.
Titulo.

É concedida à Universidade de Brasília permissão para reproduzir cópias desta dissertação e emprestar ou vender tais cópias, somente para propósitos acadêmicos e científicos. A autora reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte desta dissertação de mestrado pode ser reproduzida sem a autorização por escrito da autora.

Amarílis Bahia Bezerra

Dedico este trabalho à todas as famílias e crianças
com Síndrome Congênita, em especial às
participantes dessa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, por ter os planos para minha vida sempre melhores que os meus.

À minha família, meu pai Laerço Bezerra, minha mãe M^a Helena Bezerra, meu irmão Diógenes Bezerra, minha cunhada Marcelle Alessandra, minha sobrinha Hellena Bezerra e meu namorado Kevin Rover, pela paciência nas ausências, pelo apoio e por serem sempre minha fonte de amor e meu porto seguro.

À minha orientadora prof. ^a Helen Gurgel e ao meu coorientador prof. ^o Wildo Navegantes, por toda paciência, incentivo e ensinamentos nesse processo. Além de todo o aprendizado, a convivência com vocês me despertou ainda mais o interesse na busca pelo conhecimento, ensino e pesquisa.

À todas as pessoas que fizeram parte desse caminho. Aos integrantes do LAGAS, em especial à Eliane Lima, Nayara Costa e Eucilene Santana. Aos integrantes do Zarics/NMT, em especial à Mábia Bastos, Ana Flávia Oliveira, Rafael Catão, Amanda Amaral e Klaus Garcia. Agradeço a vocês por todas as trocas, pela convivência, por me ouvirem e ajudarem, vocês foram fundamentais na construção desse trabalho e também na vida.

À todos os amigos, que tornaram-se ainda mais essenciais nessa trajetória, trazendo descontração e leveza nos momentos de aflição. Em especial ao Lucas Garcia pelas revisões, amizade e disponibilidade sempre que precisei.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, IRD-UnB-Fiocruz JEAI-GITES, LMI-Sentinela, CNPq – FAP-DF – UnB.

Por fim, à Universidade de Brasília, aos professores e funcionários, que mais uma vez, fizeram da minha formação uma experiência extremamente gratificante.

RESUMO

Em 2015, foi constatada no Brasil uma crescente disseminação do vírus Zika, acompanhado do aumento de relatos de casos de Microcefalia e outros distúrbios neurológicos em recém-nascidos. Nesse contexto, foram elaborados pelos órgãos governamentais responsáveis, documentos orientadores e diretrizes para nortear profissionais e os serviços de saúde para ações de prevenções para mulheres em idade fértil, gestantes e para a assistência, acompanhamento e reabilitação de nascidos-vivos com Síndrome Congênita. Esta dissertação tem o objetivo caracterizar o acesso e a mobilidade aos serviços de saúde e às atividades de estimulação precoce por crianças com Síndrome Congênita por Zika e STORCH. A metodologia utilizada foi a qualitativa, utilizando a base de dados RESP (Microcefalia) e entrevista semiestruturada para coleta de dados e utilizando a Matriz de Bertin e técnicas de geoprocessamento para as análises. Como resultado principal verificou-se a necessidade das crianças com SC, usuárias do serviço público de saúde, realizarem um longo percurso para ter acesso à estimulação precoce, enquanto para a educação precoce, o deslocamento era menor. Nesse sentido, os resultados mostraram a existência da dificuldade na execução das políticas de saúde de estimulação precoce no Distrito Federal e o importante papel desempenhado pela área da educação nas atividades de educação precoce.

Palavras-chave: Zika vírus; Estimulação Precoce; Acesso; Mobilidade; Distrito Federal.

ABSTRACT

In 2015, a growing spread of the Zika virus was observed in Brazil, accompanied by an increase in reports of cases of Microcephaly and other neurological disorders in newborns. In this context, guideline documents and guidelines to guide professionals and health services for preventive actions for women of childbearing age, pregnant women, and for the care, monitoring and rehabilitation of newborns with Congenital Syndrome were developed by the responsible government agencies. This dissertation aims to characterize access and mobility to health services and activities of early stimulation by children with Congenital Syndrome by Zika and STORCH. The methodology used was qualitative-quantitative, using the database RESP (Microcephaly) and semi-structured interview for data collection and using the Bertin Matrix and geoprocessing techniques for the analyzes. The main result was the need for children with SC, who use the public health service, to take a long route to access early stimulation, whereas for early education, the displacement was lower. In this sense, the results showed the existence of the difficulty in the execution of health policies of early stimulation in the Federal District and the important role played by the area of education in the activities of early education.

Keywords: Zika virus; Early Stimulation; Access; Mobility; Federal District.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	8
LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE SIGLAS	10
INTRODUÇÃO	11
Contextualização do tema.....	11
Justificativa.....	13
Objetivos.....	14
Modelo conceitual.....	15
Estrutura da dissertação.....	16
1. DADOS E METODOLOGIA	17
1.1. Abordagem metodológica.....	17
1.2. Etapas da pesquisa.....	18
1.3. Processamento e análise dos dados.....	22
1.3.1. Análise das entrevistas.....	22
1.3.2. Análise espacial dos dados.....	22
1.3.2.1. Cartografia temática.....	24
1.4. Aspéctos éticos.....	25
2. ESTADO DA ARTE	26
2.1. Síndromes Congênicas: Zika e STORCH.....	26
2.2. Políticas de saúde e programas de assistência social como estratégia para o cuidado da criança e da pessoa com deficiência.....	29
2.3.1. A Política nacional de atenção à saúde da criança (PNAISC) e a Política nacional de saúde da pessoa com deficiência.....	32
2.3.1.1. Benefício de prestação continuada (BPC).....	34
2.4. A Estimulação Precoce.....	36
2.4.1. Diretrizes de Estimulação Precoce de crianças com Síndrome Congênita por Zika vírus e STORCH.....	38
2.5. Organização do Sistema de Saúde do Distrito Federal.....	40
2.5.1. História da saúde no Distrito Federal.....	40
2.5.2. Estrutura atual da saúde no Distrito Federal.....	41

2.6. Processo da produção espacial do Distrito Federal.....	43
2.6.1. ORganização territorial e características populacionais do Distrito Federal	45
2.7. Conceitos.....	49
2.7.1. Espaço geográfico	49
2.7.2. Mobilidade urbana	50
2.7.3. Acesso	52
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
3.1. Parte I - Contexto dos casos de Síndrome Congênita	54
3.1.1. Zika vírus e Síndrome Congênita no Brasil	54
3.1.2. Dinâmica espacial dos casos de Zika no Distrito Federal.....	58
3.1.3. Síndrome Congênita no Distrito Federal	62
3.2. Parte II – Série de casos: Família e crianças com Síndrome Congênita por Zika e STORCH no Distrito Federal.....	66
3.2.1. Características sócio-econômicas	66
3.2.2. Acesso aos serviços de saúde.....	70
3.2.2.1. Características do acesso aos serviços de saúde.....	74
3.2.3. Mobilidade e acesso às atividades de Estimulação e Educação Precoce.....	77
3.2.3.1. Trajetória para as atividades de Estimulação e Educação Precoce ...	81
3.2.4. Avaliação do acesso e acessibilidade aos serviços de saúde	88
3.2.5. As Políticas de saúde e a reabilitação de crianças com Síndrome Congênita no Distrito Federal	89
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
5. REFERÊNCIAS.....	96
ANEXOS.....	109

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modelo Conceptual	15
Quadro 2 - Passos metodológicos.....	17
Quadro 3 - População de estudo	20
Quadro 4 - Síntese da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Infraestrutura e Funcionamento da Atenção Básica.....	31
Quadro 5 - Síntese dos eixos, estratégias e programas do Plano Nacional de Atenção à Saúde da Criança	32
Quadro 6 - Síntese das diretrizes da Política Nacional Saúde da Pessoa com Deficiência	34
Quadro 7 - Síntese das Diretrizes de Estimulação Precoce	39
Quadro 8 - Características socioeconômicas	67
Quadro 9 - Características da gravidez e da criança com SC relacionadas ao acesso aos serviços de saúde	71
Quadro 10 - Características relacionadas ao acesso às atividades de estimulação precoce	75
Quadro 11 - Características relacionada a mobilidade e acesso às atividades de estimulação precoce.....	78
Quadro 12 - Características relacionada a mobilidade e acesso às atividades de educação precoce.....	78
Quadro 13 - Avaliação do acesso aos serviços de saúde público e estimulação precoce	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Situação das entrevistas.....	21
Tabela 2 - Casos prováveis e incidência de febre pelo vírus Zika, por região em 2016 e 2017	54
Tabela 3 - Notificações de casos de crianças com alteração no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionados à infecção por Zika e outras etiologias infecciosas, por classificação final, 2015 - 2017	56
Tabela 4 - Classificação dos casos de Zika vírus em residentes no Distrito Federal	58
Tabela 5 - Infecção por ZIKV no DF, segundo sexo e faixa etária, de 2015 a 2018	61

Tabela 6 - Classificação dos confirmados de infecção por Zika no DF, de 2015 a 2017	62
Tabela 7 - Casos de Síndrome Congênita por Zika e STORCH no DF, entre 2015 a 2017	63
Tabela 8 - Casos confirmados de Síndrome Congênita por etiologia no DF, de 2015 a 2017	65
Tabela 9 - Distâncias (Km) entre as atividades de educação/estimulação precoce por trecho	82

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da coleta dos dados	19
Figura 2 - Mudanças na Atenção Primária – Estratégia Saúde da Família (ESF).....	43
Figura 3 - Mapa de Localização das Regiões Administrativas do Distrito Federal. Elaborado pela autora.	46
Figura 4 - Renda Domiciliar Mensal das RAs – Distrito Federal em 2015. Elaborado pela autora.....	48
Figura 5. Principais vias de ligação do Distrito Federal. Elaborado pela autora.....	49
Figura 6 - Incidência dos casos notificados de Zika por UF em 2016 e 2017. Elaborado pela autora.....	55
Figura 7. Casos de alterações no crescimento e desenvolvimento infantil, possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, 2015 a 2017...	57
Figura 8 - Todos casos notificados de infecção por Zika em residentes do DF, de 2015 a 2017. Fonte: Elaborado pela autora.	59
Figura 9 - Todos casos confirmados de infecção por Zika em residentes do DF, de 2015 a 2017. Fonte: Elaborado pela autora.	60
Figura 10 - Todos casos notificados de Síndrome Congênita no DF, de 2015 a 2017. Fonte: Elaborado pela autora.	63
Figura 11 - Trajetória para a Estimulação/Educação Precoce do caso 1. Fonte: Elaborado pela autora.	82
Figura 12 - Trajetória para a Estimulação/Educação Precoce do caso 2. Fonte: Elaborado pela autora.	83

Figura 13 - Trajetória para a Estimulação Precoce do caso 3. Fonte: Elaborado pela autora.	84
Figura 14 - Trajetória para a Estimulação Precoce do caso 4. Fonte: Elaborado pela autora.	85
Figura 15 - Trajetória para a Estimulação Precoce do caso 5. Fonte: Elaborado pela autora.	86
Figura 16 - Linha do tempo dos documentos orientadores relacionados ao Zika vírus, elaborados pelo Governo Federal e do Distrito Federal. Fonte: Elaborado pela autora.	90

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

Erro! Fonte de referência não encontrada. – Agência Nacional de Saúde Suplementar

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DNPM - Desenvolvimento Neuropsicomotor

Erro! Fonte de referência não encontrada.- Estratégia de Saúde da Família

ESPII - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

ESPIN - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

MS – Ministério da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM – Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PFS - Programa Família Saudável

Erro! Fonte de referência não encontrada. - Política Nacional de Atenção à Saúde

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PSC - Programa Saúde em Casa

PSF - Programa Saúde da Família

RA **Erro! Fonte de referência não encontrada.**– Região Administrativa

SNC - Sistema Nervoso Central

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INTRODUÇÃO

CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

O Brasil foi o primeiro país de grande porte a vivenciar a rápida disseminação do Zika vírus, o que fez com que o Ministério da Saúde determinasse uma situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em novembro de 2015 (DINIZ, 2016).

A maioria dos casos observados de possíveis infecções por Zika foram localizados principalmente na Região Nordeste e Sudeste do Brasil. No entanto, uma crescente disseminação da infecção observada no Norte e Centro-Oeste, acompanhados do aumento de relatos de casos de Microcefalia e outros distúrbios neurológicos, chamou atenção e deixou o país em um estado maior de alerta (DE OLIVEIRA et al., 2017).

Dessa maneira, em março de 2016, foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a relação entre o vírus Zika e os casos de Microcefalia. Com base nos resultados de estudos epidemiológicos e após a existência de um forte consenso de especialistas, foi declarado também como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (WHO, 2016).

Tendo em vista o aumento significativo dos casos de Microcefalia e das Síndromes Congênitas por Zika, a maior preocupação em relação às infecções tem sido principalmente as mulheres grávidas e em seus filhos. Em 2016 e 2017, foram notificados para cada ano 17.000 e 2.160 de casos prováveis de infecção pelo vírus Zika em gestantes, dos quais 11.052 e 949 foram confirmados por critério clínico-epidemiológico ou laboratorial, respectivamente (BRASIL, 2018).

Após aproximadamente um ano do surto de infecção por Zika e reconhecimento da relação do vírus com a Microcefalia e outros distúrbios neurológicos, o Comitê de Emergência da OMS, em 18 de novembro de 2016, declarou encerrada a situação de emergência internacional. Portanto, o Zika passou da condição de situação de emergência e tornou-se um desafio de longo prazo para a saúde pública (ABRASCO, 2017).

Nesse contexto de infecção por Zika, o Ministério da Saúde elaborou em 2015 um Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia e o editou em 2016, para orientar os profissionais da atenção à saúde para ações de prevenções pelo vírus Zika em mulheres em idade fértil, gestantes e para orientar a assistência e o acompanhamento dos nascidos-

vivos com Microcefalia, que também serviria para as Síndromes Congênicas causadas por outras etiologias (BRASIL, 2015, 2016a).

Antes da epidemia de Zika, a doença mais frequentemente relacionada às Síndromes Congênicas era a STORCH. A sigla STORCH compreende a bactéria *Treponema pallidum*, que causa a sífilis (S), o protozoário *Toxoplasma gondii*, que causa toxoplasmose (TO), o vírus rubéola (R), o citomegalovírus (C) e o vírus herpes simplex (H) (BRASIL, 2017). Essa sigla foi designada para representar infecções comuns e é utilizada universalmente para identificar fetos e recém-nascidos que apresentem quadros clínicos similares (COFRE et al., 2016).

Sendo assim, alguns autores caracterizaram esse conjunto de agravos causados pela infecção pelo vírus; como Síndrome Congênita do Zika (DE BARROS MIRANDA-FILHO et al., 2016; MARTINES et al., 2016; REES et al., 1987). Portanto, ampliou-se a sigla referente as Síndromes Congênicas, adicionando o vírus Zika e sendo reescrita como Zika e STORCH (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, as políticas sociais e de saúde são fundamentais para a proteção das crianças com Síndrome Congênicas. Portanto, o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado a maior política pública, com previsão legal e garantia na Constituição Federal, possui um importante papel no cuidado com a saúde das gestantes e das crianças (BRASIL, 2016b).

Como uma das estratégias do SUS para o cuidado com crianças com Síndrome Congênita, foi publicada as Diretrizes de Estimulação Precoce, com o objetivo de auxiliar os profissionais da Atenção à Saúde para o trabalho de acompanhamento do desenvolvimento infantil e a estimulação precoce (BRASIL, 2016).

O início da estimulação em crianças com alterações no desenvolvimento infantil é indicado o mais precocemente possível, tendo em vista as possibilidades de se minimizar os efeitos. Desse modo, é imprescindível que essas crianças, nesse sensível contexto, tenham acesso aos cuidados que precisam, pois, a realização dessas ações pode gerar impactos nas condições de vida futura dessas crianças e de suas famílias (BRASIL, 2016b e FLEISCHER, 2017).

Portanto, analisar o contexto que envolve o acesso das crianças e famílias aos serviços de saúde para a realização da estimulação precoce, será importante para conhecimento da realidade e para a contribuição no planejamento de ações de saúde voltados para as crianças com Síndrome Congênita e, portanto, contribuir para garantia

do pleno direito de acesso aos serviços de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

JUSTIFICATIVA

Após epidemia de Zika vírus no Brasil, foi dado um maior destaque às crianças com Síndrome Congênita, ainda que o acontecimento destas sejam anteriores à disseminação do vírus Zika. Desse modo, foi dado luz a importância do debate sobre os cuidados e oferta de serviços à essas crianças.

Nesse contexto, a Geografia desempenha importante papel, trazendo ao debate a contribuição sobre os processos que ocorrem no espaço, sinalizando aspectos que devem ser levados em consideração no planejamento e execução de políticas públicas e na organização e na oferta dos serviços de saúde (GUIMARÃES, 2001).

No Distrito Federal (DF), assim como no Brasil, o processo de expansão urbana baseou-se em uma sociedade com a distribuição de renda bastante desigual, ocasionando uma estrutura intra-urbana fortemente marcada pelo processo de segregação socioespacial da população (CÉLIA; CAIADO, 2005).

Desse modo, destaca-se a importância de levar em consideração os aspectos relacionados ao espaço geográfico, tendo em vista que nele estão inseridos fatores indissociáveis, que não podem ser compreendidos a partir de um único ponto de vista (COSTA, 2014).

Nesse sentido, conhecer o contexto que envolve os cuidados com as crianças com Síndrome Congênita por Zika e STORCH no DF, faz-se ainda mais relevante tendo em vista a mudança e reorganização pela qual a Atenção Básica de Saúde está passando, sendo este fundamental no processo de cuidado e reabilitação dessas crianças (BRASÍLIA, 2016a).

Além disso, ainda são escassos trabalhos que abordem especificamente o tema proposto. Particularmente no DF, ainda não há estudos publicados que tratem sobre mobilidade e acesso de crianças com Síndrome Congênita às atividades de estimulação precoce no DF.

Assim, o presente estudo se justifica uma vez que poderá contribuir com um melhor conhecimento sobre o contexto da Síndrome Congênita por Zika e STORCH no DF. Esse conhecimento poderá ser útil para apoiar políticas públicas no sentido de mitigar as dificuldades enfrentadas pelas crianças e pelas famílias.

OBJETIVOS

Geral

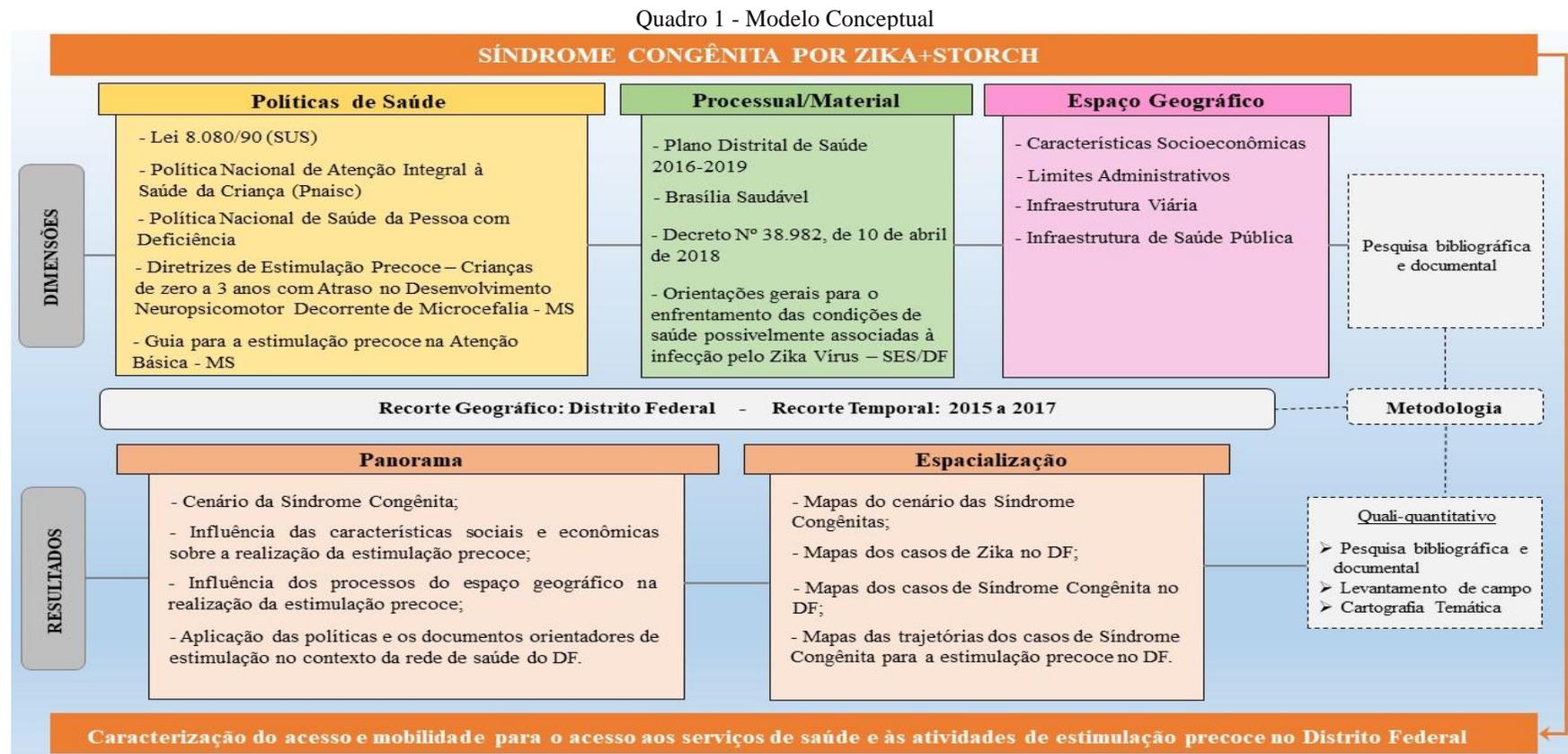
Investigar os percursos clínicos para a estimulação precoce de crianças de zero a 3 anos de idade, nascidas de 2015 a 2017, com Síndrome Congênita por STORCH e Zika e caracterizar a mobilidade para o acesso às atividades de estimulação precoce no Distrito Federal.

Específicos

- 1) Caracterizar o cenário da infecção por Zika vírus e da Síndrome Congênita por Zika e STORCH no Brasil e Distrito Federal;
- 2) Identificar e mapear os percursos realizados pelas crianças para a realização da estimulação precoce no Distrito Federal;
- 3) Caracterizar o perfil sociodemográfico dos casos estudados; e
- 4) Comparar os percursos realizados pelas crianças para a realização da estimulação precoce no Distrito Federal com os documentos orientadores de estimulação precoce, publicados pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela Secretaria de Saúde Distrito Federal - SES/DF.

MODELO CONCEPTUAL

Apresenta-se a seguir o modelo conceptual (quadro 1), apresentando o resumo das dimensões de análise abordadas e os resultados, a fim de responder aos objetivos anteriormente expostos.



Fonte: Elaborado pela autora.

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

O presente estudo, para melhor apresentação e compreensão dos resultados, foi organizado em quatro capítulos. No capítulo inicial são abordados os dados e as metodologias de coleta e análise, bem como os aspectos éticos relacionados ao estudo.

O capítulo 2 apresenta o Estado da Arte sobre os aspectos que permeiam a temática estudada, como o contexto do Zika vírus, as políticas sociais, de cuidado a saúde relacionadas ao tema e o seu âmbito de aplicação. Ademais, nesse capítulo também foram tratados sobre os conceitos utilizados para as análises realizadas neste estudo.

No capítulo 3, estão apresentados os resultados e as discussões, que foram divididos em duas partes. Na parte I, têm-se os resultados obtidos através dos dados secundários, que trazem o cenário sobre a situação das infecções por Zika vírus no DF e das Síndromes Congênitas por Zika e STORCH. Na parte II, têm-se os resultados dos dados primários, sobre a reabilitação de algumas crianças acometidas por Síndrome Congênita, apresentadas no cenário da parte I.

O referido capítulo, traz a discussão dos principais aspectos observados a partir dos resultados e do contexto que envolve a mobilidade e o acesso das crianças com Síndrome Congênita e como as políticas de saúde e os documentos orientadores estão estabelecidos no âmbito da saúde pública do Distrito Federal, de acordo com as práticas realizadas pelos casos observados no âmbito deste estudo.

Por fim, no capítulo 4 são apresentadas as considerações finais, dedicadas às reflexões trazidas após o conhecimento da realidade sobre a reabilitação de crianças com Síndrome Congênita causadas por Zika e STORCH no DF. Além disso, são evidenciadas também as limitações encontradas no estudo e sugestões para pesquisas futuras.

1. DADOS E METODOLOGIA

1.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA

A abordagem metodológica utilizada é a quali-quantitativa, tratando-se de um estudo do tipo descritivo, que faz referências à doenças e agravos à saúde, em função de variáveis ligadas ao espaço (aspectos político-administrativo territorial e populacional), à mobilidade (distância e tempo), possibilitando o detalhamento de alguns casos relacionados à temática de estudo.

Nesse seguimento, algumas questões-chaves foram colocadas como norteadoras para o estudo, sendo elas: Como o território e a estrutura de saúde influenciam sobre a realização da estimulação precoce? Como as características sociais e econômicas influenciam sobre a realização da estimulação precoce? Como as políticas, diretrizes e orientações de estimulação precoce se aplicam na rede de saúde do Distrito Federal?

A fim de responder às questões de pesquisa e ao objetivo geral proposto, foram realizados os seguintes passos metodológicos, de acordo com cada objetivo específico (quadro 2):

Quadro 2 - Passos metodológicos

PASSOS METODOLÓGICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1) Levantamento de bibliografias: artigos, livros, teses e documentos orientadores governamentais;	i) Caracterizar o cenário da infecção por Zika vírus e da Síndrome Congênita por Zika e STORCH no Distrito Federal;
2) Levantamento de dados secundários	i) Caracterizar o cenário da infecção por Zika vírus e da Síndrome Congênita por Zika e STORCH no Distrito Federal;
3) Levantamento de campo	ii) Identificar e mapear os percursos realizados pelas crianças para a realização da estimulação precoce no Distrito Federal; e iii) Caracterizar o perfil sociodemográfico dos casos estudados.
4) Uso da cartografia temática para representação dos dados	i) Caracterizar a situação da infecção por Zika vírus e da Síndrome Congênita por Zika e STORCH no Distrito Federal; e ii) Identificar e mapear os percursos realizados pelas crianças para a realização da estimulação precoce.
5) Levantamento documental e cartografia temática	iv) Comparar os percursos clínicos realizados pelas crianças para a realização da estimulação precoce no Distrito Federal com os documentos orientadores de estimulação precoce, publicados pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela SES/DF;

Fonte: Elaborado pela autora.

1.2. ETAPAS DA PESQUISA

1) Revisão bibliográfica: esta etapa foi orientada para a compreensão do contexto que envolve a reabilitação de crianças com Síndrome Congênita por Zika e/ou STORCH no Distrito Federal. Nesse sentido, foi realizado levantamento bibliográfico relativos à organização processual e material do SUS, documentos governamentais orientadores para práticas de estimulação precoce, políticas de saúde e conceitos orientadores do estudo;

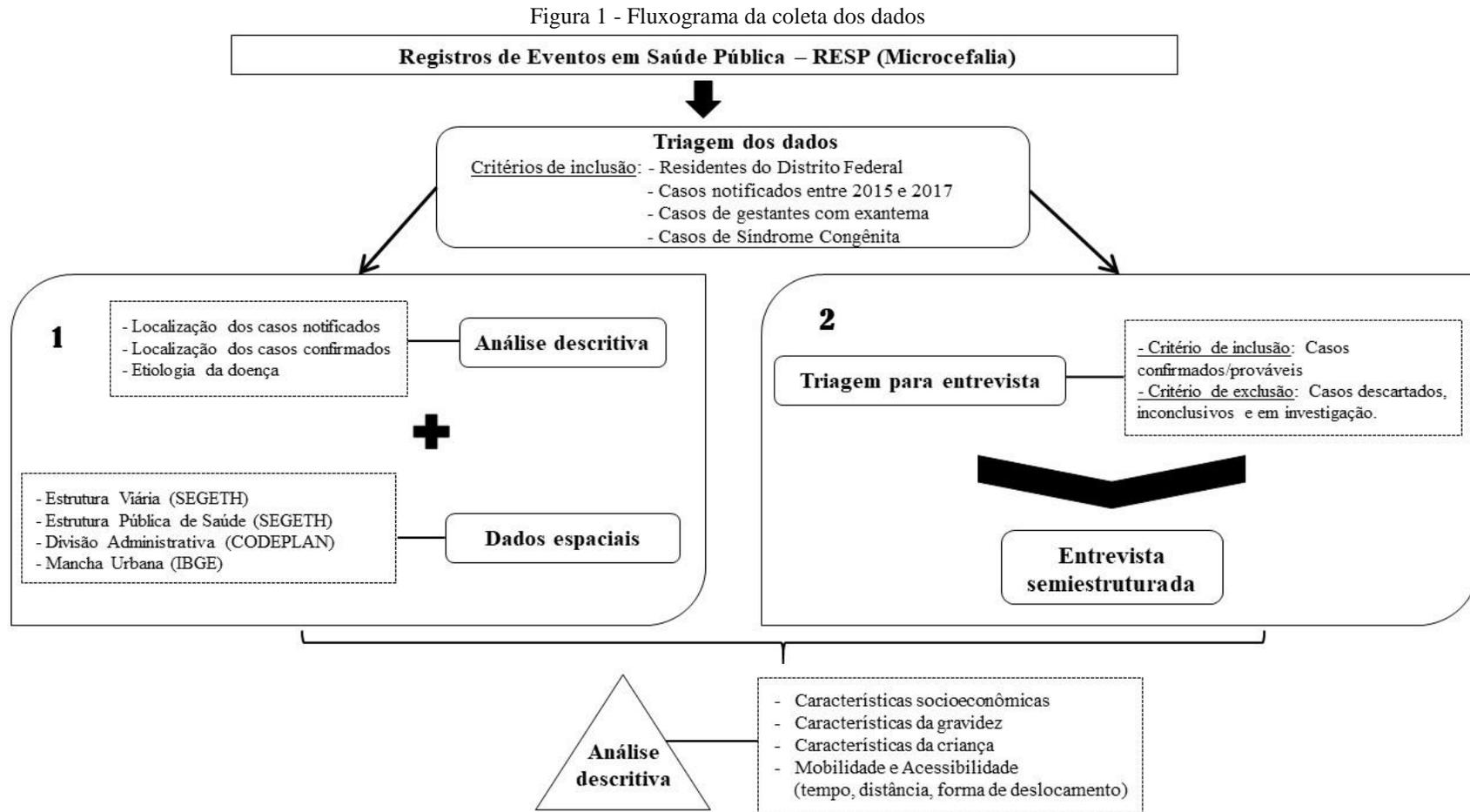
2) Planejamento da coleta de dados: esta etapa foi dividida em duas fases: a) a primeira referiu-se à identificação do banco de dados secundários para seleção e localização dos casos do estudo; b) a segunda consistiu na elaboração e validação do instrumento de coleta.

a) Dados secundários: para a seleção dos casos do estudo foi utilizada a base de dados de Registros de Eventos em Saúde Pública – RESP² (Microcefalia), disponibilizada pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES/DF.

b) Instrumento de coleta dos dados primários: inicialmente foi realizada um levantamento bibliográfico de dissertações e teses, com propostas similares a esse estudo, a fim de identificar os instrumentos e questões mais adequadas para apreender os dados necessários. Simultaneamente, foram presenciadas reuniões e conversas com gestores dos serviços de saúde do Ministério da Saúde e SES/DF, para a compreensão do contexto do estudo e o refinamento das questões propostas. Com base nas revisões e reuniões realizadas, foi elaborado um questionário com perguntas semiestruturadas, inicialmente com questões abertas para nortear e ambientar a entrevista, seguidas das questões fechadas, para as posteriores análises. Posteriormente, esse instrumento foi aplicado em forma de piloto por meio de uma entrevista com um não caso da pesquisa. A partir deste piloto, foram realizadas correções e melhorias nas questões para o aprimoramento do instrumento quanto a sensibilidade para a coleta dos dados.

² Após as ocorrências de Microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC), possivelmente associada a infecção por Zika vírus, terem sido declaradas como situação de Emergência Pública de Importância Nacional (ESPIN) pelo Ministério da Saúde, criou-se o RESP-Microcefalia para ser utilizado pelas secretarias estaduais de saúde para notificação dos casos. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/resp>>.

3) Coleta dos dados: O fluxograma a seguir (figura 1), demonstra o processo de coleta e análise dos dados primários e secundários utilizados neste estudo.



Fonte: Elaborado pela autora.

A partir da base de dados RESP, foram obtidos os dados secundários utilizados neste estudo. Para uso dos dados, primeiramente realizou-se uma triagem dos casos. Para tal, seguiu-se os seguintes critérios de inclusão: *i*) ser residente do Distrito Federal; *ii*) recorte temporal casos notificados entre 2015 e 2017; *iii*) casos de gestantes com exantema por Zika vírus; e *iv*) casos de Síndrome Congênita por STORCH e/ou Zika vírus.

Após seleção dos dados, dividiu-se em duas etapas: a primeira, foi referente aos dados secundários triados. A partir destes dados foi realizada análise descritiva das informações relacionadas ao espaço, tais como localização dos casos notificados e confirmados e a identificação da etiologia das doenças observadas.

A segunda fase foi relacionada à coleta dos dados primários. Nesse seguimento, para tentar chegar até o máximo de casos de crianças com Síndrome Congênita, foi feita uma segunda triagem dos dados, com os seguintes critérios: Inclusão: casos confirmados e prováveis de Síndrome Congênita por STORCH e/ou Zika vírus e de gestantes com exantema por Zika vírus; e Exclusão: casos descartados, inconclusivos e em investigação.

A partir da segunda triagem, foram selecionados os casos para realizar entrevistas semiestruturadas. Nesse sentido, foram selecionadas 29 ocorrências, 25 relativos à casos de Síndrome Congênita e 4 de gestantes com exantema (Quadro 3).

Quadro 3 - População de estudo

Situação da entrevista	n = 29
Criança com SC	25
Gestante com exantema	4
Total	29

Fonte: Elaborado pela autora.

Destes, excluiu-se 2 casos natimorto, restando 27 casos aptos para as entrevistas. Ao todo, não houve contato por telefone com 18 casos, em razão do número disponibilizado na base de dados estar errado ou telefone estar desligado, e 3 recusas para participação no estudo, por motivos diversos. Por fim, foram realizadas 5 entrevistas, todas com responsáveis de crianças com Síndrome Congênita por Zika ou STORCH (Tabela 1).

Tabela 1 - Situação das entrevistas

Casos de Síndrome Congênita	n = 25
Sem contato por telefone	16
Natimorto	2
Recusa	2
Não é residente do DF	1
Realizado	4
Casos de Gestantes com exantema	n = 4
Sem contato por telefone	2
Recusa	1
Realizado	1
Total realizado	5

Fonte: Elaborado pela autora.

Para a realização das entrevistas, os agendamentos foram feitos por telefone, com até 5 tentativas de contato para participação. Como tentativa para não prejudicar as rotinas dos entrevistados, as conversas eram agendadas para acontecerem durante a execução de alguma de suas atividades cotidianas. Desse modo, todas as entrevistas foram propostas e realizadas nos locais de estimulação precoce, enquanto as crianças estavam nas atividades. Ademais, para tentar superar possíveis vieses de memória, utilizou-se o prontuário médico como ferramenta de validação das informações obtidas nas entrevistas.

Por fim, para dar suporte aos dados coletados, foram utilizados dados oficiais, relacionados ao espaço, disponibilizados por órgãos públicos, tais como:

- a) Estrutura Viária do DF - Secretaria de Estado de Gestão do Território e Habitação do DF (SEGETH/DF);
- b) Estrutura Pública de Saúde – SEGETH/DF;
- c) Divisão Administrativa do DF - Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN);
- d) Mancha Urbana - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- e) Boletins Epidemiológicos³ - Ministério da Saúde (MS).

³ Os boletins epidemiológicos são instrumentos de vigilância, de caráter técnico-científico, de acesso livre, digital, com disponibilização mensal e em alguns casos semanal. Por eles são divulgadas informações relevantes e qualificadas, que visam contribuir com o monitoramento dos agravos, eventos e doenças com potencial para desencadear emergência de Saúde Pública. Disponível em: <<<http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>>.

4) Organização dos dados: esta etapa se constituiu na organização e formatação dos dados obtidos. Os dados primários foram coletados, armazenados e gerenciados pela plataforma de coleta *REDCap*⁴. Os dados secundários foram organizados, armazenados e analisados por meio do *Excel*.

1.3. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Com vistas a atender aos objetivos específicos dessa pesquisa, para as análises dos dados foram utilizadas duas metodologias diferentes, a primeira voltada para as análises dos dados coletados por meio das entrevistas e a segunda para as análises espaciais.

1.3.1. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A partir dos dados primários, coletados por meio de questionários (anexo 3), aplicados nas entrevistas, foram geradas informações qualitativas e quantitativas. Para as análises desses dados foi utilizado a Matriz de Bertin, que permitiu as análises por meio de comparação e interpretação visual.

A referida matriz possui um processo simplificado de representação das informações, que pode dar origem a uma transcrição gráfica, que torna possível transcrever todas as relações entre as variáveis observadas (BERTIN, 1970; BERTIN, 2000).

Nesse sentido, a análise por meio dessa matriz é benéfica em termo de leitura do conjunto dos dados projetados, permitindo observar e responder a duas questões sobre os fenômenos estudados: Qual é a sua distribuição? E, portanto, "Quais são todos os fenômenos que têm a mesma distribuição?" (BERTIN, 1970; BERTIN, 2000).

1.3.2. ANÁLISE ESPACIAL DOS DADOS

Para as análises espaciais dos dados, estes foram processados por meio do *Excel* e *softwares* de geoprocessamento. O geoprocessamento é um conjunto de ferramentas

⁴ O *REDCap* é uma plataforma online para o armazenamento e gerenciamento de dados científicos, que visa facilitar o compartilhamento dos conhecimentos e formar parcerias colaborativas nacionais e internacionais. Disponível: <<http://www.redcapbrasil.com.br/>>, acesso em: 26/11/18.

que permite coletar, tratar e manipular um conjunto grande de dados. Na área da saúde, tem crescido o uso dessas ferramentas, em especial o uso dos Sistemas de Informações Geográficas (SIG), para o mapeamento de doenças e avaliações de riscos (BARCELLOS; RAMALHO, 2002; BARCELLOS; SANTOS, 1997).

Os SIG's possibilitam não apenas a localização de eventos pontuais em mapas, mas também a combinação de dados, gerando novas informações e permitindo a execução de análises espaciais robustas (BARCELLOS; RAMALHO, 2002; BARCELLOS; SANTOS, 1997).

A partir dessas ferramentas, foi realizada a caracterização da distribuição espaço-temporal dos casos de infecção por Zika vírus e das Síndromes Congênita por Zika+STROCH no Brasil e no Distrito Federal. Foram elaborados mapas referentes ao número de casos e às taxas de incidência de casos notificados compreendidos no período entre 2015 a 2017.

Para as análises espaciais dos números de casos e taxas de incidência para o Brasil, utilizou-se os dados do boletim epidemiológico, citado anteriormente. Para a representação gráfica desses dados foram elaborados mapas coropléticos.

Para as análises dos números de casos notificados e confirmados no Distrito Federal, os dados foram especializados e agregados por Região Administrativa (RA) de residência dos casos e para a representação gráfica da quantidade de casos, foram gerados centroides em forma de pontos para cada RA. A partir dos centroides somados aos números de casos, foram gerados mapas de símbolos proporcionais.

Para as análises das trajetórias realizadas pelas famílias e crianças com Síndrome Congênita até a estimulação precoce foi necessário, primeiramente, especializar os locais de residência e os locais de estimulação precoce de cada caso observado. Para tal, utilizou-se o *software Google Earth Pro*.

Em seguida, foi utilizada a ferramenta *Network Analyst* e a partir dos pontos e da estruturara viária especializados, este último disponibilizado, como anteriormente citado, pela SEGETH, foram gerados os caminhos por vias mais próximas entre os locais de residência e os locais de estimulação precoce, a fim de retratar com maior veracidade os deslocamentos realizados.

Para a representação gráfica dos dados foram selecionados apenas os percursos realizados e as principais que vias que cortam o Distrito Federal, com apenas algumas rodovias federais e vias de ligação pavimentadas, excluindo as vias não pavimentadas e

os caminhos. Além destes, foram adicionados os dados espacializados referentes aos Hospitais do DF, também disponibilizados no portal da SEGETH.

Para a elaboração do quadro de distâncias dos deslocamentos realizados pelas famílias e crianças até o local de estimulação precoce, após gerados os *shapes* dos caminhos realizados, por meio do próprio *software* de geoprocessamento foram calculadas as distâncias em Quilômetros (Km) para cada trajetória realizada.

Vale destacar que os endereços utilizados para a espacialização dos casos e dos endereços foram exclusivamente os que constavam nas bases de dados, informados pelos pacientes para o atendimento no serviço de saúde. Portanto, as informações apresentam uma realidade com base nos bancos de dados disponibilizados pela SES/DF, sem validação em campo por parte desta pesquisa.

Por fim, no que diz respeito às análises realizadas nesse estudo, além das técnicas de geoprocessamento e SIG utilizadas, constatou-se oportuno utilizar a cartografia temática para sintetizar e apresentar os dados.

1.3.2.1. CARTOGRAFIA TEMÁTICA

A cartografia é considerada temática quando traz significados além dos aspectos da latitude, longitude e altitude. Ela é o instrumento de expressão dos resultados adquiridos pela geografia, que permite representar diferentes temas, com ou sem expressão física no espaço (SANN, 2005).

Os mapas temáticos são elaborados com o objetivo de melhorar a visualização e a comunicação dos dados, distinguindo-se essencialmente dos mapas topográficos, que tem como objetivo apenas representarem os fenômenos distribuídos geograficamente sobre a superfície terrestre (ARCHELA; THÉRY, 2008).

Nesse sentido, os mapas temáticos, por meio de símbolos gráficos (signos), devem cumprir sua função de representar o quê, onde e como determinado fenômeno geográfico acontece. Estes mapas devem ser especialmente planejados para facilitar a compreensão de diferenças, semelhanças e possibilitar a visualização de correlações pelo seu leitor (ARCHELA; THÉRY, 2008).

Dessa maneira, foram utilizados mapas coropléticos e mapas temáticos, utilizando símbolos de pontos, linhas e proporcionais, para demonstrar os dados relacionados à temática proposta nesta pesquisa.

1.4. ASPÉCTOS ÉTICOS

Como colaboração da ciência geográfica aos fenômenos relacionados ao Zika vírus, foi proposto o presente estudo, compreendido no âmbito do projeto “História Natural da infecção pelo vírus Zika no Distrito Federal”, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SES/DF em 29 de março de 2017, parecer nº 1.989.868, para a realização de diversos estudos referentes à infecção por Zika.

De acordo com a aprovação do CEP (anexo 1), os dados foram coletados por meio de entrevistas com gravação de áudio, respeitando todos os preceitos éticos recomendados relacionados à seres humanos, bem como a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que se refere às pesquisas com seres humanos.

Os entrevistados foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária, sem custos ou pagamentos. Em todas as entrevistas foi alertado sobre a livre desistência do participante a qualquer momento da entrevista. Foi entregue aos participantes das entrevistas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (anexo 2), composto por duas vias e que foram assinadas pelo entrevistador e pelo responsável, ficando cada um com uma via.

Em relação aos riscos e danos aos envolvidos, considerou-se a possibilidade de danos emocionais, tendo em vista que o processo da entrevista pode gerar a lembrança de momentos traumáticos ou dolorosos vividos no que tange o tema do estudo.

Como um retorno aos participantes das entrevistas, propõem-se após conclusão do trabalho, compartilhar com os participantes das entrevistas um resumo dos principais aspectos do trabalho, para que estes possam conhecer a realidade de outras pessoas que vivenciam situações similares.

Por fim, é importante chamar a atenção que em nenhum momento a pesquisa teve a intenção de emitir juízo de valor a respeito dos profissionais ou dos serviços prestados pela SES/DF; o objetivo foi de conhecer a realidade vivenciada pelas crianças com Síndrome Congênita para a estimulação precoce no âmbito dos serviços de saúde do DF.

2. ESTADO DA ARTE

Essa seção foi organizada de forma a apresentar as características e os contextos que permeiam as doenças congênitas por Zika e STORCH, a mobilidade e acesso das famílias e das crianças aos serviços de estimulação precoce no Distrito Federal.

Nesse sentido, considera-se que os processos históricos de urbanização e de produção espacial sejam fundamentais para a compreensão das desigualdades socioespaciais, e que estes podem influenciar na mobilidade e no acesso da população aos serviços de saúde.

Portanto, além dos temas e conceitos que serão tratados neste estudo, nessa seção também será feita uma caracterização acerca dos referidos processos ocorridos no Distrito Federal.

2.1. SÍNDROMES CONGÊNITAS: ZIKA E STORCH

A circulação do vírus Zika no Brasil teve sua descoberta em 2015 e é considerado o país com maior número de infectados atualmente. Os primeiros casos dessa nova doença febril foram registrados em algumas cidades da região Nordeste do Brasil, causando estranhamento em muitos profissionais de saúde, devido aos sintomas, característicos de infecções por Dengue (DENV) e Chikungunya (CHIKV), não compatibilizarem com os critérios das doenças exantemáticas clássicas e nem com algumas avaliações sorológicas (HEUKELBACH et al., 2016; LUCEY e GOSTIN, 2016; DE OLIVEIRA et al., 2017).

Foi constatado posteriormente se tratar do vírus Zika, um flavivírus transmitido principalmente por meio dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* mas indicado por estudos também outras vias possíveis de transmissão, tais como transmissão por via sexual, por transfusão de sangue e transmissão vertical (MUSSO et al., 2015; MCCARTHY, 2016; HILLS et al., 2016).

A primeira identificação do vírus Zika ocorreu em Uganda no ano de 1947. Sendo identificados casos isolados novamente após 23 anos da primeira ocorrência, em alguns países africanos em 1970. A partir de 2007, foram constatadas epidemias na Micronésia e em outras ilhas localizadas no Oceano Pacífico e mais recentemente, em fevereiro de 2014, infecções pelo vírus foram localizadas nas Américas e na Ilha de Pascoa, casos

estes, que possivelmente tiveram relação com os casos ocorridos na Micronésia (NUNES; PIMENTA, 2016).

No Brasil, os primeiros casos suspeitos foram detectados na cidade de Natal, capital do Rio Grande do Norte e em Recife, capital de Pernambuco. Após intensa investigação, confirmou-se a circulação do vírus já por quase toda região Nordeste, e portanto, uma ameaça de epidemia no país (LUZ; SANTOS; VIEIRA, 2015).

Devido ao aumento de registros relacionados ao Zika vírus e a alteração no padrão epidemiológico da ocorrência de Microcefalia no estado de Pernambuco, apresentando um aumento no número dos casos e fora do padrão clínico habitual, o Ministério da Saúde (MS) ficou em maior alerta e iniciou as investigações de tais eventos anômalos ao perfil epidemiológico da região (LUZ et al., 2015).

Em 11 de novembro de 2015, devido à amplitude do problema gerado pelas infecções do Zika vírus, o Ministério da Saúde anunciou a “Declaração oficial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)”, ratificada em 1º de dezembro de 2015 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que emitiu um alerta epidemiológico sobre a síndrome neurológica, malformações congênitas e infecção por Zika vírus, com implicações para a saúde pública nas Américas (DINIZ, 2016).

Tendo em vista os altos indícios da relação entre o vírus Zika e o crescimento dos casos notificados de malformação congênita e alterações neurológicas na região Nordeste do Brasil, em 1º de fevereiro de 2016 a Organização Mundial da Saúde (OMS), declarou os acontecimentos como uma situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (DINIZ, 2016).

O diagnóstico de infecção pelo vírus Zika, ainda bastante difícil, requer rapidez na realização do teste para sua confirmação, devendo ser realizados no período de viremia, ou seja, entre o primeiro e o quinto dia do início dos sintomas. Entretanto, pela similaridade dos sintomas de Dengue, esses casos são confundidos, causando falha no registro e tornando muito alta as subnotificações dos casos de Zika, sendo ainda impossível reconhecer o número real de infectados (GOURINAT et al., 2015).

No entanto, com todas as limitações, o Ministério da Saúde (MS) fez a estimativa do número de casos de infecções pelo Zika vírus, com base nos casos descartados para dengue e na produção científica nacional. A estimativa de infecções pelo vírus em 2015 no Brasil, ficou entre 497.593 a 1.482.701 casos (MENEZES et al., 2016). De acordo com o boletim epidemiológico elaborado pelo MS, em 2016, 2017 e 2018, foram

notificados 216.207, 15.359 e 6.371 casos prováveis de infecção por Zika, respectivamente (BRASIL, 2018).

Foi a partir dessa epidemia que médicos e especialistas atestaram a associação de malformações congênitas e alterações neurológicas com as infecções pelo vírus Zika durante a gestação (BRASIL, 2017). Desse modo, o Zika vírus foi identificado como causador de doença exantemática aguda no Brasil e responsável pela epidemia de Microcefalia, com alterações características de infecções congênitas ocorridas no segundo semestre de 2015 (EICKMANN et al., 2016).

Dessa forma, o vírus Zika foi inserido ao conjunto de doenças que, antes à epidemia de 2015, era frequentemente relacionadas às Síndromes Congênitas, denominada atualmente como ZIKA E STORCH (BRASIL, 2017).

As Síndromes Congênitas por Zika e STORCH caracterizam-se pela ocorrência, em alguns casos, de calcificações corticais, malformações oculares e no Sistema Nervoso Central (SNC) e, desproporção craniofacial. Além disso, podem apresentar-se também, implicações relacionadas ao desenvolvimento psicomotor e físico do feto ou do recém-nascido acometido, além de deficiências auditivas, visuais, entre outras complicações (FALCAO et al., 2016; RIBEIRO et al., 2017).

Em cada etapa da gestação as infecções congênitas oferecem diferentes riscos. No entanto, as consequências resultantes da infecção no primeiro e segundo trimestre de gestação são mais graves. Tais infecções podem resultar em diversos desfechos, tais como morte fetal, pele redundante no escalpo e nuca, baixo peso ao nascer, prematuridade do feto, malformações no SNC, até desenvolvimento de sequelas tardias, como apresentar atrasos no desenvolvimento infantil (EICKMANN et al., 2016).

Em decorrência da alta repercussão em torno da Microcefalia, dentre as manifestações congênitas, ela foi a alteração de maior repercussão no cenário nacional e internacional, tornando-se após 2015, caso de notificação compulsória (BEZERRA, L., FELISBERTO, E., COSTA, J., ABATH, M., e HARTZ, 2017).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2016), a Microcefalia é definida de acordo com o a circunferência da cabeça, menor que o desvio-padrão -2 em relação à média da população de referência, em comparação a prevista para cada grupo de idade e sexo. Portanto, enfatiza-se a importância de dados confiáveis sobre a idade gestacional, tomando como base a ultrassom do primeiro trimestre ou data do último período menstrual para a correta medição (REES et al., 1987).

De acordo com Oliveira Melo et al. (2016), a Microcefalia associada ao vírus Zika seria apenas a ponta do iceberg, trazendo a luz problemas relacionados à Microcefalia e a outras alterações decorrentes de infecções congênitas. Diante da gravidade das Síndromes Congênitas e suas repercussões trazidas pelo surto de Zika vírus, devem ser dados destaque as graves consequências causadas à vida das crianças e suas famílias (SÁ; CARDOSO; JUCÁ, 2016).

Nesse contexto, a inserção do vírus Zika trouxe diversas preocupações no aspecto social, econômico e para o sistema de saúde brasileiro. Um relatório produzido por especialistas, liderados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), destaca as três principais consequências:

- i)* impactos de longo prazo, que implicará em altos custos diretos e indiretos;
- ii)* desafio à equidade, tendo em vista a desproporcionalidade que são afetadas as áreas mais pobres, bem como grupos mais pobres e vulneráveis, em especial, as mulheres em situação de vulnerabilidade econômica e social; e
- iii)* desafios aos serviços de saúde em responder nacionalmente e alcançar os grupos mais vulneráveis (YAGNIK et al., 2017).

Diante desse cenário, faz-se necessário construir estratégias multissetoriais e realizar ações com vistas à equidade, e principalmente, proporcionar meios para a proteção social das pessoas acometidas pelas Síndromes Congênitas. Sendo assim, são diversos os responsáveis que devem atuar para a proteção e cuidado dessa população.

2.2. POLÍTICAS DE SAÚDE E PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL COMO ESTRATÉGIA PARA O CUIDADO DA CRIANÇA E DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A composição de uma política de saúde envolve diversos aspectos, como o político, social, econômico, cultural, institucional, estratégico, dentre outros, o que torna difícil dissociar a atuação de cada campo na sua composição. A política de saúde, vista como uma política social, faz interface entre as diversas formas de relação, como por exemplo, a relação entre os componentes do Estado, da sociedade e do mercado, sendo diferentes as formas de ação da política em cada caso, envolvendo estratégias, planos e instrumentos para sua aplicação (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

O conceito mais utilizado para as políticas de saúde refere-se ao seu caráter de estratégia oficial, organizada em ações pré-estabelecidas e previstas em normas legais, orientadas pelo objetivo de alcançar uma melhor qualidade de vida para população (FLEURY; OUVÉNEY, 2008), tal como conceitua a Organização Mundial da Saúde (OMS):

“Uma declaração formal ou procedimento dentro de instituições (governo) que define prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, recursos disponíveis e outras pressões políticas. (...) A política de saúde é muitas vezes promulgada através de legislação ou outras formas de elaboração de regras que definir regulamentos e incentivos que permitam a prestação de serviços de saúde e programas e acesso a esses serviços e programas” (WHO, 1998, p. 10).

Uma política pública de saúde pode ser desenvolvida por diferentes instituições, sejam elas públicas ou particulares, que atua de forma integrante e complementar à política social, visando sobretudo a proteção dos cidadãos. Portanto, pode-se afirmar que uma política pública de saúde é um conjunto de orientações, critérios e procedimentos voltados para a execução de um interesse público, com o poder de intervir sobre os diversos âmbitos pertinentes a uma população (VIANA e BAPTISTA, 2008).

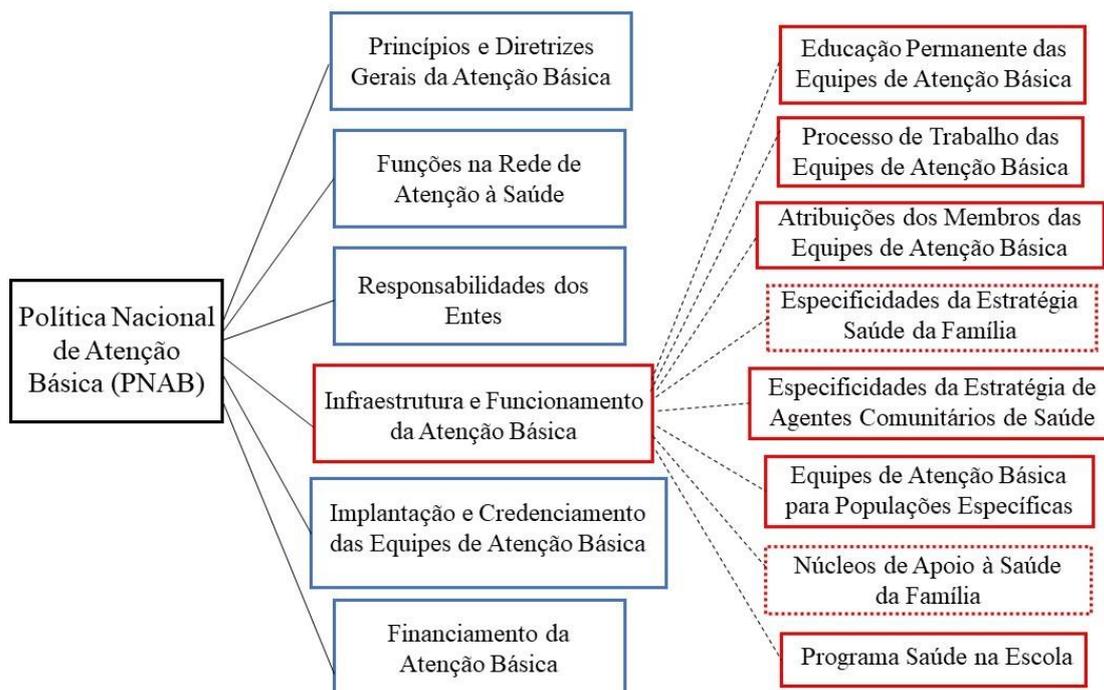
O próprio SUS pode ser apontado como uma das principais políticas públicas de saúde, implementado através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a primeira dispendo sobre as condições, organização e funcionamento e a segunda sobre a participação da comunidade na gestão e recursos financeiros, respectivamente. Deste modo, através da referida política, estava criado o arcabouço jurídico do modelo público de ações e serviços de saúde do Brasil (BRASIL, 2010).

Para a organização das ações e serviços relacionados à saúde no Brasil, foram consideradas diversas experiências acumuladas ao longo dos anos de desenvolvimento e concretização das políticas de saúde. E, portanto, o Ministério da Saúde, levando em consideração essas experiências e apoiado na Lei Orgânica da Saúde, que serve como base legal para a formulação de políticas públicas de saúde, emitiu a PNAB, em busca da concretização dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2012).

A PNAB (Quadro 4), editado pela portaria ministerial nº 648/GM, de 28 de março, foi instituído para reformular a atenção básica e ampliar seu sentido dentro do sistema de

saúde, colocando-a como a porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para a organização de uma rede de atenção local, reorganizando suas unidades de saúde, por meio principalmente da Estratégia Saúde da Família (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Quadro 4 - Síntese da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Infraestrutura e Funcionamento da Atenção Básica.



Fonte: BRASIL, 2012. Adaptado pela autora.

A partir de políticas mais amplas como essa, foram desenvolvidas demais políticas direcionadas a grupos específicos, buscando a redução da desigualdade e melhora da qualidade de vida dessas populações. Portanto, uma política pública além de fazer interface das relações entre os diversos componentes do Estado, ela também se relaciona e complementa com outras políticas, programas e estratégias, sejam de saúde, sociais e outros setores, a fim de consolidar os princípios e diretrizes do SUS e garantir a atenção à saúde de toda população (SANTOS, 2016).

Dentre as políticas e programas sociais e de saúde, está a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, como estratégia para orientar e consolidar assistência integral a essas populações na rede de serviços, em conformidade com os princípios e diretrizes do

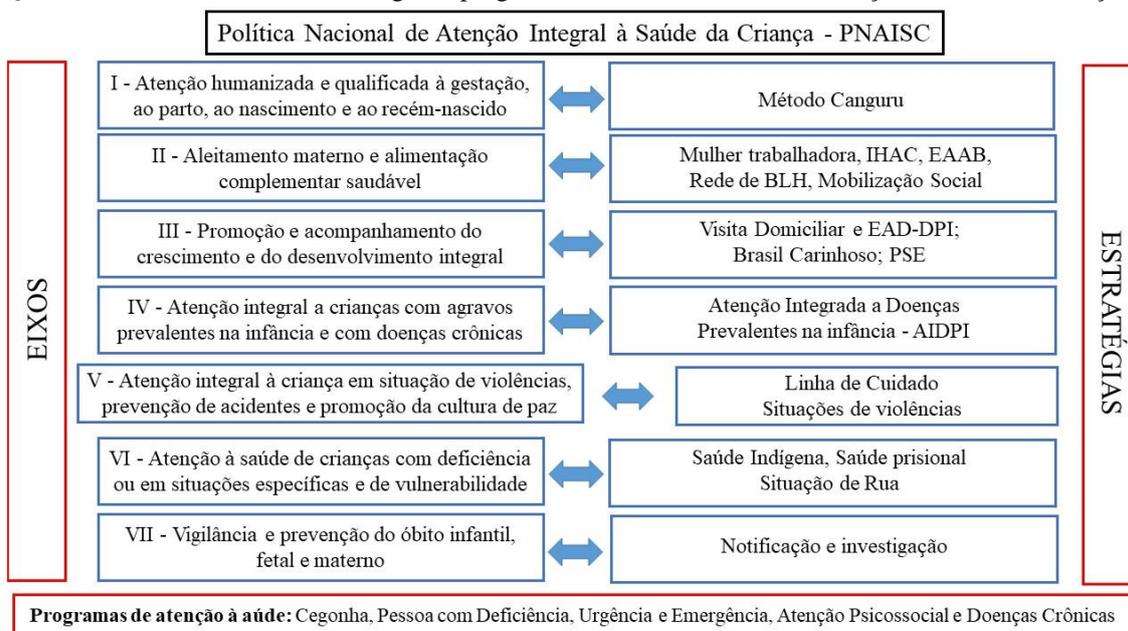
Sistema Único de Saúde, dentro da política da atenção básica, com suporte de outros níveis de atenção.

2.3.1. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA (PNAISC) E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A atenção à saúde da criança é um tema prioritário dentre os cuidados com a população. É um assunto discutido na agenda Brasileira há várias décadas, juntamente com ações referentes à maternidade. Nesse sentido, uma das primeiras políticas instituídas foi relacionada à atenção dessas duas populações, concebendo com a herança as políticas atuais de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PNAISC), que têm como objetivo comum desenvolver e melhorar as condições de saúde e o acesso dessas populações à rede pública de saúde (MACÊDO, 2016).

A PNAISC apresenta em seu conteúdo princípios, diretrizes e 7 eixos estratégicos (Quadro 5) para o cuidado com a saúde da criança. Cada eixo estratégico conta com ações e programas vinculados principalmente à atenção básica (BRASIL, 2015).

Quadro 5 - Síntese dos eixos, estratégias e programas do Plano Nacional de Atenção à Saúde da Criança



Fonte: BRASIL (2015). Adaptado pela autora.

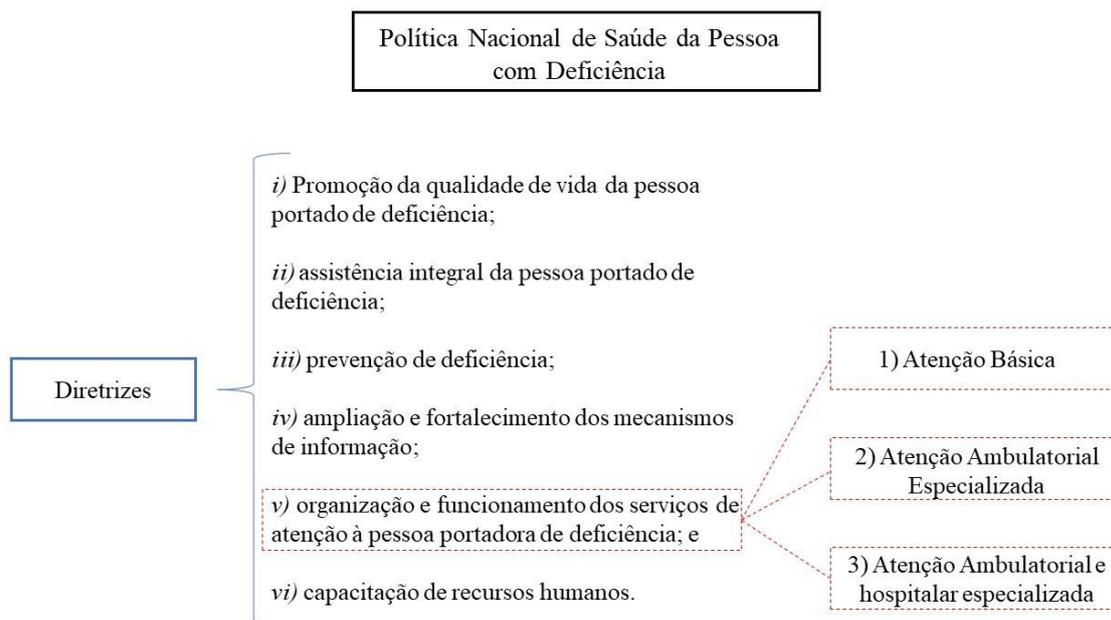
A PNAISC prevê nos seus eixos; acompanhamento e assistência nas diversas fases de vida da criança, previsto o atendimento desde recém-nascidos até crianças com até 15 anos completos (MACÊDO, 2016). Dentre os eixos apresentados (Quadro 5), por apresentarem relação com o estudo que será realizado, destacam-se os eixos III, IV e VI, referentes ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, à atenção integral de criança com agravos prevalentes na infância, e por último, à atenção da saúde da criança com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade.

Apesar de todos os eixos já apresentarem estratégias de ação, é importante ações simultâneas de políticas e programas, buscando direcionar devida atenção a uma população específica. Tal fato se apresenta como nos casos de crianças com Síndrome Congênita, contemplados pela PNAISC, podendo agir de forma articulada com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência foi instituída para orientar ações de saúde voltadas ao grupo populacional com algum tipo de deficiência. De acordo com a CIDDM-2, a deficiência é entendida como “perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais” (PORTARIA N°1.060/GM, 2002).

Para a implementação do Política Nacional, o Ministério da Saúde, por meio das Portarias n.º 116/1993 e n.º 146/1993, instituiu o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, com o objetivo de executar as diretrizes propostas pela referida Política (Quadro 6), que visa garantir a atenção integral à essa população na rede de serviço do SUS (PORTARIA N°1.060/GM, 2002).

Quadro 6 - Síntese das diretrizes da Política Nacional Saúde da Pessoa com Deficiência



Fonte: (BRASIL, 2008, p. 39). Adaptado pela autora.

Em suma, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência pretende, a partir da organização e prestação dos serviços dentro de uma rede de saúde, ampliar a cobertura assistencial e a reabilitação dessa população, de modo que os serviços nos três níveis de atenção à saúde sejam aptos ao atendimento da pessoa com deficiência, e sobretudo, que estejam articulados para uma melhor resposta a um tratamento e reabilitação.

Para proporcionar equidade às populações mais vulneráveis e melhor qualidade de vida destas, deve-se levar em consideração fatores para além das necessidades de saúde, tal como as necessidades econômicas, educacionais, culturais e alimentares. Para tal, são desenvolvidos programas voltados à inclusão social produtiva, assistência social e segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2017a).

2.3.1.1. BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é uma das políticas mais importantes no Brasil no combate às desigualdades para pessoas pobres com deficiência ou idosas, com idade acima de 65 anos, cuja renda familiar por pessoa seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo por mês. É uma política de assistência social, com previsão na Constituição

Federal de 1988, regulamentada pela Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS) (SANTOS, 2011).

Essa política foi resultado de insistentes reivindicações para o reconhecimento da pessoa com deficiência, transferindo-se a atribuição do cuidado e proteção dessas pessoas das famílias para o campo da garantia dos direitos fundamentais. Dessa forma, passou a tratar-se de uma questão pública, reconhecendo e valorizando a deficiência como uma expressão da diversidade entre as pessoas, com objetivo do desempenho da cidadania e inclusão social dessa população na sociedade (SANTOS, 2011).

O BPC está integrado à Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), é um benefício que deve ser prestado de forma articulada com os diversos serviços de assistência social e outras políticas. O BPC é financiado em sua integralidade com recursos do Governo Federal e consiste na transferência mensal de um salário mínimo a pessoas com deficiência ou idosos, com mais de 65 anos, que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem tê-la provida por sua família (BRASIL, 2017a).

Para o requerimento do BPC, a pessoa idosa ou com deficiência deve estar cadastrado no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Esse cadastro reúne informações de famílias com renda mensal por pessoa de até meio salário mínimo ou total de até três salários mínimos por família. É um banco de informações que permite identificar vulnerabilidades além dos critérios de renda (BRASIL, 2017a).

As seleções dos beneficiários de programas sociais do Governo Federal são obrigatoriamente realizadas a partir do Cadastro Único. Por meio dele é possível conhecer um pouco mais sobre a população mais pobre e vulnerável. Esse cadastro visa permitir o conhecimento de quem são essas pessoas, onde estão e quais são suas necessidades, a fim de dar suporte ao planejamento e implementação dos gestores dos Estados, Municípios e Distrito Federal (BRASIL, 2017a).

O BPC, tal como o Programa Bolsa Família, deve articular-se com outras políticas, com o objetivo de potencializar as iniciativas destinadas as famílias beneficiárias. Portanto, a partir do cadastro, é possível identificar situações como de crianças na primeira infância, em estado de vulnerabilidade e a partir dessa identificação, introduzir ações como o Programa Criança Feliz, para agir de forma complementar aos programas sociais (BRASIL, 2017a).

O Programa Criança Feliz tem como objetivo fortalecer a trajetória brasileira de enfrentamento à pobreza, redução de vulnerabilidades e desigualdades, reforçando o compromisso com as crianças com deficiência, crianças privadas do convívio familiar e suas famílias. Essa iniciativa surge como uma importante ferramenta para que as famílias possam oferecer aos seus filhos instrumentos que os auxiliem no desenvolvimento cognitivo, emocional e social na primeira infância (BRASIL, 2017b).

A primeira infância é compreendida de zero aos seis anos de idade e nessa faixa-etária a educação e os cuidados são fundamentais para melhorar o bem-estar e promover o desenvolvimento integral das crianças, principalmente em países subdesenvolvidos, onde uma grande parcela de crianças vive em estado de vulnerabilidades. Portanto, investir em programas integrados, voltados para a educação e cuidados do desenvolvimento infantil mostram-se fundamental na reversão do ciclo da pobreza (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

2.4. A ESTIMULAÇÃO PRECOCE

O termo estimulação precoce recebe diversos significados, não existindo um consenso para uma única nomenclatura, podendo ser encontrado também como: estimulação essencial, educação precoce, atenção precoce, intervenção precoce e intervenção social. Os empregos desses termos podem variar de acordo com a área que desenvolve as atividades, tal como na área da educação o termo mais comumente utilizado é educação precoce e na área da saúde é a estimulação precoce (COSTA, 2013).

Nesse sentido, o termo adotado neste estudo será o de estimulação precoce, sendo este, um termo mais amplo que compreende os diversos entendimentos e especificamente para as atividades realizadas na área da educação será adotado o termo educação precoce, devendo estes termos serem entendidos como uma ação, no momento certo e por estímulos adequados ao bom desenvolvimento infantil (PAINEIRAS, 2005).

A estimulação precoce é um conjunto de ações voltadas para os estímulos fundamentais, que possibilitem desenvolver as habilidades necessárias para um desenvolvimento sadio e uma interação maior com o seu meio. Para as atividades, são utilizadas ferramentas para gerar estímulos e treinamentos adequados nos primeiros anos de vida, fazendo uso de técnicas e recursos terapêuticos (SILVIA et al., 2017; SOUZA; CAMPOS; JÚNIOR, 2013).

Acompanhar o desenvolvimento infantil é fundamental, principalmente nos anos iniciais da vida, compreendido entre zero e três anos, pois é nesta etapa da vida que o tecido nervoso mais se desenvolve, e, portanto, é um período que a criança está mais vulnerável aos agravos. Devido à grande plasticidade do tecido nervoso, sendo nessa época que a criança melhor responde às terapias e estímulos do meio (OPAS, 2005).

De acordo com a OPAS (2015), o desenvolvimento infantil pode ser definido como:

“Um processo que vai desde a concepção, envolvendo vários aspectos, indo desde o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança. Tem como produto tornar a criança competente para responder as suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida” (OPAS, 2005, p. 5).

No Brasil, o primeiro documento que abordou o assunto da estimulação precoce foi o intitulado Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce elaborado em 1995, pela Secretaria de Educação Especial – MEC/UNESCO. Por meio desse documento, buscou-se organizar, fundamentar a implantação das atividades de estimulação precoce e adequar os programas destinados às crianças com deficiência em seus primeiros anos de vida (BRASIL, 1995).

A estimulação precoce no Brasil esteve sempre ligada à área da educação, tratando-se como um programa educacional de estimulação precoce, onde já se percebia a importância do envolvimento com outras áreas, como a saúde (BRASIL, 1995).

Na saúde, anterior à epidemia de Zika, já tinham sido desenvolvidos alguns documentos orientadores para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, tais como as diretrizes de atenção da triagem auditiva neonatal e as diretrizes de atenção à saúde ocular na infância. Recentemente, após a epidemia de Zika vírus foram lançados o Guia sobre a Estimulação Precoce na Atenção Básica e as Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, dentre outros documentos.

Desse modo, é importante destacar que os anos iniciais da vida de uma criança são um momento propício para intervenções que possam reduzir efeitos de agravos e melhorar a qualidade de vida da criança. Para tanto, é importante iniciar os tratamentos de estimulação precoce no período que abrange o nascimento até os três anos de idade,

por profissionais e locais especializados, desenvolvendo atividades de acordo com as necessidades das criança (UNICEF, 2016).

2.4.1. DIRETRIZES DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE DE CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA POR ZIKA VÍRUS E STORCH

A infecção por Zika vírus trouxe sérias implicações na saúde e no desenvolvimento infantil, além disso, provocou também o aumento da demanda de acesso aos serviços e profissionais de saúde. Portanto, no final do ano de 2015, o Governo Federal lançou o Plano Nacional de Enfretamento à Microcefalia, com o objetivo de organizar ações para controlar a situação dos crescentes números de casos de Microcefalia no país (BRASIL, 2016).

O Plano foi dividido em três eixos: Mobilização e Combate ao Mosquito; Atendimento às Pessoas; e Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa. Como ação do Plano Nacional de Enfretamento à Microcefalia, visando garantir o cuidado às gestantes e às crianças que nasceram com Microcefalia, o Ministério da Saúde emitiu o “Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo vírus Zika” (BRASIL, 2016).

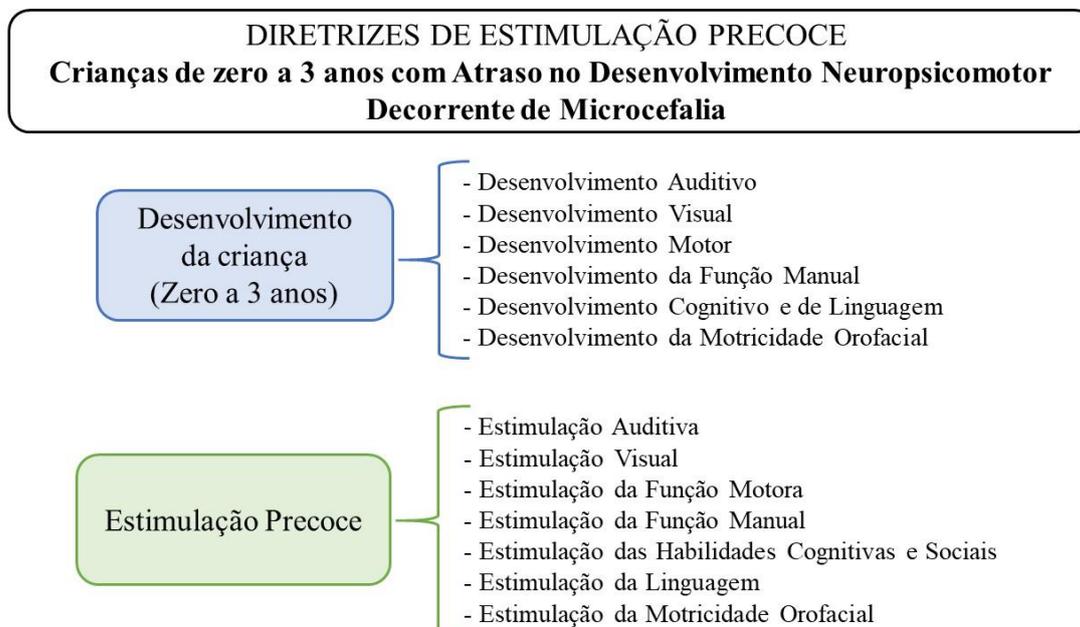
O referido documento foi criado para nortear os profissionais da atenção à saúde, por meio de orientações e diretrizes de ações de prevenção da infecção pelo vírus Zika na população geral, com foco em mulheres gestantes e em idade fértil. Nele é intensificado a importância da atenção no pré-natal, e prevista atenção no parto, no nascimento e às crianças com Microcefalia em todo território nacional (BRASIL, 2016).

No Plano apresentam-se três objetivos específicos, sendo eles: *i*) orientar diretrizes assistenciais para o planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, nascimento, puerpério e puericultura; *ii*) orientar a assistência para detecção e notificação de quadros sugestivos de Microcefalia em recém-nascidos; e orientar o acompanhamento e a reabilitação das crianças diagnosticadas com Microcefalia, enfatizando a estimulação precoce.

Para esse último objetivo, foi lançado um documento, chamado “Diretrizes de Estimulação Precoce – Crianças de zero a 3 anos de idade com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia”. Tais diretrizes (Quadro 7), foram emitidas com objetivo de dar orientações específicas de trabalho para

profissionais de saúde quanto ao acompanhamento, monitoramento do desenvolvimento infantil e estimulação precoce de crianças acometidas por Microcefalia, e portanto, sujeitas a alterações e atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor (BRASIL, 2016).

Quadro 7 - Síntese das Diretrizes de Estimulação Precoce



Fonte: BRASIL (2016). Adaptado pela autora.

As Diretrizes de Estimulação Precoce apresentam orientações que se dirigem aos profissionais da Atenção Básica, às unidades básicas de saúde; Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF; à atenção especializada, à atenção domiciliar; hospitalar; ambulatórios de especialidades; seguimento do recém-nascido; e à centros especializados em reabilitação (BRASIL, 2016c).

Além dos documento orientadores para profissionais de saúde, em 2016 o Ministério da Saúde elaborou o “Guia sobre a estimulação precoce na Atenção Básica”, reuniu orientações para o acompanhamento de crianças com risco de alteração no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) e para a estimulação precoce na Atenção Básica (BRASIL, 2016d).

Embora as atividades de estimulação precoce tenham ganhado mais destaque após a epidemia de Zika vírus e os documentos orientadores deem ênfase nas eventuais sequelas decorrentes da Síndrome Congênita do vírus Zika, o conteúdo apresentado por eles podem também ser útil a outras infecções congênicas que atingem o desenvolvimento

de crianças entre zero e 3 anos de idade, tal como para a Síndrome Congênita por STORCH (BRASIL, 2016c).

Portanto, os documentos orientadores foram desenvolvidos para organizar e nortear as práticas de promoção, proteção e detecção prévia de alterações no desenvolvimento infantil, assim como orientar o acompanhamento dessas crianças e da realização de estimulação precoce (BRASIL, 2016b). Nesse sentido, faz-se relevante conhecer a organização de um Sistema de Saúde, para compreender como nele estão estabelecidas orientações desses documentos e como se dá o acesso dessa população aos serviços de saúde

2.5. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

2.5.1. HISTÓRIA DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Em 1960, quando Brasília foi criada, o setor de saúde no Brasil estava passando por um período de ampliação de suas tecnologias e maior especialização de práticas médicas, explicitando um contraste entre o enfoque preventivo e o curativo e a assistência individual e a coletiva (GÖTTEMS et al., 2009).

Nesse contexto, o Distrito Federal marcado por sua arquitetura moderna, se propunha também a ofertar serviços de saúde compatíveis a tal estrutura. Para tanto, a instituição do Sistema de Saúde do DF está embasado em dois principais Planos de Saúde: O Plano Bandeira de Mello de 1960 e Jofran Frejat de 1979 (GÖTTEMS et al., 2009).

O Plano Bandeira de Mello de 1960, estruturava a saúde pública de forma distribuída no território, com redução de custos e facilidades de acesso para a população, tanto aos serviços quanto aos profissionais de saúde, estabelecendo o livre arbítrio para a escolha do médico e do local de tratamento; a participação da população na solução dos problemas; o regime de trabalho e pagamento dos profissionais de saúde. No entanto, a estrutura física existente e a limitação na qualificação dos profissionais não atendiam ao Plano, gerando uma reprimida demanda e a insatisfação da população (GÖTTEMS et al., 2009).

No Plano de Saúde proposto por Jofran Frejat em 1979, inspirado na Declaração de Alma Ata, foi estabelecido o modelo de saúde próximo ao que se tem hoje, com a regionalização dos serviços, unidades de saúde por níveis de complexidade, com a oferta

do cuidado primário prestados por especialidades básicas em postos e centros de saúde. Com esse Plano a atenção primária teve importantes avanços, no entanto, a falta de qualificação dos profissionais na atuação gerou entraves no modelo (GÖTTEMS et al., 2009).

Nessa trajetória do Sistema de Saúde público do DF já foram instaurados além dos Planos expostos, o Plano de Reformulação do Modelo de Atenção à Saúde do Distrito Federal (REMA), o Programa Saúde em Casa (PSC), o Programa Saúde da Família (PSF) que posteriormente passou a ser denominado como Programa Família Saudável (PFS) e atualmente é conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) (GOTTEMS, 2010a).

Nesse sentido, desde a construção de Brasília e do Distrito Federal, o Sistema de Saúde passou por importantes mudanças quanto ao modelo de atenção à saúde, na gestão, em suas estruturas físicas e no contingente de profissionais.

2.5.2. ESTRUTURA ATUAL DA SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Atualmente, a rede de saúde do Distrito Federal é formada por estabelecimentos públicos e privados. De acordo com Agência Nacional de Saúde Suplementar (2018), é a Unidade da Federação com maior taxa de cobertura de Planos de Saúde privados, depois de São Paulo e Rio de Janeiro (ANS, 2018), representando 33,1% do total de aderentes no Brasil.

De acordo com a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2013, 34,59% da população do DF possuía plano de saúde, o que uma parte pode ser considerada como eventuais usuários do SUS e outra dependentes exclusivamente do sistema público de saúde.

Nessa perspectiva, tanto os serviços públicos, quanto os particulares, são atuantes no cuidado com a saúde da população do DF e para estudos e análises relativos aos cuidados de saúde da população, estes dois âmbitos devem ser levados em consideração. No entanto, em razão da falta de divulgação e dificuldade de acesso aos dados, será dado maior enfoque ao sistema público de saúde.

O sistema de saúde público do Distrito Federal está sob a administração direta da SES/DF. De acordo com a Lei nº 8.042, de 28 de dezembro de 1990, que estipula a necessidade de criação de planos de saúde para o recebimento de recursos (BRASIL, 1990), foi criado um Grupo de Trabalho em 02 de junho de 2003, para a elaboração do

Plano de Saúde do SUS/DF para o quadriênio de 2004 a 2007, baseado no Plano Plurianual do Governo (PPA) no mesmo período (BRASIL, 2003).

Nesse mesmo sentido, foram criados Planos de Saúde, também conhecidos como Planos Distritais de Saúde para cada quadriênio; 2008 a 2011; 2012 a 2015; e 2016 a 2019. Esses documentos foram desenvolvidos a partir de análises da situação de saúde de cada quadriênio, conformando metas, ações e recursos, e servindo como instrumento para o planejamento e gestão do sistema local de saúde (BRASIL, 2003; BRASÍLIA. SECRETARIA DE SAÚDE, 2012).

Atualmente, a saúde do DF está passando por uma transição, com mudanças na sua estrutura administrativa e em seu no modelo de atenção básica. A atenção primária do DF está composta por dois modelos simultâneos, o modelo tradicional e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Como estratégia para ampliação da Atenção Primária a Secretaria de Saúde do DF (SES-DF) lançou o projeto Brasília Saudável (Converte) (GDF, 2016a).

Esse projeto estabelece mudanças nas atuações da atenção primária (Figura 2), com o objetivo de concluir a conversão para o modelo da ESF, a partir da transformação de todos os centros e postos de saúde e clínicas da família em unidades de programa Estratégia Saúde da Família, capazes de atender até 3.750 pessoas por equipe, de forma territorializada. Portanto, é um projeto voltado para a ampliação do acesso da população e melhoria dos serviços de saúde públicos (BRASÍLIA, 2016).



Figura 2 - Mudanças na Atenção Primária – Estratégia Saúde da Família (ESF)
Fonte: SES/DF.

O Decreto nº 38.982, publicado em 10 de abril de 2018, além de ter estabelecido mudanças na Atenção Básica, determinou também alterações na estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que perpassam desde a gestão até a organização administrativa da saúde no território (BRASÍLIA, 2018).

Nesse contexto, torna-se ainda mais importante conhecer sobre a dinâmica de fenômenos relacionados à Síndrome Congênita por Zika e STROCH no Distrito Federal, levando em consideração as suas características espaciais. Desse modo, faz-se essencial entender seu processo de produção espacial, sua organização e suas características socioeconômicas, afim de dar suporte à compreensão acerca das dinâmicas nele estabelecido.

2.6. PROCESSO DA PRODUÇÃO ESPACIAL DO DISTRITO FEDERAL

Desde o processo de implementação da Capital Federal em 1960, o Distrito Federal, em razão do aumento demográfico nele ocorrido, passou por intensas modificações em seu espaço. A área que iria abrigar a nova Capital possuía um baixo

contingente populacional, com apenas algumas populações residentes nas cidades de Planaltina, Brasília e fazendas vizinhas (GOTTEMS, 2010).

Em 1953, a população da área anterior à qual localiza-se o atual Distrito Federal, era estimada em 6 mil habitantes, passando a 12.283 habitante em 1956 e posteriormente a 64.314 em 1959, em razão das movimentações para a construção da nova capital. Como observa-se, o processo de povoamento ocorreu de maneira bastante acelerada, provocando uma intensa demanda por moradia, para comportar os migrantes que chegavam (IBGE, 1959).

Apesar dos esforços para a construção e execução de um projeto urbanístico e de controle de uso do território, a pressão migratória rompeu os limites desejados pelos agentes da construção da cidade e resultou na chegada de uma população muito maior do que a esperada (DA MATA, 2014).

Desse modo, o acampamento de obra não suportaria o contingente populacional que estava por chegar, sendo estes acampamentos removidos para locais distantes do Plano Piloto, surgindo as cidades-satélites (GOUVÊA, 2008). Assim, o povoamento foi sendo realizado também além dos limites do Plano Piloto, configurando já na construção da nova Capital, uma segregação socioespacial e sinalizando a urbanização de forma polinucleada (PAVIANI, 2007).

Com o advento desses trabalhadores e migrantes de todo o país, e diante desse urgente processo habitação, essas cidades-satélites foram construídas as pressas para comportar a demanda por moradia, no entanto, sem o mesmo planejamento e estruturas pensadas para a área do Plano Piloto e visando a segregação especial (DA MATA, 2014).

A maior evidência da segregação que estava ocorrendo no espaço, foram as estratégias modernistas adotadas na época para a ocupação do território, o tombamento de Brasília como Patrimônio da Humanidade e a consolidação da periferia urbana com a criação de vazios urbanos, sobretudo, devido ao modelo viário implementado, que serviram aos interesses de controle e segregação sócioespacial (ANJOS, 2012; GOUVÊA, 2008).

Em 1964, para facilitar a administração do crescimento urbano em torno de Brasília, as cidades-satélites passaram a condição de Região Administrativa (RA), que inicialmente foram divididas em oito (8) RAs. De 1989 em diante, com o avanço da ocupação territorial, foram criadas por lei mais RAs, com a última criação em 2012, da Região Administrativa da Fercal (CODEPLAN, 2014).

Disputas políticas e administrativas levaram ao aumento no número de RAs, em alguns casos essa ampliação também foi motivada por diferenças econômicas, sociais e diferenças de uso em uma mesma RA. No entanto, essas expansões sem os devidos estudos de viabilidade, além da falta de incremento e planejamento de recurso necessários de infraestrutura, tais como saúde, educação e transporte, intensificam as desigualdades espaciais e dificultam o acesso da população aos serviços básicos (CARLI; BERTUSSI, 2018).

2.6.1. ORGANIZAÇÃO TERRITORIAL E CARACTERÍSTICAS POPULACIONAIS DO DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal, criado para abrigar Brasília, a capital federal do Brasil, é a unidade federativa que possui um único município, assumindo, portanto, duplo status de Estado e Município, de acordo com a Constituição Federal de 1988 (PAVIANI, 2007).

De acordo com a CODEPLAN (2014), atualmente o Distrito Federal está dividido em trinta e uma (31) RAs (Figura 3), com a população urbana estimada em 2015 em 2.906.574, com uma Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual (TMGCA) entre 2013 e 2015 de 2,13%. De acordo com o censo demográfico de 2010, a população urbana do DF reflete a maioria em relação à população total, com 2.882.210 residentes de área urbana e 87.950 da rural (IBGE, 2010).

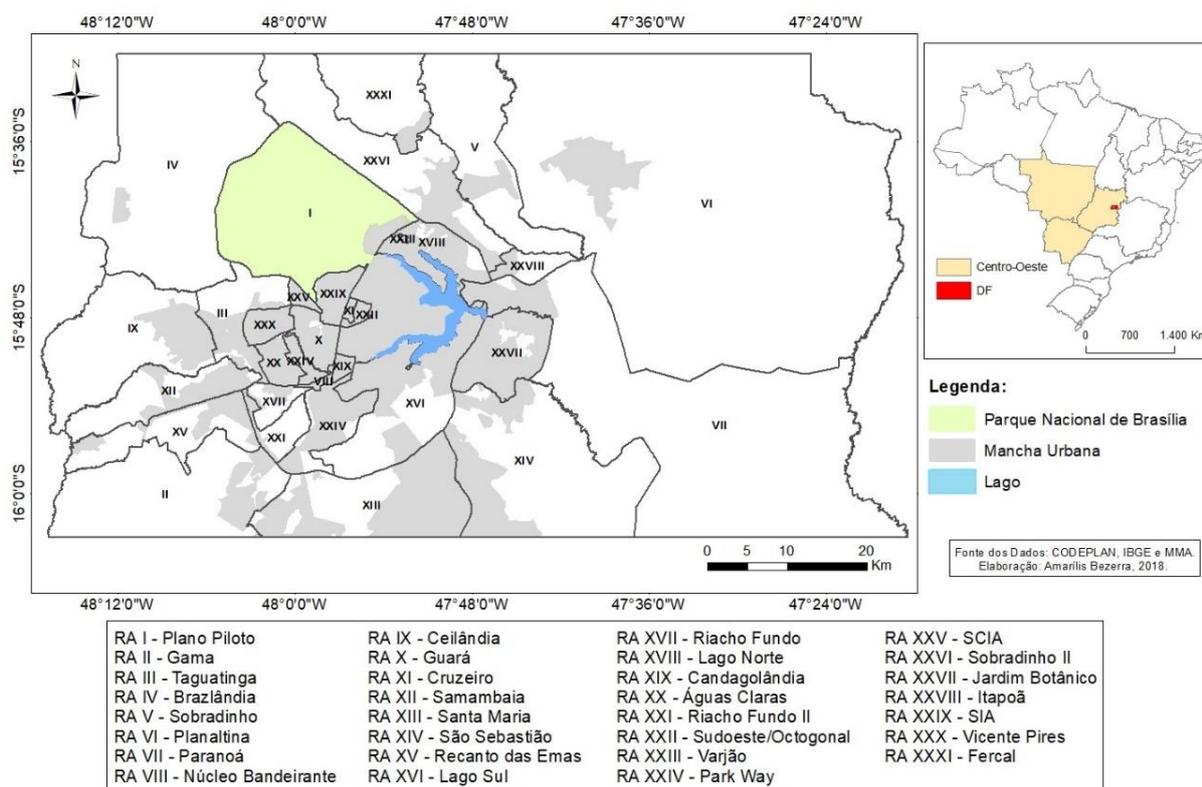
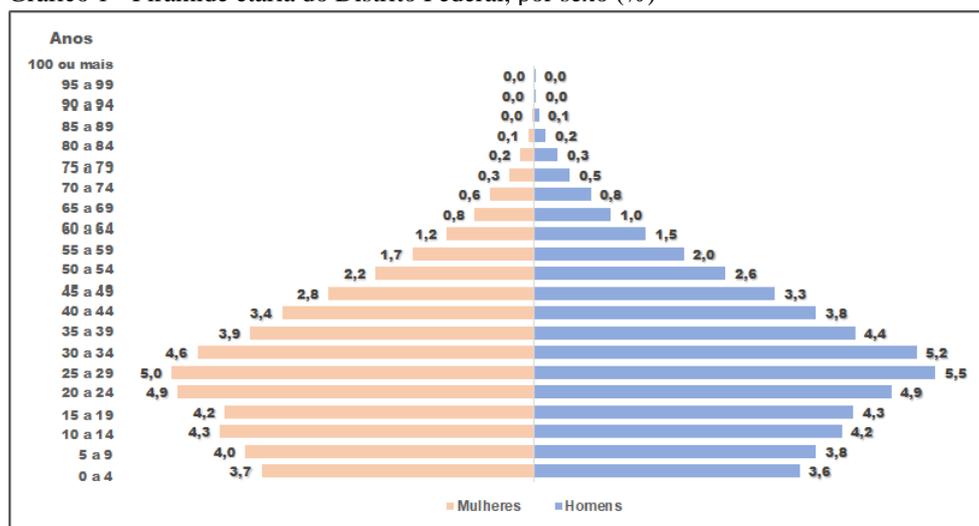


Figura 3 - Mapa de Localização das Regiões Administrativas do Distrito Federal. Elaborado pela autora.

De acordo com a Codeplan (2014, p. 21), 18,7% dos residentes do DF pertencem ao grupo de idade entre 0 a 14 anos e 66,5% possuem idade entre 15 e 59 anos, sendo este grupo, a maioria da população. Pessoas com 60 anos ou mais de idade, encontram-se em um grupo menor, representando 14,8% do total da população residente no DF.

Do total, mais da metade da população é constituída por mulheres, representando 52,1% da população, com maioria das mulheres pertencente ao grupo de idade entre 20 a 29 anos. Por outro lado, os homens, referentes à 47,8% da população, pertencem em maior número ao grupo de idade entre 25 a 34 anos, como representado no Gráfico 1. Dentre as RA's, Ceilândia é a que apresenta maior população, representando 16,5% do total de residentes do DF, seguido de Samambaia, com 8,8% (BRASÍLIA, 2014).

Gráfico 1 - Pirâmide etária do Distrito Federal, por sexo (%)



Fonte: IBGE – Censo 2010. Adaptado pela autora.

No Distrito Federal a renda domiciliar média em 2015 foi de R\$5.192,38, em torno de 6,5 salários mínimos e a renda per capita de R\$1.652,97. Por mais que a renda média do DF seja elevada, se forem desagregadas por RAs, permite observar uma enorme desigualdade entre elas (Figura 4). As maiores rendas são verificadas no Lago Sul com a renda per capita média mensal de 10,3 salários mínimos e a menor na SCIA – Estrutural com 0,66, com amplitude de diferença de 9,64 salários (BRASÍLIA, 2014).

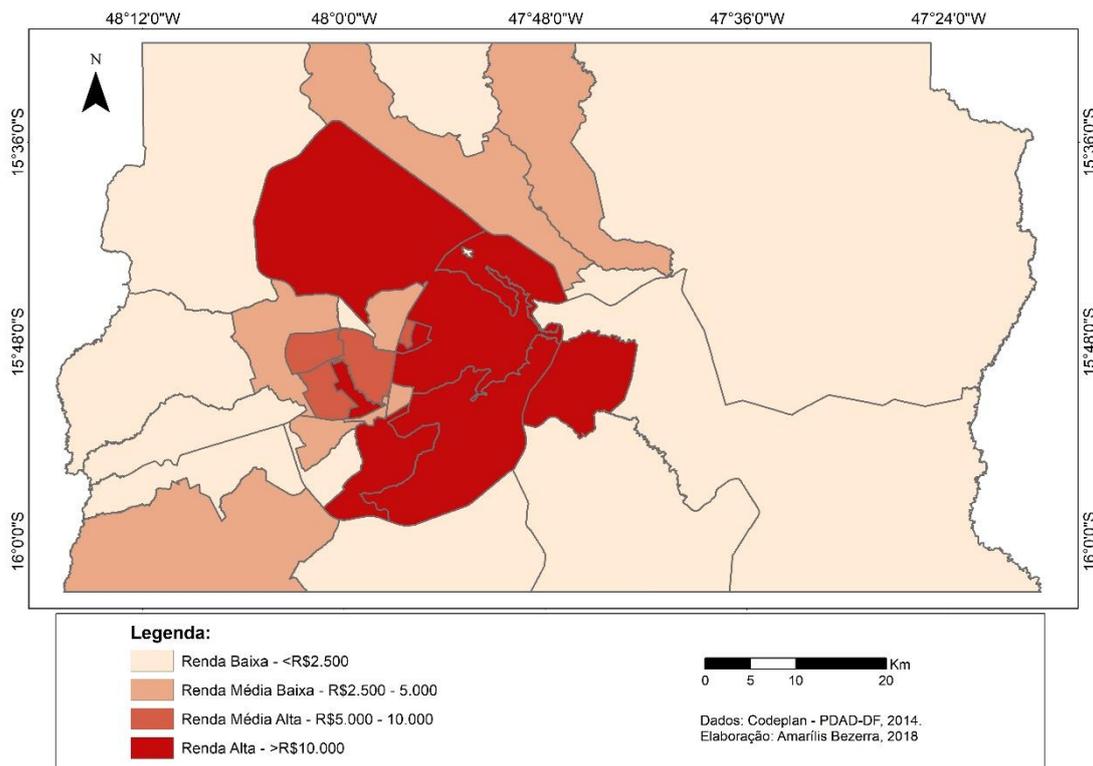


Figura 4 - Renda Domiciliar Mensal das RAs – Distrito Federal em 2015. Elaborado pela autora.

Dessa forma, o Distrito Federal diferente do que foi planejado, apresenta um contexto complexo e heterogêneo, no qual se percebem problemas urbanos vivenciados em diversas outras metrópoles brasileiras. No entanto, é relevante destacar que a construção desse contexto não se tratou de um processo aleatório, e sim de um planejamento e ações políticas que contribuíram para sua configuração atual (BAO; LI; ZHANG, 2011).

Portanto, tratou-se de uma estruturação urbana de forma dispersa, instalando a periferia a quilômetros de distância da área central (Figura 5), característico de ações que visavam a preservação do centro como símbolo modernista. Essa disposição só serviu para acentuar a segregação e reproduzi-la em escalas mais amplas, dificultando a convivência de diferentes segmentos sociais (BAO; LI; ZHANG, 2011).

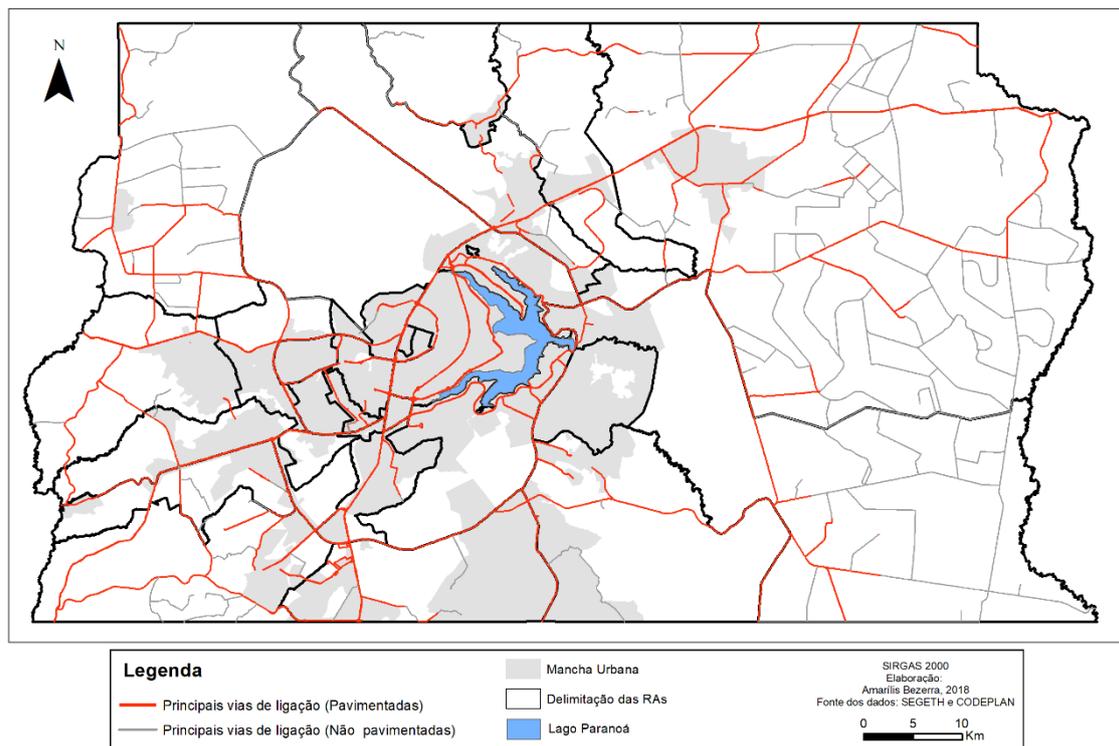


Figura 5. Principais vias de ligação do Distrito Federal. Elaborado pela autora.

A urbanização de forma dispersa ou polinucleada, atenua a segregação socioespacial, onde a distância atua como mecanismo de exclusão na relação centro-periferia (MANCINI, 2008). Dessa forma, a construção urbana de Brasília, por ser formado por longas distâncias e pelos serviços e comércios setorizados, pode, gerar a desestímulo para a circulação no sentido periferia-centro (DANTAS, 2012).

Dessa maneira, percebe-se que desde a idealização de Brasília, seus arredores foram concebidos de maneira que provocou uma segregação socioespacial, favorecendo a população mais abastada em detrimento de uma população mais pobre, condições que refletem na organização, na oferta e na demanda de infraestrutura e serviços públicos (PAVIANI, 2003, 2007).

2.7. CONCEITOS

2.7.1. ESPAÇO GEOGRÁFICO

O entendimento do espaço e sua coerente conceptualização ampliam as possibilidades de esclarecer contradições inerentes aos acontecimentos sociais, tendo em

vista a importância do espaço na reprodução da sociedade (CATALÃO, 2010). No entanto, não existe uma única concepção de espaço e seu debate suscita controvérsias com outros conceitos, como de território, paisagem e região. Portanto, é um termo que pode ter diversas abordagens (THEIS; GALVÃO, 2002).

Desse modo, o espaço geográfico por ser entendido por diversas perspectivas, sendo adotado neste trabalho o entendimento de espaço sob a ótica de David Harvey (1973), que estabelece uma divisão tripartite no modo como o espaço pode ser entendido; o espaço absoluto; o espaço relativo; e o espaço relacional (HARVEY, 2006).

Nesse sentido afirma,

“Se considerarmos o espaço como absoluto ele se torna uma “coisa em si mesma”, com uma existência independente da matéria. Ele possui então uma estrutura que podemos usar para classificar ou distinguir fenômenos. A concepção de espaço relativo propõe que ele seja compreendido como uma relação entre objetos que existe pelo próprio fato dos objetos existirem e se relacionarem. Existe outro sentido em que o espaço pode ser concebido como relativo e eu proponho chamá-lo espaço relacional – espaço considerado, à maneira de Leibniz, como estando contido em objetos, no sentido de que um objeto pode ser considerado como existindo somente na medida em que contém e representa em si mesmo as relações com outros objetos” (HARVEY, 1973, p.13).

O espaço absoluto é onde ocorrem os eventos, refere-se ao espaço do mapeamento, da localização, da posição, das fronteiras, das barreiras físicas e dos delineamentos feitos pelo Estado. O espaço relativo é onde ocorrem as circulações e os fluxos, referentes aos movimentos no espaço, à mobilidade e a compreensão espaço-tempo. Por fim, o espaço relacional diz respeito as relações internas, das sensações, desejos, frustrações e sonhos, nele é impossível dissociar o espaço do tempo e não é possível ser compreendido a partir de um único ponto, dependendo de tudo que ocorre ao seu redor (COSTA, 2014).

2.7.2. MOBILIDADE URBANA

A mobilidade urbana, mais conhecida por ser um tema de estudo principalmente do campo da Engenharia de Tráfego, foi adaptada por outros campos. A partir da

reinterpretação de dados, da consideração de outras variáveis e diferentes metodologias de análise, esse tema ganhou novos olhares e análises pelas ciências humanas, tendo em vista que a mobilidade é uma atividade eminentemente humana e sofre influência dos aspectos políticos, culturais, econômicos e sociais (MÜLLER; MONASTERIO; DUTRA, 2018).

O termo mobilidade é ainda comumente confundida com outros conceitos, tais como, circulação; acesso e acessibilidade; trânsito e transportes, contudo, esse termo é mais recente que os demais e seu conceito pode adquirir diversas formas e prestar-se a uso e explicações diversas. Tem-se desde a mobilidade cotidiana até as migrações, estando todas as formas de mobilidade relacionadas à divisão social e territorial (BALBIM, 2004).

A mobilidade urbana pode ser entendida como ato de se movimentar de acordo com condições físicas e econômicas de cada pessoa, e esta implica na disponibilidade de meios de transporte motorizados ou não motorizados, públicos ou privados e de toda a infraestrutura para realizar os deslocamentos (VASCONCELLOS, 2001).

Em parte, a mobilidade está relacionada às determinações individuais de uma pessoa, às suas motivações, limitações, imposições etc. No entanto, só é possível verdadeiramente analisá-la, levando em consideração as possibilidades colocadas pela sociedade e pelo espaço onde essa se concretiza. Nesse sentido, deve-se levar em consideração a organização do espaço, as condições econômicas, sociais, políticas e características de acesso (BALBIM, 2004).

As iniquidades observadas na mobilidade urbana trazem grandes desafios, no que diz respeito a aproximação da população mais pobre às áreas de maior dinamismo econômico-social ou no sentido de promover maior desenvolvimento nas áreas periféricas, o que permitiria reduzir a necessidade de grandes deslocamentos por parte da população residente dessas áreas (CARVALHO, 2016).

Nesse sentido, problemas de mobilidade podem ser, com frequência, agravantes da exclusão social e da pobreza, tendo em vista que podem muitas vezes comprometer o acesso aos serviços essenciais como educação; saúde; transporte coletivo; e aos direitos sociais básicos, como trabalho; seguridade social; entre outros (GOMIDE, 2006; ITRANS, 2004).

2.7.3. ACESSO

Acesso é um conceito bastante complexo, sendo que a terminologia empregada pode variar de acordo com cada autor entre os termos acesso e acessibilidade. Esse conceito muitas vezes é utilizado de forma imprecisa e pouco relacionada com o uso dos serviços de saúde; o seu emprego muda ao longo tempo, de acordo com o contexto (TRAVOSSOS; MARTINS, 2004).

O enfoque dado ao conceito também pode variar de acordo com cada autor, alguns evidenciam as características relacionadas aos indivíduos, outros às características de ofertas e alguns autores trabalham com ambas características ou na relação entre elas (TRAVOSSOS; MARTINS, 2004). Dessa forma, nesse estudo será utilizado o termo acesso, compreendendo os fatores relacionados à forma de acesso aos serviços de saúde (distância e formas de deslocamento), assim como o direito e capacidade de um indivíduo utilizá-los (Políticas de saúde e ofertas de serviços).

De acordo com a revisão acerca da produção científica sobre acesso ao SUS, realizada por Barbiani et al. (2014), na última década foram publicados poucos estudos qualitativos que abordam a categoria acesso ao SUS. Todavia, ainda que reduzida a quantidade desses estudos, se destacam pela diversidade de temas explorados e pela sua abrangência geográfica, com estudos que investigam grande parte das regiões Brasileiras, dentre elas, espaços rurais e urbanos (BARBIANI et al., 2014).

O termo acesso é uma palavra bastante comum, que aparece em estudos de áreas diversas, como arquitetura e urbanismo (SILVEIRA, 2012) e comunicação social (RIBEIRO; VIDOTTI, 2009). No entanto, os conceitos e suas formas de análises se diferenciam dos apresentados neste estado da arte.

Estudos que fazem abordagem do conceitos de acesso, são mais frequentemente encontrados nos trabalho da saúde coletiva, saúde pública e epidemiologia, sendo exemplo os trabalhos de autores como BELON et al., 2008; ANDRADE et al., 2013 ; LOUREIRO et al., 2014; GOMES; ESPERIDIÃO, 2017; ROSSETTO et al., 2017; MACHADO; GUIM, 2017; BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017; e ÁLVARES et al., 2017.

No âmbito da Geografia ainda são poucos os trabalhos que incorporaram esses conceitos e fazem uso das suas dimensões para análises de problemas de saúde, tal como os trabalhos de UNGLERT *et al.*, 1987; UNGLERT, 1990; TRAVASSOS *et al.*, 2006;

RODRIGUES, 2007; FARIA, 2013, entre outros. Portanto, é importante destacar que as publicações científicas no âmbito da ciência geográfica sobre a temática do acesso aos serviços de saúde, ainda que não seja um tema novo, são reduzidas a quantidades de publicações científicas, sobretudo aquelas com abordagens qualitativas.

Por outro lado, são abundantes os trabalhos que utilizam técnicas subsidiadas pela ciência geográfica, como os Sistema de Informação Geográfica (SIG), para mensurar o acesso aos serviços de saúde como os trabalhos de BLACK et al., 2004; KARA et al., 2013; JAISWAL et al., 2014; LANGFORD et al., 2015; e PEARSON et al., 2017. No entanto, para as análises de acesso, como nos referidos trabalhos, são utilizados indicadores inicialmente para a discussão de mobilidade, e posteriormente, de forma acessória, são aplicados à uma problemática na área da saúde (FERREIRA; RAFFO, 2012).

Na literatura há variadas abordagens e propostas para investigações e análises do acesso. Diante disso, nesta pesquisa serão observados os aspectos relacionados à esta temática, de acordo com a ótica proposta por McIntyre e Mooney (2007). Esses autores afirmam que as principais características do acesso à saúde podem ser resumidas em quatro dimensões; disponibilidade, aceitabilidade, capacidade, de pagamento e informação.

A disponibilidade constitui-se na representação da existência ou não do serviço de saúde em local e momento apropriado, está relacionada aos aspectos geográficos, como distância e opções de transporte para o acesso dos usuários às instalações físicas. A aceitabilidade diz respeito ao modo como os serviços de saúde prestados são percebidos pelo indivíduo e pela comunidade.

A capacidade de pagamento compreende a relação entre os custos dos serviços e a capacidade de pagamento do indivíduo. Por fim, a informação se apresenta como uma das dimensões mais importantes para se analisar o acesso aos serviços de saúde, pois estar bem informado é o resultado do funcionamento da comunicação entre o sistema de saúde e seus usuários.

Em seguida, serão apresentados os resultados e a discussão destes, fundamentada na revisão realizada sobre o estado da arte dos principais temas e aspectos relacionados aos casos de Síndrome Congênita por Zika vírus e STORCH.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para compreender o estudo caso desta pesquisa – mobilidade e o acesso aos serviços de estimulação precoce de crianças com Síndrome Congênita por Zika e STORCH, os resultados e a discussão serão apresentados em duas partes. Na parte I será abordado o contexto da infecção por Zika vírus no Brasil e no DF e na parte II serão apresentados as séries de casos do estudo, relacionados ao contexto apresentado.

3.1. PARTE I - CONTEXTO DOS CASOS DE SÍNDROME CONGÊNITA

3.1.1. ZIKA VÍRUS E SÍNDROME CONGÊNITA NO BRASIL

Segundo o boletim epidemiológico N° 2 de 2016, emitido pelo Ministério da Saúde, a transmissão autóctone de febre pelo vírus Zika foi confirmada no Brasil desde abril de 2015 (BRASIL, 2016). Mas foi somente a partir de fevereiro de 2016, as infecções pelo vírus foram estabelecidas como doenças de notificação compulsória pela Portaria N° 204 de 2016 (BRASIL, 2016). Desse modo, o número de casos só passou a ser efetivamente registrados a partir do ano de 2016.

De acordo com o Boletim nº2 de 2018, referentes à 1° até 52° semana epidemiológica dos anos de 2016 e 2017 (Tabela 2), no Brasil foram registrados 216.207 casos prováveis de infecção pelo vírus Zika em 2016, com a incidência no país de 104,12 por 100 mil habitantes. Em 2017, foram registrados apenas 8% do verificado no ano anterior, com a taxa de incidência de 8,4 por 100 mil habitantes.

Tabela 2 - Casos prováveis e incidência de febre pelo vírus Zika, por região em 2016 e 2017

Região	Casos prováveis (n)		Incidência (/100 mil hab.)	
	2016	2017	2016	2017
Sudeste	92.937	3.732	107,6	4,3
Nordeste	75.338	5.270	132,4	9,3
Centro-Oeste	34.173	6.156	218,2	39,3
Norte	12.861	2.201	72,6	12,4
Sul	898	93	3,1	0,3
Brasil	216.207	17.452	104,9	8,5

Fonte: Boletim epidemiológico nº2 de 2018 – MS. Adaptado pela autora.

Apesar da epidemia do vírus Zika ter se dado no Nordeste do país (LUZ et al., 2015), a Região Centro-Oeste destaca-se em 2016 pela alta incidência da infecção pelo vírus por 100 mil habitantes seguida da Região Nordeste e o Sudeste que também registraram altas incidências em 2016 (Tabela 2).

Para o ano de 2017 as taxas de incidência em todas as Regiões do Brasil apresentaram queda. Entretanto, assim como no ano anterior, o Centro-Oeste destacou-se por apresentar maior taxa de incidência, seguida da Região Norte e Nordeste (Tabela 2).

Tais achados vão de encontro com o trabalho publicado por De Oliveira et al., (2017), que afirmou terem ocorridos duas ondas de infecção por Zika vírus no Brasil, a primeira na Região Nordeste, de março de 2015 a julho de 2015 e a segunda na Região Centro-Oeste, de setembro de 2015 a agosto de 2016. Nesse sentido, os autores destacam no estudo ter ocorrido também uma importante disseminação do vírus Zika na Região Centro-Oeste.

Como apresentado na Figura 6, de forma geral as incidências de infecções por Zika nos Estados brasileiros diminuíram. No entanto, observa-se no mapa apresentado que, embora estas taxas tenham diminuído no ano de 2017 em relação a 2016, os estados da Região Centro-Oeste, sobretudo Mato Grosso, Tocantins e Goiás, ainda permaneceram com altas taxas de incidência em relação aos demais estados do Brasil.

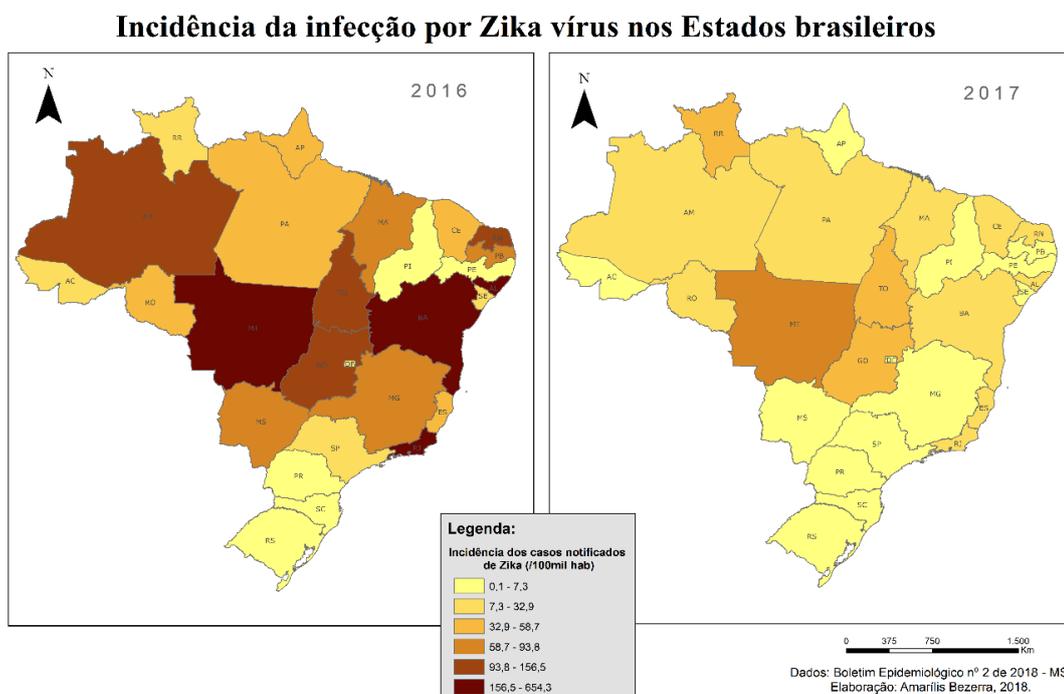


Figura 6 - Incidência dos casos notificados de Zika por UF em 2016 e 2017. Elaborado pela autora.

De acordo com revisão científica e corroborando com os achados nessa pesquisa, além dos surtos de infecção por Zika vírus ocorridos, observou-se também o aumento dos casos de Microcefalia e alterações congênitas nas Regiões que apresentaram maiores números de casos de infecção por Zika.

De acordo com os dados disponibilizados pelo boletim epidemiológico nº6 de 2018 (Tabela 3), em 2015, ano em que foi confirmada a circulação do vírus Zika no Brasil, foram registradas 4.120 notificações de alterações no crescimento e desenvolvimento infantil, destes 967 casos com confirmação de relação com doenças infecciosas.

No ano seguinte, em 2016, observou-se um aumento de mais de 50% das notificações e dos casos prováveis e confirmados de alteração no desenvolvimento infantil relacionado ao Zika e outras doenças infecciosas. Em 2017, os números de casos reduziram, representando apenas 16% do total notificado entre os anos 2015 a 2017 (Tabela 3).

Tabela 3 - Notificações de casos de crianças com alteração no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionados à infecção por Zika e outras etiologias infecciosas, por classificação final, 2015 - 2017

Classificação	Ano do Notificação					
	2015		2016		2017	
	N	%	N	%	N	%
Em investigação	254	6,2	1.365	15,9	1.250	48,5
Confirmado	967	23,5	1.869	21,7	235	9,1
Provável	47	1,1	152	1,8	140	5,4
Descartado	2.276	55,2	3.856	44,8	658	25,5
Inconclusivo	95	2,3	120	1,4	15	0,6
Excluído	481	11,7	1.237	14,4	281	10,9
Total	4.120	100	8.599	100	2.579	100

Fonte: Boletim epidemiológico nº6 de 2018 – MS. Adaptado pela autora.

Quanto à distribuição dos casos de alterações no desenvolvimento infantil nos estados brasileiros (Figura 7), observa-se elevados números dos casos notificados e confirmados principalmente nos estados das Regiões Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste. Um ponto bastante importante que chama atenção, refere-se aos números de casos ainda em investigação também nas Regiões Nordeste e Sudeste do país.

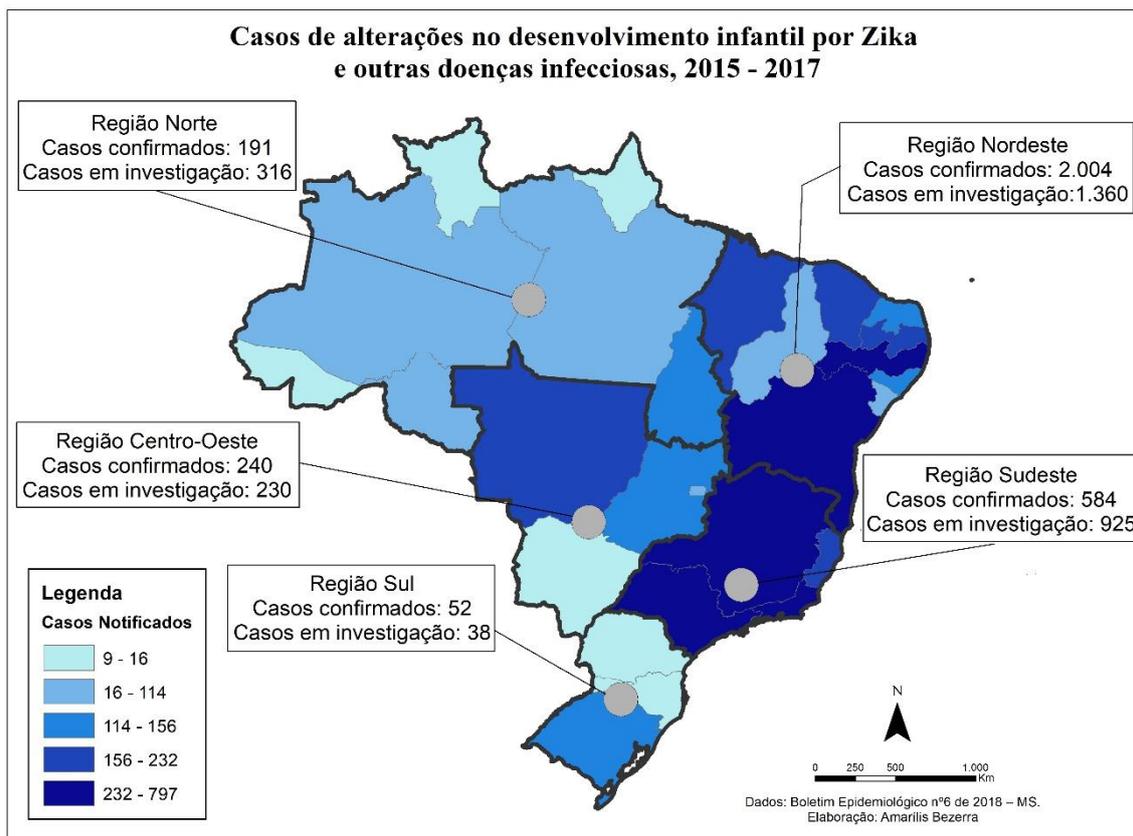


Figura 7. Casos de alterações no crescimento e desenvolvimento infantil, possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, 2015 a 2017

A partir dos dados de infecção pelo Zika, verificou-se uma profusão de notificações em 2016 e uma redução em 2017 (Tabela 3). Para os casos de alterações no crescimento e desenvolvimento infantil, observou-se que em 2016, ano seguinte à principal onda de infecção por Zika, dobrou o número de casos de alterações no desenvolvimento infantil relacionada à Zika e doenças infecciosas (Tabela 3).

Portanto, pode-se sugerir de forma preliminar, que o ano 2015 desencadeou uma série de complicações, refletindo nos dados de alterações no desenvolvimento e crescimento infantil do ano 2016, gerando impactos que serão sentidos a curto e longo prazo para o sistema de saúde e sobretudo, para as famílias e crianças acometidas pela Síndrome Congênita.

Apesar de se conhecer sobre a casualidade da infecção do vírus em gestantes e a ocorrência de Microcefalia e demais alterações congênitas que podem ocorrer, ainda não se sabe quais as razões para picos de ocorrência dessas doenças ao longo do tempo e nas Regiões após os surtos ocorridos. Como possíveis explicações, destacam-se, além da intensidade da infecção do Zika, a existência de co-fatores como o aumento da gravidez

e a redução de ações de saúde pública que visam diminuir a exposição aos mosquitos (DE OLIVEIRA et al., 2017).

Em razão da recente descoberta das infecções por Zika no Brasil e à obrigatoriedade de se notificar ter se tornado obrigatória a partir de 2016, os registros acumulados ainda são poucos. Ainda em razão do fato mencionado, pode haver algumas inconsistências em relação às informações notificadas ou até mesmo a subnotificação dos casos, não permitindo ter a real dimensão do problema (DE OLIVEIRA et al., 2017).

Por fim, vale destacar os casos que ficaram em aberto, tais como em 2016 e 2017, com 1.365 e 1250 casos em investigação, respectivamente, além das situações consideradas inconclusivas e prováveis. Portanto, é incontestável a importância do aprofundamento e da continuidade das investigações desse segmento das doenças infecciosas, o seu impacto na saúde da população e seu comportamento no espaço geográfico.

3.1.2. DINÂMICA ESPACIAL DOS CASOS DE ZIKA NO DISTRITO FEDERAL

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) conseguiu captar e registrar alguns casos de infecções por Zika vírus já em 2015, notificando 35 casos, dentre os quais 2 foram confirmados. Em 2016, assim como observado no Brasil, também foi o ano em que o DF apresentou o número mais expressivo de casos, representando 10,1% do total de notificados para o país. Dentre os notificados de 2016, 20,8% dos casos foram confirmados. Em 2017, tal como no âmbito nacional, os casos notificados reduziram, registrando 25,7% dos casos verificados no ano anterior (Tabela 4).

Tabela 4 - Classificação dos casos de Zika vírus em residentes no Distrito Federal

Classificação dos casos de Zika por desfecho	2015	2016	2017	2015 a 2017
Confirmados	2	182	22	206
Descartados	21	532	157	710
Inconclusivos	12	159	46	217
Total	35	873	225	1133

Fonte: SES/DF. Elaborada pela autora.

A partir da Figura 8, que representa todos os casos notificados de Zika vírus no Distrito Federal de 2015 a 2017 por residência, observa-se que as RAs Taguatinga, Planaltina e Gama apresentaram maior número de notificações (> 100), seguidos das RAs

Plano Piloto, Santa Maria e Samambaia, que notificaram entre 51 e 100 casos de Zika. Dentre as RAs do DF, a Fercal apresentou menor número de notificações, com total de 2 casos, seguidas do Park Way, Candangolândia, Varjão, Sudoeste/Octogonal e Cruzeiro.

É importante destacar que das 31 RAs do DF, apenas a RA SIA (Setor de Indústria e Abastecimento), com reduzido número de habitantes em relação às demais RAs (BRASÍLIA, 2018), não apresentou nenhuma notificação em residentes por suspeita de infecção por Zika.

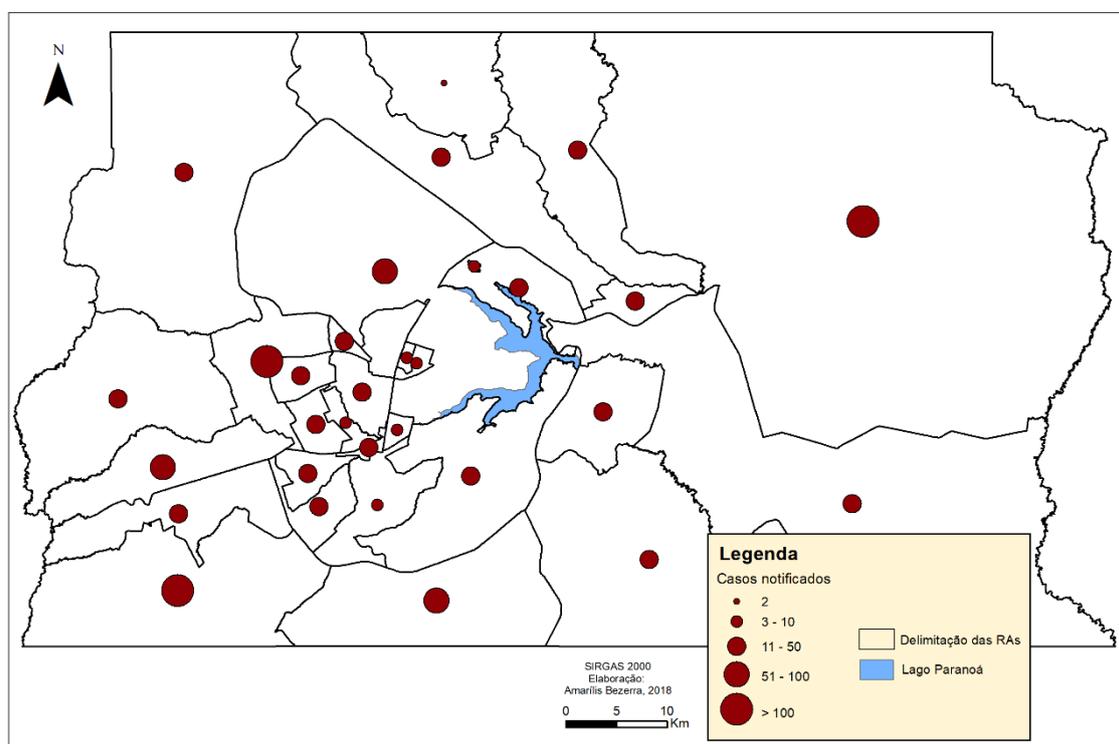


Figura 8 - Todos casos notificados de infecção por Zika em residentes do DF, de 2015 a 2017. Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação aos casos confirmados de infecção por Zika, de 2015 a 2017 no Distrito Federal o maior número de confirmados foi em residentes da RA Plano Piloto e Taguatinga, com 34 e 31 casos confirmados, respectivamente, seguido da RA Guará com 15 casos de infecção confirmada por Zika.

Dentre as RAs com menor número de casos confirmados, depois do SIA e Candangolândia, que não apresentaram nenhum caso confirmado em residentes, estão a Fercal, o Núcleo Bandeirante, São Sebastião e Varjão, com apenas 1 caso confirmado em cada RA (Figura 9).

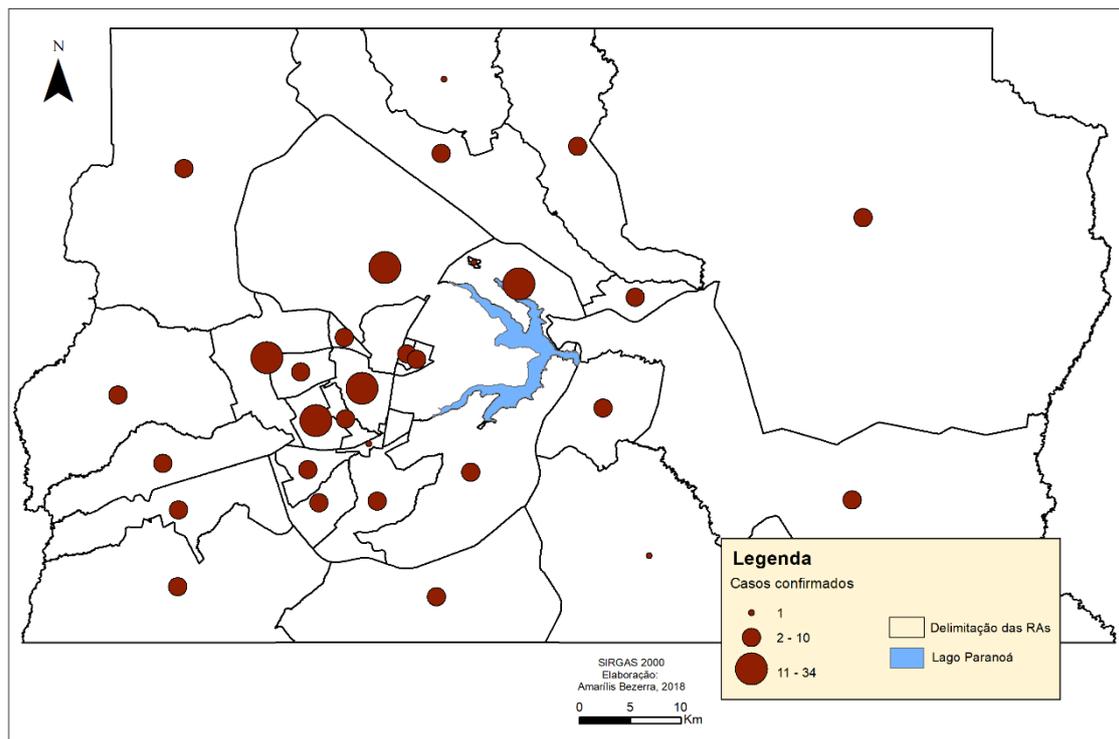


Figura 9 - Todos casos confirmados de infecção por Zika em residentes do DF, de 2015 a 2017. Fonte: Elaborado pela autora.

No cenário das infecções pelo vírus Zika no DF nos anos de 2015 a 2017, como pode ser verificado na Tabela 5, a maioria dos casos notificados de infecção pelo vírus foram em mulheres. Quanto à infecção observadas em homens, esta representou 28% do total de casos notificados no DF e os casos confirmados foram menos da metade registrados em mulheres (Tabela 5).

Em relação ao maior número de notificações de suspeita por infecção por Zika, em mulheres, é possivelmente um viés causado pela declaração da situação da infecção pelo Zika como emergência em saúde. Nesse sentido, o aumento dos casos notificados, principalmente pelo sexo feminino, pode ter ocorridos em razão do aumento da preocupação das consequências do vírus, tanto pelas mulheres grávidas, quanto pelos responsáveis por notificar (DE OLIVEIRA et al., 2017).

Os maiores números de suspeita de infecção pelo vírus Zika na população do DF, foi verificada principalmente na faixa-etária entre 20 e 29 anos, seguidos do grupo de idade entre 30 e 39. Em relação aos casos confirmados, foram observados principalmente na faixa-etária entre 30 e 39 anos, seguido do grupo de idade de 20 a 29 anos (Tabela 6).

Tabela 5 - Infecção por ZIKV no DF, segundo sexo e faixa etária, de 2015 a 2018

	<u>Notificados</u>	%	<u>Confirmados</u>	%	<u>Descartados</u>	%	<u>Inconclusivos</u>	%
Sexo								
Feminino	809	71,4	147	71,4	515	72,5	147	67,7
Masculino	324	28,6	59	28,6	195	27,5	70	32,3
Total	1.133	100	206	100	710	100	217	100
Faixa Etária - Todos os casos								
Menor de 1 ano	85	7,5	4	1,9	53	7,4	28	12,9
1 a 4	25	2,2	1	0,5	15	2,1	9	4,1
5 a 9	32	2,8	3	1,5	20	2,8	9	4,1
10 a 19	145	12,8	26	12,6	93	13,1	26	12,0
20 a 29	284	25,0	38	18,4	195	27,4	51	23,5
30 a 39	274	24,1	56	27,2	173	24,3	45	20,7
40 a 49	134	11,8	20	9,7	85	11,9	29	13,4
50 a 59	81	7,1	25	12,1	45	6,3	11	5,1
60 a 69	55	4,8	22	10,7	26	3,7	7	3,2
70 a 79	16	1,4	8	3,9	6	0,8	2	28,6
80 ou mais	4	0,4	3	1,5	1	3,8	0	0,0

Fonte: SES/DF. Elaborada pela autora.

Nesse sentido, a partir dos dados notificados e confirmados de infecção por Zika, é possível observar nitidamente uma maior preocupação da população feminina, principalmente com idade 10 e 49 anos, considerada como faixa-etária fértil para as mulheres (BRASIL, 2006).

Levando em consideração estudos realizados sobre a transmissão do Zika vírus (HILLS et al., 2016; MENEZES et al., 2016), que apontam a possibilidade de transmissão por vias sexuais, os homens também podem contribuir para a ocorrência da Síndrome Congênita por Zika, ainda que o número de infecções destes sejam menores do que demais relatados.

É importante destacar que além do adoecimento causado pela infecção pelo Zika vírus, ele também pode gerar outros agravantes que tornam a situação ainda mais alarmante, tal como a Síndrome Congênita, que podem comprometer o desenvolvimento infantil até causar óbitos, tal como apontado no estudo realizado por Castro et al. (2016).

Nesse contexto, torna-se incontestável que o maior grupo de risco são as gestantes, tendo em vista que a principal complexidade relacionada à infecção pelo vírus Zika incide sobre estas, em razão das possibilidades de desencadear problema de malformações congênitas (VANDERLEI et al., 2018).

Portanto, é de suma importância a proteção e acompanhamento de gestantes e de seus conceitos por parte dos serviços de saúde, para que estes possam desempenhar ações

e respostas oportunas, com o objetivo de proteger a saúde da mãe e do bebê e visando a redução dos impactos ocasionados pela infecção (BRASIL, 2016d).

De acordo com a Tabela 6, dentre os 206 casos confirmados entre 2015 a 2017, de infecção por Zika no DF, 34 destes foram de casos confirmados em gestantes.

Tabela 6 - Classificação dos confirmados de infecção por Zika no DF, de 2015 a 2017

Classificação dos casos de Zika confirmados	2015	2016	2017	2015 a 2017
Gestantes	0	28	6	34
Não gestante	1	56	5	62
Não se aplica	0	68	8	76
Ignorado	1	30	3	34
Total	2	182	22	206

Fonte: SES/DF. Elaborada pela autora.

É importante destacar que anteriormente ao vírus Zika, as Síndromes Congênicas eram mais frequentemente relacionada às STORCH (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes), no entanto, após observar o conjunto de agravos causados pela infecção por Zika vírus, a relação de doenças que provocam as Síndromes Congênicas ampliou-se para Zika e STORCH (BRASIL, 2016b).

Nesse sentido, pela semelhança entre as complicações provocadas no desenvolvimento infantil e a importância da Síndrome Congênita causada pela STORCH, tal como a provocada pelo vírus Zika, serão observados todos os casos provocados por Zika e STORCH no Distrito Federal, entre 2015 a 2017.

3.1.3. SÍNDROME CONGÊNITA NO DISTRITO FEDERAL

No Distrito Federal, entre os anos de 2015 e 2017 foram notificados 128 casos de crianças com Síndrome Congênita. Destes, foram confirmados 25 casos, com maior número de notificações e confirmações no ano de 2016, após epidemia de Zika vírus ocorrida em 2015 (Tabela 7).

Tabela 7 - Casos de Síndrome Congênita por Zika e STORCH no DF, entre 2015 a 2017

Classificação dos casos de Síndrome Congênita no DF segundo desfecho	2015	2016	2017	2015 a 2017
Confirmado/Provável	2	15	8	25
Casos em investigação	0	3	43	46
Casos descartados	10	43	4	57
Total	12	61	55	128

Fonte: SES/DF. Elaborada pela autora.

Na Figura 10, estão representados os casos notificados de Síndrome Congênita por residência no Distrito Federal, entre 2015 a 2017. Das 31 RAs do DF, foram notificados casos de residentes de 21 RAs, sendo Taguatinga a que apresentou maior número de notificações, com 23 casos, seguido de Samambaia e Recanto das Emas, que também apresentaram número de notificações entre 10 e 23 casos.

Com exceção das RAs que não tiveram notificações de SC em residentes, as RAs da Fercal, Guará, Paranoá e Riacho Fundo I, foram as que apresentaram menor quantidade de notificações, com apenas 1 caso em cada de 2015 a 2017.

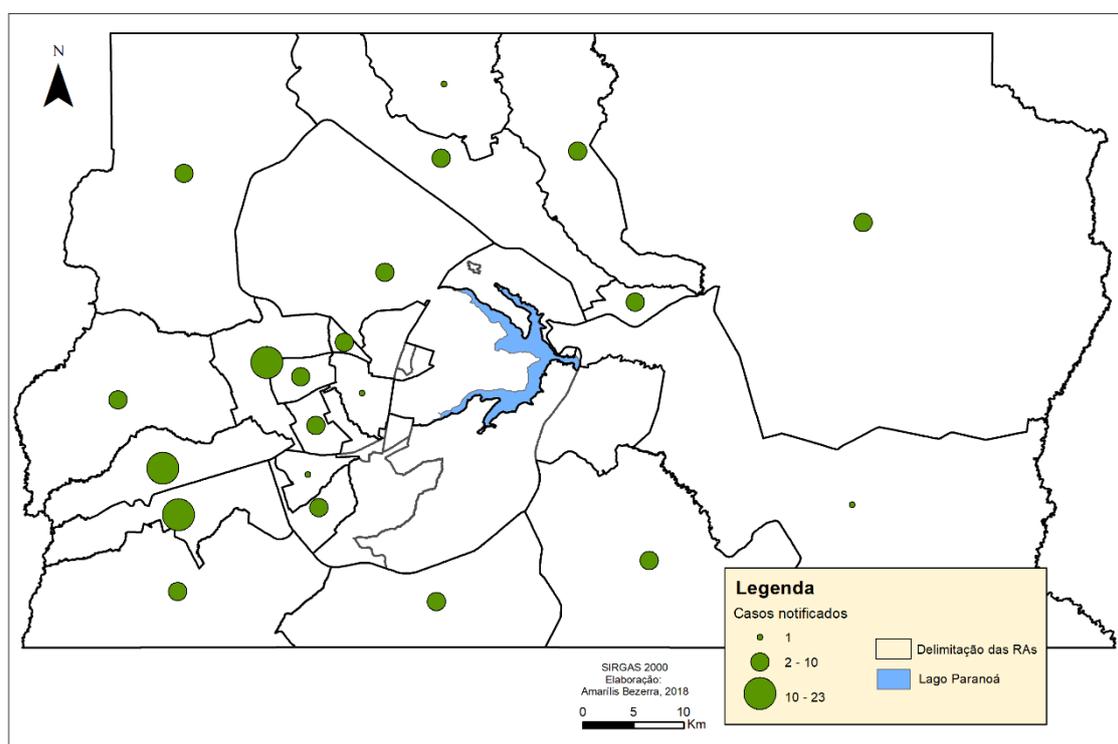


Figura 10 - Todos casos notificados de Síndrome Congênita no DF, de 2015 a 2017. Fonte: Elaborado pela autora.

Dos 25 casos confirmados de SC, 7 destes tiveram como agente etiológico a infecção por Zika vírus, 5 destes a infecção por STORCH e 13 não foram identificados os agentes etiológicos (Tabela 8). Dos anos observados, 2016 foi o ano que apresentou

maior número de casos confirmados de SC, no entanto, a maioria destes não tiveram identificação sobre os agentes etiológicos.

Ademais, do total de casos confirmados de SC, 2 destes foram casos de natimortos com Microcefalia e/ou alteração do SNC, sendo 1 caso confirmado por Zika vírus e outro por etiologia não identificada. Os demais casos, 19 foram de recém-nascidos com Microcefalia (notificados com ≤ 28 dias de vida) e 4 casos foram de criança com Microcefalia e/ou alterações do SNC (notificados com > 28 dias de vida).

Tabela 8 - Casos confirmados de Síndrome Congênita por etiologia no DF, de 2015 a 2017

	2015	2016	2017	Total
Casos confirmados de infecção congênita por ZIKV				
Recém-nascido com Microcefalia (<=28 dias)	1	1	4	6
Natimorto com Microcefalia e/ou alterações do SNC	0	1	0	1
Criança com Microcefalia e/ou alterações do SNC (>28dias)	0	0	0	0
Casos confirmados de infecção congênita por STORCH				
Recém-nascido com Microcefalia (<=28 dias)	0	1	2	3
Natimorto com Microcefalia e/ou alterações do SNC	0	0	0	0
Criança com Microcefalia e/ou alterações do SNC (>28dias)	0	2	0	2
Casos confirmados de infecção congênita por agentes etiológicos não identificado				
Recém-nascido com Microcefalia (<=28 dias)	1	8	1	10
Natimorto com Microcefalia e/ou alterações do SNC	0	0	1	1
Criança com Microcefalia e/ou alterações do SNC (>28dias)	0	2	0	2
Total	2	15	8	25

Fonte: SES/DF. Elaborada pela autora.

Em um estudo realizado por Andrade et al. (2016), sobre a Microcefalia e o vírus Zika no Piauí, foi apontada a importância de se investigar outras doenças infecciosas, tais como dengue, chikungunya e STORCH, podendo essas infecções implicarem e serem fatores que comprometam a saúde materna e o desenvolvimento infantil.

Haja vista o cenário de casos de Síndromes Congênitas causadas por STROCH+Zika e tendo em vista o desafio gerado aos serviços de saúde do DF, faz-se necessário conhecer o contexto que envolve as famílias e as crianças com Síndrome Congênita e como ocorre a mobilidade e o acesso aos serviços de saúde e à reabilitação dessas crianças.

3.2. PARTE II – SÉRIE DE CASOS: FAMÍLIA E CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA POR ZIKA E STORCH NO DISTRITO FEDERAL

Na parte II serão apresentadas características relativas aos casos do estudo, como os aspectos socioeconômicos, características e avaliação da mobilidade e acesso aos serviços de saúde e as atividades de estimulação precoce.

3.2.1. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS

Foram realizadas 5 entrevistas, sendo todos os participantes compostos por mães residentes do Distrito Federal há pelo menos um ano. No quadro 8 estão apresentados os dados relativos às características socioeconômicas dos responsáveis das crianças com Síndrome Congênita por Zika e STORCH.

Quadro 8 - Características socioeconômicas

CASOS	Pessoa entrevistada	Residente do Distrito	Natural do	Faixa-etária	Raça/Cor	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação atual	Motivo de não estar trabalhando	Média de renda mensal da família	Nº de pessoas que vivem do rendimento	Recebe benefício social	Benefício o qual recebe	Responsável por cuidar da criança	Tem ajuda para cuidar da criança em casa
		Federal? (pelo menos há 1 ano)	Distrito Federal												
1															
2															
3															
4															
5															
	Mãe	Sim	Sim	20 a 24 anos	Branca	Casada	Ensino superior completo	Trabalhando	Largou para cuidar do filho	>5 salários mínimos	3 pessoas	Sim	BPC e Passe Livre	Mãe	Sim
			Não	30 a 34 anos	Parda	Divorciada	Ensino médio completo	Dona de casa	Não há necessidade	2 a 3 salários mínimos	4 pessoas	Não	Passe livre	Pai e/ou Mãe	Não
				35 a 39 anos		Solteira	Ensino médio incompleto		Não se aplica	Sem renda	>5 pessoas		Não se aplica	Mãe e outros	

Fonte: Elaborado pela autora.

Caso 1

Mãe entrevistada, com idade entre 35 e 39 anos, parda e estado civil divorciada. Tem ensino superior completo e à época da entrevista estava inserida no mercado de trabalho, possui média de renda mensal maior que 5 salários mínimos⁵ e por isso não necessitava receber nenhum benefício social. Era a única responsável por cuidar da criança, mas dispunha de uma pessoa contratada para ajudá-la em casa no cuidado com criança.

Caso 2

Mãe entrevistada, com idade entre 30 e 34 anos, branca e estado civil casada. Tem ensino superior completo e à época da entrevista era dona de casa e não possuía renda, no entanto também não recebia nenhum tipo de benefício social. Era a única responsável pelos cuidados com a criança e não tinha ajuda externa para cuidar em casa.

Caso 3

Mãe entrevistada, com idade entre 20 e 24 anos, branca e estado civil casada. Tem ensino médio completo e à época era dona de casa, pois teve que parar de trabalhar para cuidar do filho. Possuía média de renda mensal entre 2 a 3 salários mínimos e não recebia nenhum tipo de benefício social. Era a única responsável pelos cuidados com a criança e também não possuía ajuda externa para cuidar da criança em casa.

Caso 4

Mãe entrevistada, com idade entre 20 e 24 anos, parda e estado civil casada. Tem ensino médio completo e à época era dona de casa e também teve a necessidade de parar o trabalho por não ter outra pessoa para cuidar do seu filho. Possuía média de renda mensal entre 2 a 3 salários mínimos e diferentes dos casos anteriores, recebia benefício social do passe livre⁶. Dividia a responsabilidade dos cuidados com a criança com o pai, mas não possui ajuda externa para cuidar da criança em casa.

⁵ Desde 1º de janeiro de 2018 o salário mínimo foi estabelecido em R\$ 954 (novecentos e cinquenta e quatro reais). Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2017/decreto-9255-29-dezembro-2017-786044-publicacaooriginal-154677-pe.html>

⁶ O Passe Livre é um direito, que de acordo com a Lei Distrital nº 4.887/12 é concedido as pessoas com insuficiência renal e cardíaca crônica, portadores de câncer, de vírus HIV e de anemias congênitas (falciforme e talassemia) e coagulatórias congênitas (hemofilia) e também pessoas com deficiência física, sensorial ou mental nas condições especificadas nas Leis nº 453, de 8 de junho de 1993, nº 566, de 14 de outubro de 1993 e nº 773, de 10 de outubro de 1994. Disponível em: <http://www.dftrans.df.gov.br/especial/>.

Caso 5

Mãe entrevistada, com idade entre 30 e 34 anos, parda e estado civil solteira. Tem ensino médio incompleto e à época era dona de casa, possuía média de renda mensal entre 2 a 3 salários mínimos e também recebia benefício social do passe livre e do BPC. Dividia a responsabilidade dos cuidados com a criança com familiares, mas não possuía ajuda externa para cuidar da criança em casa.

Os casos observados apresentam bastante similaridade nas características socioeconômicas, com exceção da escolaridade e renda. No entanto observou-se duas situações adversas dos casos 1 e 2 que possuem nível superior, mas apenas o caso 1 possui renda e, portanto, condições para dispor de ajuda externa para cuidar do seu filho.

De acordo com a classificação da renda domiciliar média publicada pela Codeplan (2014), apenas o caso 1 recebe a renda média estimada para o Distrito Federal em 2015, considerado como renda média alta (> R\$ 5.000), enquanto os demais casos fazem parte do grupo de renda média baixa (R\$ 2.500 a R\$ 5.000) e renda baixa (< R\$2.500).

Em estudo realizado por Diniz (2016), com as mães de crianças com Síndrome Congênita de alguns Estados do Nordeste do Brasil, observou-se que as crianças eram principalmente de famílias com menor renda, com baixa escolaridade e com frágil inserção no mercado de trabalho. Nesse sentido, pode-se afirmar que além da implicação na saúde infantil, a epidemia produziu novas precarizações em vidas já vulneráveis pela desigualdade social e pela discriminação social (DINIZ, 2016).

Dos cinco casos entrevistados, quatro mães encontram-se fora do mercado de trabalho, desempenhando importante papel como cuidadoras de seus filhos. Desse modo, os fatores desencadeados pela necessidade de cuidar da criança podem fazer com que abdicuem de suas escolhas e carreiras profissionais, que somada a fragilidade de inserção no mercado de trabalho, também precisam lidar com a limitação de tempo, pois também possuem a responsabilidade de desempenharem o papel de cuidadoras de crianças com Síndrome Congênita (DINIZ, 2016).

Assim como em outros estudos com crianças com Síndrome Congênita, tal como o realizado por Diniz (2016) e Fleischer (2017), as mães neste estudo também desempenham importante papel no que tange aos cuidados com seus filhos. Verificou-se que, ainda que algumas situações ocorra a participação do pai da criança, de familiares ou outros, as mães ainda são responsáveis por desempenhar os principais cuidados com

as crianças, tais como leva-los aos serviços de saúde e às atividades de estimulação precoce.

Portanto, as mães como principais cuidadoras podem apresentar uma fragilidade para o ingresso e permanência no mercado de trabalho, o que por sua vez, pode comprometer as condições econômicas dessas famílias. Nesse sentido, os auxílios sociais desempenham uma importante função, que visa o amparo financeiro, sobretudo às famílias com crianças com deficiência (BRASIL, 2017a).

Em relação aos casos estudados, apenas duas mães recebiam auxílios sociais, o BPC e/ou Passe Livre. De acordo com o estudo realizado por Campelo e Lira (2017), que apontou dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias ao lidar com os problemas de saúde associados às Síndromes Congênitas, as crianças acometidas possuem necessidades específicas, com gastos rotineiros que vão além do amparo da renda familiar.

Nesse sentido, uma ampla divulgação dos direitos e auxílios de apoio financeiro se faz importante para as famílias com crianças com Síndrome Congênita, com vistas a minimizar as possíveis dificuldades financeiras e sobretudo, atender às necessidades das crianças com Síndrome Congênita.

Além do apoio financeiro, é importante destacar que os Sistemas de Saúde também desempenham importante papel na mitigação dos impactos gerados pela infecção pelo Zika no desenvolvimento infantil, garantindo o acesso aos serviços de saúde para o cuidado e reabilitação dessas crianças (BRASIL, 2016c)

3.2.2. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No quadro 9, está apresentado o tipo de serviço procurado e utilizado por cada caso, para serviços como pré-natal e parto, assim como são apresentadas algumas características das crianças com Síndrome Congênita.

Quadro 9 - Características da gravidez e da criança com SC relacionadas ao acesso aos serviços de saúde

CASOS	Doença infecciosa ou suspeita durante a gravidez	Quantidade de consultas pré-natais realizadas	Rede de saúde utilizada para consultas pré-natal	Serviço utilizado para o parto	Identificação da alteração congênita	Tipo de alteração congênita	Idade da Criança	Sexo da Criança	Criança com plano de saúde
1									
2									
3									
4									
5									
	Zika	+ de 10 consultas	Privado	Privado	Intrauterino	Microcefalia e/ou Atraso DNPM	1 a 2 anos	Feminino	Sim
	Citomegalovírus	9 a 10 consultas	Público	Público	Pós-Parto	Hidrocefalia e Calcificações Periventriculares			Não
	Toxoplasmose	7 a 8 consultas							

Fonte: Elaborado pela autora.

Caso 1

Durante a gestação teve infecção por Zika vírus, realizou mais de 10 consultas na rede privada de saúde, onde também realizou o parto. A alteração congênita no feto foi identificada ainda no período intrauterino, com Microcefalia e/ou alteração no DNPM. A criança, a época da entrevista, tinha entre 1 e 2 anos de idade, do sexo feminino e possuía plano de saúde.

Caso 2

Na gestação teve infecção por Toxoplasmose e realizou de 9 a 10 consultas na rede pública de saúde, onde também realizou o parto. A alteração congênita no feto foi identificada apenas no pós-parto, com Microcefalia e/ou alteração no DNPM. A criança, a época da entrevista, tinha entre 1 e 2 anos de idade, do sexo feminino e não possuía plano de saúde.

Caso 3

Teve infecção por Citomegalovírus durante a gestação e realizou de 7 a 8 consultas na rede pública de saúde, onde também realizou o parto. A alteração congênita no feto também foi identificada apenas no período pós-parto, com Hidrocefalia e Calcificações Periventriculares. A criança, a época da entrevista, tinha entre 1 e 2 anos de idade, do sexo feminino e também não possuía plano de saúde.

Caso 4

Na gestação teve infecção por Citomegalovírus e realizou de 9 a 10 consultas na rede pública de saúde, onde também realizou o parto. A alteração congênita no feto também foi identificada apenas no pós-parto, com Microcefalia e/ou alteração no DNPM. A criança, a época da entrevista, tinha entre 1 e 2 anos de idade, do sexo feminino e não possuía plano de saúde.

Caso 5

Na gestação teve infecção por Zika vírus e realizou de 7 a 8 consultas na rede pública de saúde, onde também realizou o parto. A alteração congênita no feto também foi identificada no pós-parto, com Microcefalia e/ou alteração no DNPM. A criança, a época da entrevista, tinha entre 1 e 2 anos de idade, do sexo feminino e não possuía plano de saúde.

A partir dos dados apresentados, verificou-se que todos os casos realizaram o acompanhamento da gestação em consonância com o que é preconizado pelo Programa Humanização do Parto do Ministério da Saúde, que orienta a realização mínima para o acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2013).

No entanto, apesar do número de consultas pré-natal realizados pelos casos estudados (quadro 9), estarem de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde, observou-se que apenas o caso 1, usuária do serviço privado de saúde, teve conhecimento acerca da alteração congênita no período intrauterino, enquanto as demais mães só descobriram após o parto.

Diferente dos resultados encontrados em um estudo realizado por Vanderlei et al. (2018), que sugeriu que os fatores socioeconômicos estão associados com a não realização do pré-natal, prejudicando o acompanhamento e monitoramento das gestantes com Zika, os resultados do presente estudo sugerem a existência de fragilidades quanto às consultas, que podem comprometer o devido acompanhamento, monitoramento e a ação oportuna diante das infecção em gestantes.

No mesmo estudo realizado por Vanderlei et al. (2018), com casos de gestantes com infecção por Zika, é apontado que 77% dos exames realizados no pré-natal delongaram mais de 5 meses para liberação dos resultados, corroborando com os achados nesta pesquisa em relação à fragilidade nesse processo e acompanhamento das gestantes.

No que diz respeito à infecção pelo Zika vírus na gestação, um longo tempo de espera para acesso aos resultados, influencia diretamente na conduta adotada com a gestante, tendo em vista que a rápida resposta oportuniza as devidas medidas para a mitigação dos impactos que possam ser causados ao feto (VANDERLEI et al., 2018).

Nesse sentido, a partir dos resultados apresentados, o acesso à um pré-natal de qualidade, com resultados e confirmações oportunas, está relacionado nesse estudo à capacidade de custeio do mesmo pela gestante, tendo em vista que para os casos observados, existiu a necessidade de utilização de plano de saúde privado para tal.

A capacidade de pagamento é uma das principais características do acesso aos serviços de saúde, que pode proporcionar a elegibilidade dos indivíduos a benefícios de diversos tipos de financiamento de saúde. Por outra perspectiva, a existência de despesas de saúde que precisam ser assumidas pelos próprios indivíduos podem criar barreiras financeiras que impedem as pessoas de procurar e receber cuidados com a saúde, que auxiliam na determinação da existência de equidade ou desigualdade no acesso à saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

3.2.2.1. CARACTERÍSTICAS DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No quadro 10, estão apresentadas as características relacionadas ao acesso aos serviços de saúde utilizados pelos casos do estudo, como a rede do serviço e a localização destes.

Quadro 10 - Características relacionadas ao acesso às atividades de estimulação precoce

CASOS	Em qual período de vida da criança iniciou a estimulação precoce	Rede procurada para ter acesso à estimulação precoce	Procurou atendimento para estimulação precoce próximo da residência	Local de estimulação precoce	Local de nascimento próximo da residência	A estimulação precoce é feita próxima à residência
1						
2						
3						
4						
5						
	0 a 3 meses	Privado	Sim	Mesmo local do parto	Sim	Sim
	3 a 6 meses	Público	Não	Unidade diferente do parto	Não	Não
	6 a 9 meses					

Fonte: Elaborado pela autora.

Caso 1

A criança iniciou a estimulação precoce entre os 6 e 9 meses de vida e para acesso à realização da atividade a família procurou uma unidade da rede particular de saúde, próximo a residência, sendo esta unidade diferente daquela onde foi realizado o parto, porém ambas localizadas próximas a residência.

Caso 2

A criança iniciou a estimulação precoce entre os 0 e 3 meses de vida e para acesso à realização da atividade a família procurou uma unidade da rede pública de saúde, próximo a residência, sendo esta unidade a mesma onde foi realizado o parto, localizada próxima a residência.

Caso 3

A criança iniciou a estimulação precoce entre os 3 e 6 meses de vida e para acesso à realização da atividade a família procurou uma unidade da rede pública de saúde, próximo a residência. Realiza a estimulação precoce em uma unidade diferente de onde foi o parto, sendo esta próxima a residência, diferentemente do local da estimulação precoce.

Caso 4

A criança iniciou a estimulação precoce entre os 0 e 3 meses de vida e para acesso à realização da atividade a família procurou uma unidade da rede pública de saúde, próximo a residência. Também realiza estimulação precoce em uma unidade diferente de onde foi o parto, sendo esta próxima a residência, diferentemente do local da estimulação precoce.

Caso 5

A criança iniciou a estimulação precoce entre os 0 e 3 meses de vida e para acesso à realização da atividade a família procurou uma unidade da rede pública de saúde, próximo a residência. Também realiza estimulação precoce em uma unidade diferente de onde foi o parto, sendo esta próxima a residência, diferentemente do local da estimulação precoce.

Em relação ao início da estimulação precoce, todas as crianças iniciaram a estimulação precoce antes de completar um ano de idade. Entretanto, observou-se que o único caso que utilizava os serviços privados de saúde, iniciou mais tardiamente que os demais casos.

De acordo com a UNICEF (2016) os anos iniciais da vida de uma criança são um momento propício para intervenções que possam reduzir efeitos de agravos e melhorar a qualidade de vida da criança. Para tanto, é importante iniciar os tratamentos de estimulação precoce no período que abrange o nascimento até os três anos de idade, por profissionais e locais especializados, desenvolvendo atividades de acordo com as necessidades das crianças.

Outro aspecto que chama atenção nos resultados apresentados diz respeito à procura para o acesso aos serviços de saúde. Em relação ao parto, a maioria dos casos o fizeram em unidade próxima à residência, assim como buscaram para o acesso às atividades de estimulação precoce. No entanto, diferente do observado para a situação dos partos, a maioria das atividades de estimulação precoce são realizadas distantes dos locais de residência (quadro 11).

Reforçando os resultados apresentados, um estudo realizado por Vanderlei et al., (2018), que chamou atenção às dificuldades relacionadas à aspectos geográficos enfrentadas pelas famílias e crianças que apresentam o agravo, indicando que mais de 50% desses casos residiam em regiões geográficas opostas e distantes do local do diagnóstico e notificação.

Nesse sentido, é importante alertar sobre os fatores que vão além das questões econômicas do indivíduo, tal como as dificuldades geográficas que podem ser colocadas para este. Desse modo, evidencia-se a necessidade de fortalecer a rede de cuidados dessa população, a fim de minimizar os obstáculos e garantir o acesso aos serviços de saúde, assim como à atenção integral à saúde.

3.2.3. MOBILIDADE E ACESSO ÀS ATIVIDADES DE ESTIMULAÇÃO E EDUCAÇÃO PRECOCE

Os quadros 11 e 12 apresentam aspectos relacionados à mobilidade das famílias e crianças para a estimulação e educação precoce realizada no setor saúde e da educação, como a quantidade de unidades visitadas, a frequência, a forma de deslocamento, o tipo de transporte utilizado e o tempo gasto.

Quadro 11 - Características relacionada a mobilidade e acesso às atividades de estimulação precoce

SAÚDE	CASOS	Rede onde é realizado a estimulação precoce	Nº de locais de realização da estimulação precoce	Nº de vezes na semana que realiza estimulação precoce	Nº de transportes utilizados para deslocamento para estimulação precoce (Por trecho)	Forma de deslocamento	Tempo de deslocamento (Por trecho)
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
		Privado	2 locais	2 vezes	1	Carro particular	30 a 40 minutos
		Público	1 local		2	Ônibus	1h ou mais

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 12 - Características relacionada a mobilidade e acesso às atividades de educação precoce

EDUCAÇÃO	CASOS	Rede onde é realizada a educação precoce	Nº de locais que realiza a educação precoce	Nº de vezes na semana que realiza educação precoce	Nº de transportes utilizados para deslocamento para educação precoce (Por trecho)	Forma de deslocamento	Tempo de deslocamento (Por trecho)
	1						
	2						
	3	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
	4						
	5						
		Privado	3 locais	>5 vezes	1	Carro particular	15 min
		Público	1 local	2 vezes	0	Ônibus	30 a 40 minutos
						A pé	1h ou mais

Fonte: Elaborado pela autora.

Caso 1

Realizava a estimulação e educação precoce no setor privado. A estimulação precoce, realizava em uma única unidade e com frequência de duas vezes na semana e a educação precoce, em três unidades diferentes, com frequência de mais de 5 vezes na semana. Para os deslocamentos até as atividades tanto de estimulação, quanto de educação precoce utilizava um transporte direto, sendo este um carro particular. O tempo de trajetória para a realização das atividades variava de 30 a 40 minutos por trecho.

Caso 2

Realizava a estimulação e a educação precoce no setor público. A estimulação precoce realizava em duas unidades diferentes e a educação precoce em uma única unidade, as duas atividades com frequência de duas vezes na semana, cada uma. Para o deslocamento até estimulação precoce utilizava um transporte direto, sendo este um transporte público e para o deslocamento para a educação precoce o fazia a pé. O tempo de trajetória para a realização da atividade de estimulação precoce variava de 30 a 40 minutos por trecho e para a educação precoce em torno de 15 minutos por trecho.

Caso 3

Realizava a estimulação precoce no setor público, em duas unidades diferentes e com frequência de duas vezes na semana. Para os deslocamentos até as atividades utilizava dois transportes, sendo estes transportes públicos. O tempo de trajetória para a realização da atividade era de 1 hora ou mais por trecho. Não realizava atividades de educação precoce.

Caso 4

Realizava a estimulação e a educação precoce no setor público e cada uma era realizada em uma única unidade, com frequência de duas vezes na semana para cada atividade. Para os deslocamentos até as atividades utilizava apenas um transporte direto, sendo este um carro particular. O tempo de trajetória para a realização das atividades era de 1 hora ou mais por trecho.

Caso 5

Realizava a estimulação e a educação precoce no setor público. A estimulação precoce realizava em duas unidades diferentes e a educação precoce e uma única unidade,

com frequência de duas vezes na semana para cada atividade. Para os deslocamentos até as atividades utilizava um transporte direto, sendo este um transporte público. O tempo de trajetória para a realização das atividades era de 1 hora ou mais por trecho.

A partir dos resultados, verificou-se que além do setor saúde, o setor da educação também desempenha importante papel e de forma complementar à saúde nas atividades que auxiliam no desenvolvimento das crianças com Síndrome Congênita do DF. Todavia, os dois setores desempenham diferentes atividades e com diferentes objetivos, mas que se complementam para o desenvolvimento infantil (BRASÍLIA, 2016b; 2010).

Nesse sentido, o Programa de Educação Precoce possui caráter preventivo e desenvolve trabalhos coletivos e direcionados às necessidades específicas de cada estudante. Para tanto, são adotadas estratégias pedagógicas que visam a aquisição por parte da criança de competências humanas e sociais e a construção do conhecimento de forma contextualizada, por meio do uso do brinquedo, da ludicidade, da relação com o próprio corpo e da ação espontânea sobre os estímulos (BRASÍLIA, 2010).

Corroborando com os resultados apresentados, outros estudos também demonstram importante atuação da área da educação nesse contexto de estimulação precoce, como quando afirma Costa (2013), que grande parte destes serviços são oferecidas por APAES (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) e por professores em Escolas de Educação Especial.

Dessa forma, sugere-se que todas as crianças com SC devam ter acesso às atividades realizadas no âmbito da saúde e da educação, tendo em vista que essas atividades são favoráveis ao desenvolvimento dessas crianças, buscam melhorar a qualidade de vida e auxiliá-las para a convivência social (BRASÍLIA, 2010 e FORMIGA et al., 2004). No entanto, chamou atenção nos resultados a um caso observado, que não realiza as atividades de Educação Precoce.

Para o acesso aos serviços de Educação Precoce, os pressupostos do Programa consideram fundamental a articulação com as diferentes áreas do conhecimento, especialmente a área de saúde e da assistência social, tendo em vista que estes devem fazer o encaminhamento das crianças para o acesso ao programa (BRASÍLIA, 2010).

Levando em consideração que a informação é um dos fatores que compõem o acesso e que estar bem informado é um dos resultados do processo bem-sucedido entre o sistema de saúde e o indivíduo (SANCHEZ; CICONELLI, 2012), a informação precária pode

determinar a não utilização de um serviço, como sugere-se que tenha ocorrido para o caso que não realiza nenhum tipo de atividade relacionada à educação.

Além disso, os resultados demonstraram também a dependência dos transportes coletivos por alguns casos. Nesse sentido, alerta-se para um possível obstáculo que pode constituir-se a longo prazo para a permanência nas atividades de estimulação precoce, mais especificamente aquelas realizadas no setor saúde.

Como apontando em estudos (MANCINI, 2008 e DANTAS, 2012), o modo como foi organizada a estrutura urbana do DF atenua a segregação socioespacial, dificultando a circulação para aqueles que não dispõem de veículos particulares. Sob esse aspecto, a distância pode desestimular a continuidade do tratamento de quem está mais distante e atuar como mecanismo de exclusão do acesso aos serviços de estimulação precoce.

Em um estudo realizado por Barbosa et al. (2016), com as famílias e crianças com Síndrome Congênita em Maceió/AL, também foram destacadas as dificuldades relacionada à mobilidade para a realização da estimulação precoce, onde a distância e os gastos para o deslocamento se apresentaram como obstáculos para o acesso aos serviços. Como solução proposta por parte Governo do município, foram disponibilizados transportes para o deslocamento da residência até os serviços de reabilitação.

Tendo em vista que o olhar para o espaço geográfico pode esclarecer situações inerentes aos acontecimentos sociais e tem grande importância na reprodução da sociedade (CATALÃO, 2010), considera-se importante conhecer as trajetórias realizadas para o acesso às atividades de estimulação precoce, por crianças com SC por Zika e STORCH no Distrito Federal.

3.2.3.1. TRAJETÓRIA PARA AS ATIVIDADES DE ESTIMULAÇÃO E EDUCAÇÃO PRECOCE

A Tabela 9 apresenta a distância do deslocamento entre a residência das famílias e crianças com Síndrome Congênita e os locais onde realizam as atividades de estimulação e a educação precoce.

Tabela 9 - Distâncias (Km) entre as atividades de educação/estimulação precoce por trecho

SAÚDE	Casos	Distância (Km) entre a residência e a atividade 1	Distância (Km) entre a residência e a atividade 2	Total percorrido ida e volta (Km)
	1	3,2		
2	10,5		31,4	83,8
3	15,0		15,0	60,0
4	27,9			55,8
5	10,7		14,5	50,4

EDUCAÇÃO	Casos	Distância (Km) entre a residência e a atividade 1	Distância (Km) entre a residência e a atividade 2	Distância (Km) entre a residência e a atividade 3	Total percorrido ida e volta (Km)
	1	4,7		5,5	2,1
2	0,5				1,0
3					
4	10,7				21,3
5	13,2				26,3

Fonte: Elaborado pela autora.

Caso 1

Realizava estimulação precoce em apenas uma unidade de saúde e em três unidades educacionais, em uma clínica, creche, academia e escola de música, respectivamente. Para o deslocamento da residência localizada na RA Águas Claras até o local de estimulação precoce, percorria 3,2 km e para as atividades relacionadas à educação o maior percurso realizado era de 5,5 km (Tabela 9 e Figura 11).

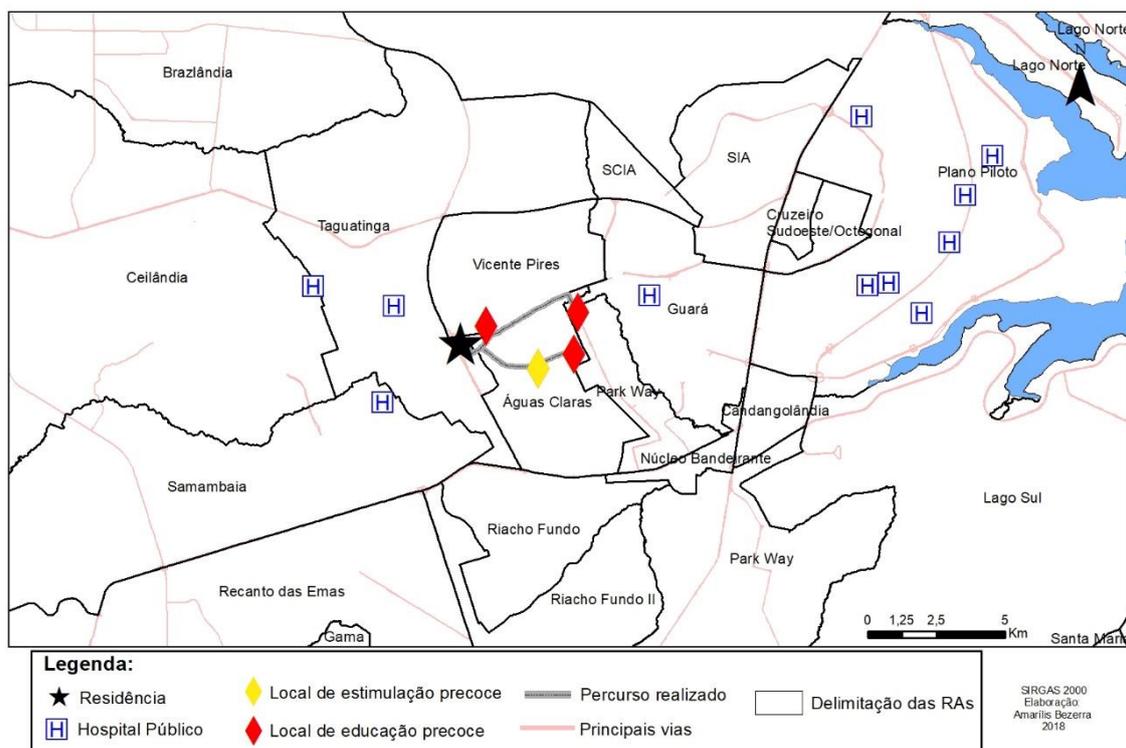


Figura 11 - Trajetória para a Estimulação/Educação Precoce do caso 1. Fonte: Elaborado pela autora.

Caso 2

Realizava estimulação precoce em dois diferentes hospitais e educação precoce em um Centro de Ensino Especial, como representado na Figura 12. Para o deslocamento da residência localizada na RA Samambaia até os locais de estimulação precoce, percorria 10,5 e 31,4 km e para a educação precoce a distância de 0,5 km (Tabela 9).

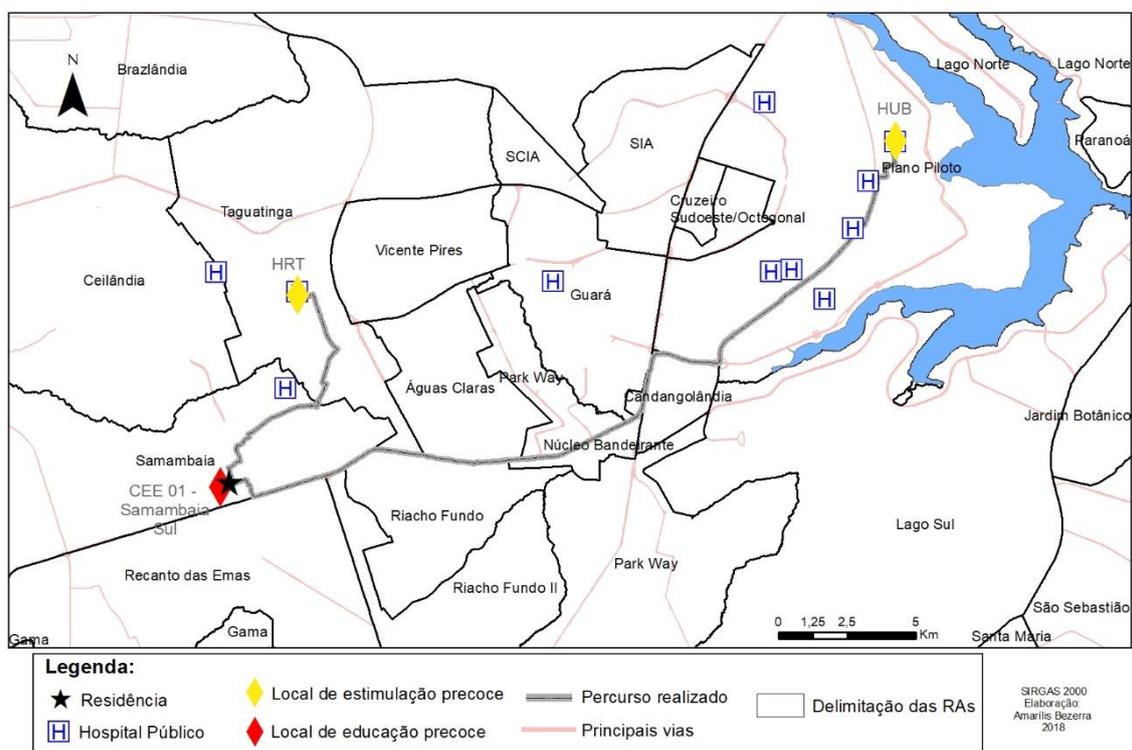


Figura 12 - Trajetória para a Estimulação/Educação Precoce do caso 2. Fonte: Elaborado pela autora.

Caso 3

A Figura 13 representa o deslocamento para a realização da estimulação e da educação precoce do caso 3, residente da RA Guará. O caso observado não realiza atividades de educação precoce, sendo desenvolvido pela criança apenas atividades de estimulação precoce no Hospital de Apoio e Hospital da Criança, na RA Plano Piloto. Para o deslocamento da residência para cada hospital onde realiza as estimulações, o caso 3 percorre em média 30 km para ir e voltar (Tabela 9).

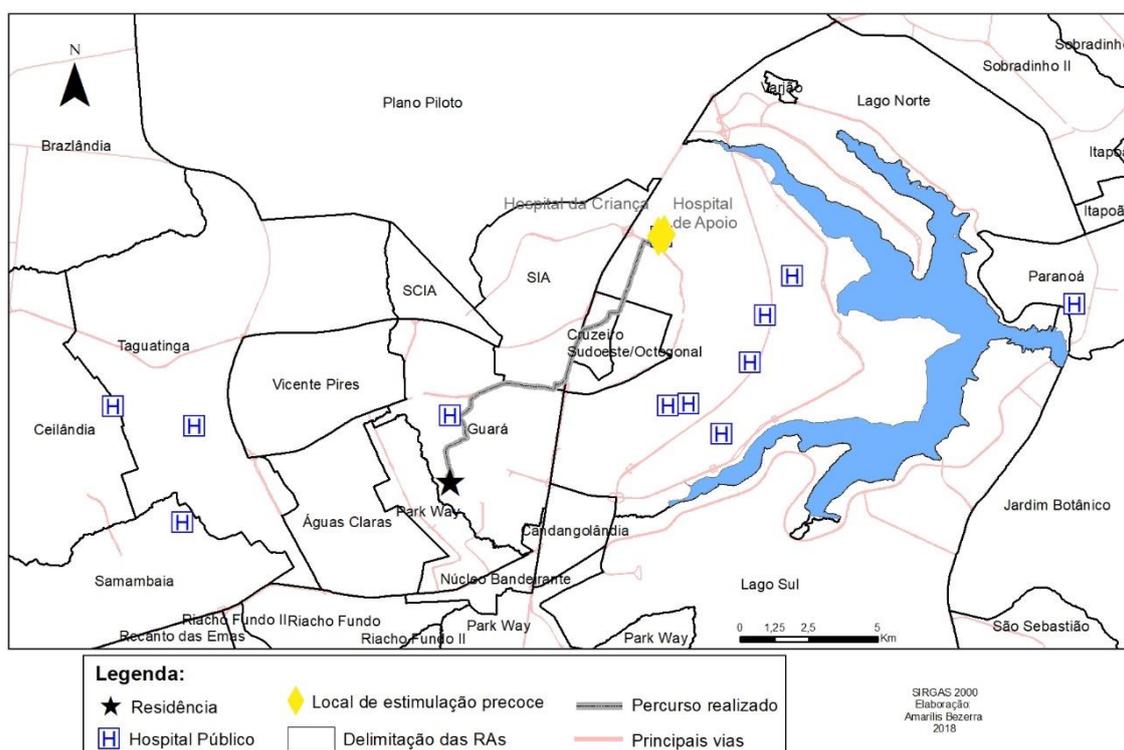


Figura 13 - Trajetória para a Estimulação Precoce do caso 3. Fonte: Elaborado pela autora.

Caso 4

A Figura 14 representa o deslocamento para a realização da estimulação e da educação precoce do caso 4, residente da RA Sobradinho I. O caso observado realiza estimulação precoce na RA Plano Piloto, no Hospital da Criança, percorrendo para ir e voltar 55,8 km. Em relação à educação precoce, o caso 4 realiza na RA de residência, no Centro de Ensino Especial 01 de Sobradinho, percorrendo o total de 21,3 km de ida e volta (Tabela 9).

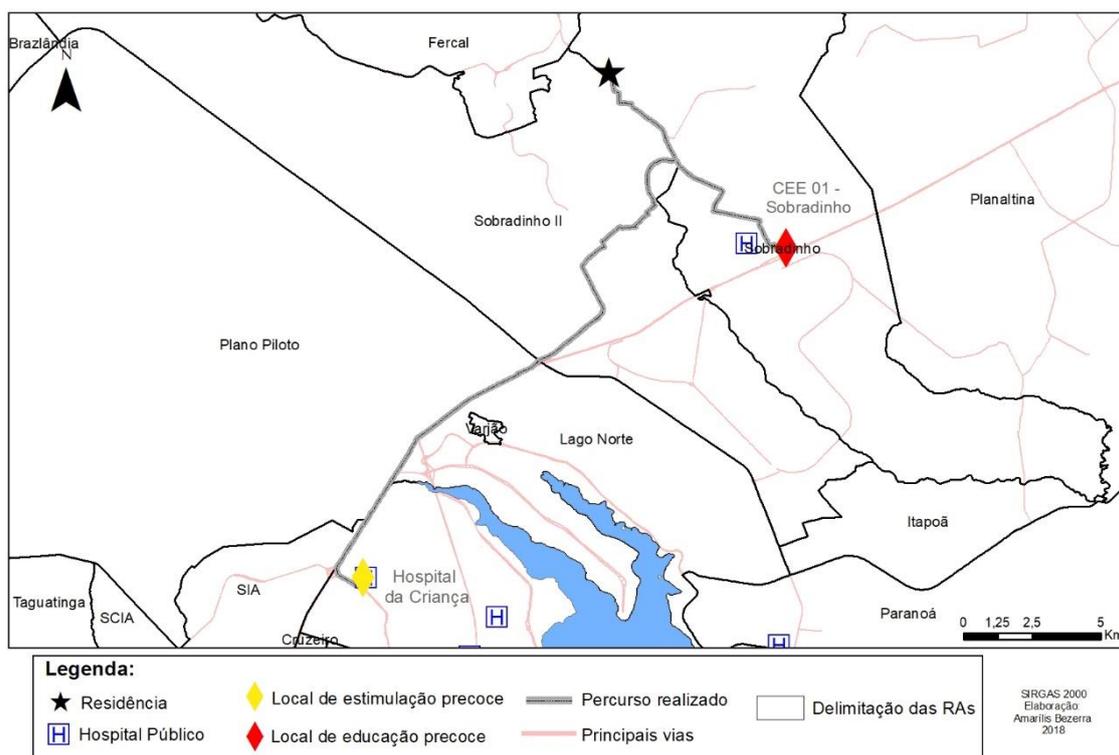


Figura 14 - Trajetória para a Estimulação Precoce do caso 4. Fonte: Elaborado pela autora.

Caso 5

A Figura 15 representa o deslocamento para a realização da estimulação e da educação precoce do caso 5, residente da RA SCIA. O caso observado realiza estimulação precoce na RA Plano Piloto, no Hospital de Apoio de Brasília e no Hospital Materno Infantil de Brasília, percorrendo no trajeto residência e hospital para estimulação precoce 10,7 km e 14,5 km para cada hospital, respectivamente. Em relação à educação precoce, o caso 5 realiza no Centro de Ensino Especial de Deficientes Visuais na RA Plano Piloto, totalizando 26,3 km os deslocamentos de ida e volta (Tabela 9).

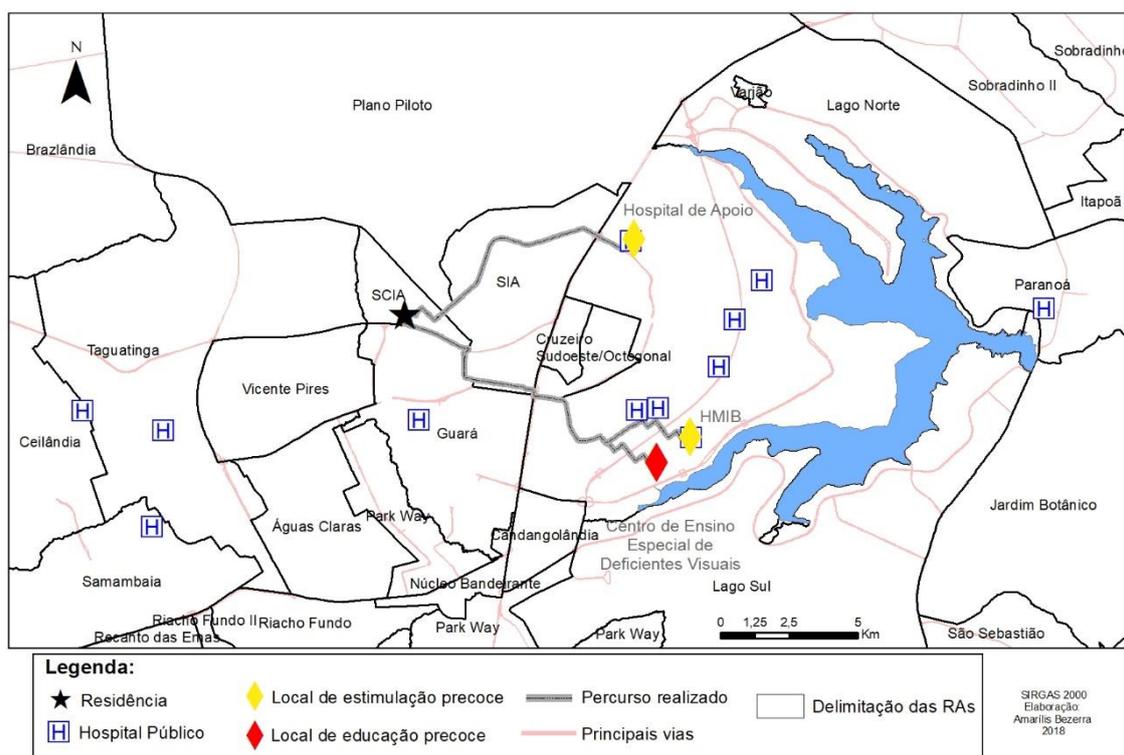


Figura 15 - Trajetória para a Estimulação Precoce do caso 5. Fonte: Elaborado pela autora.

A partir dos resultados apresentados, chamou atenção quanto à necessidade de alguns casos, principalmente aqueles que utilizam os serviços públicos de saúde, de se deslocarem longas distâncias para a realização da estimulação precoce no setor saúde. Enquanto para a educação precoce, verificou-se que estes realizam as atividades em locais mais aproximados da residência.

Assim como no estudo realizado por Almeida e Szwarcwald (2012), que observou a redução do deslocamento para o parto conforme a renda aumentava, verificou-se a partir dos resultados que o acesso à planos privados de saúde, possibilita a escolha de locais próximo à residência para a realização da estimulação precoce, mediante um custo,

porém, independentemente de seguir referências e contra referências, como são estabelecidas na rede pública de saúde.

Além disso, verificou-se também que todas as atividades de estimulação precoce, em sua totalidade foram realizadas nos serviços públicos de atenção secundária e terciária da rede de saúde. De modo similar aos resultados encontrados nesse estudo, um estudo com gestantes com infecção por Zika, mostra que essa realidade tem se repetido em outros Estados brasileiros (ANDRADE et al., 2016).

Dessa maneira, evidencia-se a falta da atuação da Atenção Básica no contexto da estimulação precoce no Distrito Federal, divergente das orientações elaboradas pelo Governo (BRASIL, 1995; BRASIL, 2016).

Em relação a oferta das atividades de estimulação precoce, a educação apresentou uma melhor organização quanto aos seus serviços em comparação com os da saúde. De acordo com Assis e Jesus (2012), a organização da oferta possui importante impacto no acesso da população aos serviços, pois em razão de diversos aspectos, pode desestimular o cuidado em saúde.

Como um dos impactos que a falta de organização da oferta dos serviços de saúde pode provocar, destaca-se um dos resultados encontrados no estudo realizado por Rodrigues e Araújo (2005), sobre a oferta e demanda de saúde bucal no município de Alagoinhas – Bahia, que mostrou a incerteza sobre o acesso aos serviços pelos usuários, provocando o afastamento de usuários dos serviços públicos de saúde, optando pelos serviços privados para a garantia do acesso aos serviços.

Nesse contexto de análise dos fatores que dificultam o acesso e a mobilidade aos serviços de saúde proposto nesse estudo, é importante sinalizar que além dos impactos da falta de organização da oferta dos serviços de saúde para as atividades de estimulação precoce, considera-se que as características espaciais do Distrito Federal possuem fatores determinantes nesse processo, como exposto na revisão bibliográfica realizada.

Nesse sentido, como proposta de estratégia para a adequação dos serviços de estimulação precoce, se faz importante o fortalecimento da ESF e o NASF, tendo em vista que possuem por atribuição realizar o acompanhamento do desenvolvimento de todas as crianças de um determinado território (BRASIL, 2016).

Ademais, visando superar as dificuldades de acesso e mobilidade para as atividades de estimulação precoce no DF, recomenda-se levar em consideração para a organização dos serviços os aspectos espaciais e socioeconômicos. De forma complementar a essas perspectivas, considera-se relevante também, conhecer a percepção

dos usuários acerca dos serviços recebidos no contexto do sistema público de saúde do Distrito Federal.

3.2.4. AVALIAÇÃO DO ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No quadro 13 estão apresentadas as avaliações sobre o acesso aos serviços públicos de saúde, como consultas, exames, medicamentos, características da mobilidade aos serviços de estimulação precoce, como o tempo e distância e resultados das atividades de estimulação precoce para as crianças com Síndrome Congênita. Nesse sentido, as três primeiras avaliações não se aplicaram ao caso 1, pois os serviços foram realizados no serviço particular de saúde.

Quadro 13 - Avaliação do acesso aos serviços de saúde público e estimulação precoce

CASOS	Avaliação do acesso às consultas e exames (Serviço público)	Avaliação do acesso à medicamentos para a criança (Serviço público)	Avaliação do acesso (tempo e distância) às atividades de estimulação precoce (Serviço público)	Avaliação dos resultados da estimulação precoce para a criança
1	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	
2				
3				
4		Não se aplica		
5		Não se aplica		
	Muito bom	Muito bom	Muito bom	Muito bom
	Bom	Bom	Bom	Bom
	Regular	Regular	Regular	Regular
	Ruim	Ruim	Ruim	Ruim

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto à mobilidade, no que se refere ao tempo e distância para a realização da estimulação precoce, estes foram avaliados de forma negativa, tendo em vista a necessidade de alguns casos necessitarem percorrer longas distâncias e despedem muito tempo para os deslocamentos até os serviços de saúde.

No que se trata dos resultados da estimulação precoce para as crianças com Síndrome Congênita, estes foram avaliados de forma positiva pelos responsáveis pelas crianças, tendo em vista a compreensão e a verificação dos benefícios da estimulação precoce para as do estudo.

A partir das avaliações realizadas, é possível apreender sobre a satisfação das famílias com crianças com SC quanto a oferta dos serviços na rede pública de saúde do

Distrito Federal, relativa às consultas, exames, medicamentos e à oferta de serviços de estimulação precoce.

No entanto, evidencia-se uma insatisfação quanto aos aspectos que estão relacionados à mobilidade para o acesso às atividades de estimulação precoce. Dentre as dimensões de acesso, os resultados apresentados estão submetidos a aceitabilidade. Essa dimensão compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades, fazendo-os aderirem ou não aos cuidados recomendados (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Partindo desse ponto de vista, verifica-se que ainda que haja dificuldades de acesso aos serviços de saúde, estas estão sendo superadas pela necessidade e os benefícios das atividades de estimulação precoce para o desenvolvimento das crianças. Nesse sentido, os autores McIntyre e Mooney (2007) propõem que o ponto chave para a aceitabilidade é o respeito mútuo entre profissionais de saúde e usuários dos serviços.

Dados similares foram constatados em outros estudos (MARQUES; HOLANDA; PAULO, 2012; SOUZA et al., 2015), detectando as desvantagens que as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida possuíam para acessar os serviços do Sistema. Portanto, é importante alertar como os aspectos relacionados à mobilidade podem impactar às crianças com Síndrome Congênita no DF, tendo em vista que essas limitações a longo prazo podem tornar-se barreiras para a continuidade nos cuidados em saúde e permanência nas atividades de estimulação precoce.

Nesse sentido, as políticas de saúde desempenham importante papel na intervenção para melhorias da qualidade de vida de grupos vulneráveis de uma população (VIANA e BAPTISTA, 2008). Desse modo, julga-se importante conhecer as políticas de saúde que permeiam as atividades de estimulação precoce de crianças com Síndrome Congênita por Zika e STORCH no Brasil e no Distrito Federal.

3.2.5. AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA NO DISTRITO FEDERAL

Durante a epidemia de Zika no Brasil, houve um grande movimento incluindo organismos internacionais e nacionais, com objetivo de conhecer e dar orientações quanto à essa nova doença que se disseminava no Brasil. Nesse sentido, foram publicados uma série de documentos governamentais a nível nacional e local (Figura 16).

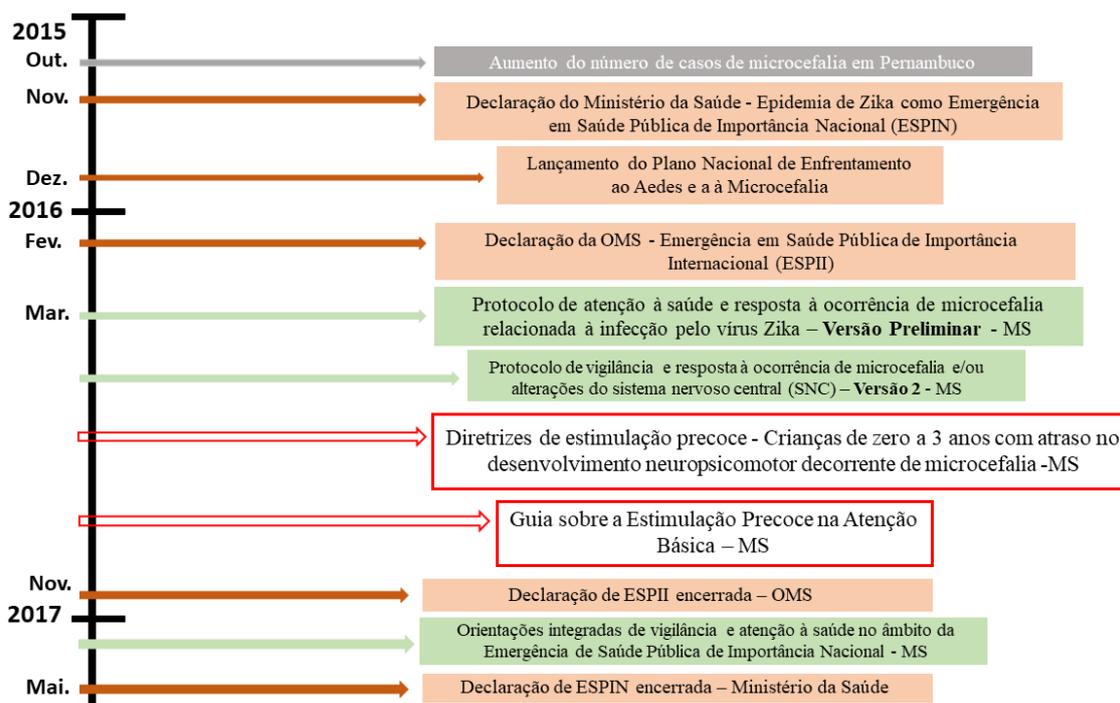


Figura 16 - Linha do tempo dos documentos orientadores relacionados ao Zika vírus, elaborados pelo Governo Federal e do Distrito Federal. Fonte: Elaborado pela autora.

Buscando organizar os serviços e dar orientações aos profissionais de saúde e aos demais Entes, um dos primeiros documentos publicados a nível nacional foi o Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de Microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika e as Diretrizes de estimulação precoce (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

Diante desse enfrentamento ao vírus Zika, houve a necessidade do Governo do Distrito Federal se organizar para implementar um conjunto de ações que fossem oportunas e adequadas. Nesse sentido, foi criado o Comitê Técnico Operacional para o Enfrentamento das Microcefalias associadas ao vírus Zika no âmbito da SES DF (BRASIL, 2017b).

Como um dos produtos do referido comitê, foi publicado em março de 2016 o documento “Orientações gerais para o enfrentamento das condições de saúde possivelmente associadas à infecção pelo Zika vírus”. Trata-se de um protocolo destinado aos profissionais de saúde da SES/DF, trazendo informações e orientações afim de unificar e padronizar as principais condutas para a vigilância epidemiológica, laboratorial e assistencial (BRASIL, 2017b).

Além do objetivo de orientar as atividades dos profissionais de saúde, os referidos documentos trouxeram em seus textos a importância da estimulação precoce no contexto da Atenção Básica (AB) e do papel de suas equipes e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no desenvolvimento dessas atividades, tendo em vista que a AB

desempenha papel fundamental no acompanhamento das crianças com alterações no desenvolvimento (BRASIL, 2016d).

As equipes de AB estão presentes na maioria dos municípios brasileiros, seja pela Estratégia Saúde da Família (ESF) ou por outras estratégias, o que expressa seu grande poder de atuação e importância, pois além de práticas de promoção, proteção e detecção prévia de alterações no desenvolvimento infantil, tem como atribuição o acompanhamento do desenvolvimento infantil e a realização de estimulação precoce, contribuindo para o acesso dessa população aos serviços de saúde (BRASIL, 2016b).

No entanto, de acordo com o Plano Distrital de Saúde do Distrito Federal de 2016 a 2019, a taxa de cobertura de atenção primária em 2015 era de 63,32% e a cobertura populacional de ESF de 25,45%, no mesmo período (BRASÍLIA, 2016), sendo um os fatores que fragiliza a adequação dos documentos orientadores no contexto dos serviços de saúde do Distrito Federal.

Para além das orientações dos referidos documento, é importante destacar que apesar destes não terem orientado para um matriciamento⁷ dos profissionais da saúde e outras áreas, verificou-se um importante papel desempenhado pela área da Educação na realização da estimulação precoce de crianças com Síndrome Congênita no DF.

Nesse contexto, além das políticas de saúde, destaca-se o Programa de Educação Precoce, instituído pelo documento “Orientações Pedagógicas: Educação Especial”. Este Programa é destinado a crianças de zero a três anos e onze meses que apresentem atraso no desenvolvimento, que estejam em situações de risco, de prematuridade, com diagnóstico de deficiências ou com potencial de precocidade para altas habilidades ou superdotação (BRASÍLIA, 2010).

Dessa forma, recomenda-se que sejam dadas mais orientações sobre a realização e acesso a essas atividades realizadas pela área da Educação, de forma complementar à saúde, tendo em vista que a área da Educação desempenha importante papel no contexto de estimulação precoce e reabilitação de crianças com Síndrome Congênita decorrente da infecção por Zika e STORCH.

Por fim, a realidade observada a partir dos resultados apresentados anteriormente, em alguns casos se contrastam em vários aspectos com os documentos orientadores do Ministério da Saúde, a SES/DF e também com a Política Nacional de Saúde da Pessoa

⁷ Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI et al., 2011).

com Deficiência, que preveem a organização dos serviços de saúde de modo a oferecer serviços próximos a essa população, tanto geograficamente, quanto no aspecto social e cultural (BRASIL, 2008; 2015; 2016).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a epidemia de infecção por Zika vírus e o número crescente de casos de Síndrome Congênita no Nordeste do Brasil, o Ministério da Saúde, em parceria com outras entidades, buscou adquirir conhecimento sobre o fenômeno e dar suporte aos serviços de saúde para atuação na vigilância e cuidado às doenças e agravos causados pelo vírus.

É interessante ressaltar que após essa onda de infecção pelo vírus observada no Nordeste brasileiro, posteriormente verificou-se também um importante número de casos na Região Centro-Oeste. Pontualmente no Distrito Federal, observou-se maior número de casos notificados e confirmados de infecção por Zika, assim como para os casos de Síndrome Congênita, nas áreas periféricas e com menores rendas médias mensais.

Nesse contexto, o Governo do Distrito Federal, enquanto Secretaria de Saúde, buscou organizar os seus serviços de saúde, por meio de articulações e pactuações entre as unidades públicas de saúde para atender a possível demanda gerada pelo Zika vírus.

Nesse sentido, para maior rapidez e eficiência na identificação dos casos de Microcefalia e alterações congênitas por Zika, foi instituído o Comitê Técnico Operacional para o Enfrentamento das Microcefalias associadas ao vírus Zika no âmbito da SES/DF. A partir das investigações realizadas por esse Comitê, foram evidenciados não só os casos de Síndrome Congênita (SC) por Zika no DF, mas também casos por STORCH.

Em relação às características das crianças com SC e de suas famílias, chamou atenção principalmente em relação à renda e como ela pode estar relacionada ao acesso e mobilidade para as atividades de estimulação precoce, tal como ter acesso aos serviços privados de saúde, que podem em algumas situações serem facilidades para o acesso à determinados serviços.

Ainda que os resultados não possam ser generalizados, é importante leva-los em consideração junto ao contexto espacial do Distrito Federal, pois tais aspectos em conjunto podem colocar-se como barreiras para a mobilidade e acesso aos serviços de saúde e à estimulação precoce.

No entanto, é importante destacar que apesar das dificuldades provocadas pelos aspectos socioeconômicos, verificou-se a existência da oferta e acesso aos serviços de saúde de atividades de estimulação precoce no DF, ainda que também tenha sido verificado uma fragilidade na mobilidade, tendo em vista que a maioria dos casos dos estudos dependem do transporte público.

Desse modo, ainda que haja o acesso, no sentido de oferta do cuidado e da estimulação precoce para essas crianças na SES/DF, destacou-se a necessidade de se realizar longos percursos e despender muito tempo para o deslocamento, o que pode ocasionar a dificuldade da permanência e continuidade a longo prazo nas atividades de estimulação precoce, tendo em vista a necessidade de frequência destas.

Nesse sentido, a Secretaria de Educação do Distrito Federal tem desempenhado importante papel na estimulação precoce, não somente relacionada à Síndrome Congênita, mas também em vários casos de crianças com deficiências. Por meio do Programa da Educação Precoce, distribuído em algumas Regiões Administrativas do DF, as crianças têm sido atendidas regularmente, próximas às suas residências.

Apesar desse importante trabalho realizado pela SES/DF, deve-se melhorar a interface na realização das atividades de estimulação precoce com a SEE/DF, tendo em vista que ainda se encontra em estágio informal e não há documentos que orientem a articulação e um fluxo bem definido para a atuação de forma conjunta entre as áreas da Saúde e Educação.

Nesse contexto, é relevante destacar a importância das políticas públicas e dos documentos orientadores para o cuidado de populações mais vulneráveis, assim como para orientar os profissionais e a organização dos serviços. Nesse sentido, recomenda-se para a construção de políticas públicas no âmbito do Distrito Federal, que estas considerem os aspectos pertinentes ao espaço e as características da população, a fim de minimizar os efeitos gerado por estes, visando a garantia do acesso e permanência nos cuidados com a saúde.

Por fim, considera-se pertinente destacar ainda a escassez de trabalhos sobre o tema abordado nesse estudo, o que dificultou a comparação dos achados com outros parâmetros. Além disso, chama-se atenção também quanto aos dados utilizados, pois estes foram referentes à sensibilidade da Sistema de vigilância da SES/DF.

Portanto, o cenário apresentado nesse estudo diz respeito aos dados disponibilizados pelos órgãos responsáveis, podendo haver alguma variação em relação à realidade outras fontes.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Durante a realização do presente estudo, foram encontradas importantes limitações que devem ser discutidas, especialmente aquelas associadas ao uso de dados secundários, o que se apresentou como uma das principais limitações, em razão do ponto inicial da pesquisa ter partido de uma base de dados secundários.

O primeiro aspecto diz respeito ao recorte na base de dados disponibilizada, haja vista que foi uma base repassada do Ministério da Saúde para a SES/DF, para a realização das investigações dos respectivos casos. Nesse repasse, já houve um recorte na base de dados original, assim como quando esta foi disponibilizada pela SES/DF para o estudo. Desse modo, no período da realização desta pesquisa, a base de dados não possuía todas as colunas e informações no seu formato original, comprometendo outras possíveis análises.

O segundo aspecto está relacionado aos erros e ausências de preenchimentos de informações, tais como endereço e telefone para contato, que por sua vez, desencadeou mais duas outras limitações; o georreferenciamento da totalidade dos casos por residência e o contato com os casos da base para a realização das entrevistas.

Desse modo, as limitações geraram impactos para o estudo, tal como o reduzido acesso aos casos de estudo e o não acesso à mais casos para realização das entrevistas, o que por sua vez, não permitiu ter uma visão mais ampla da situação das famílias e crianças com Síndrome Congênita no Distrito Federal, impedindo a generalização dos resultados obtidos.

Considerando esses impactos no estudo, recomenda-se principalmente para os serviços notificadores, uma maior cautela quanto ao preenchimento dos dados, tendo em vista a importância deste para o acompanhamento e vigilância desses casos.

SUGESTÕES

Para estudos futuros, recomenda-se para minimizar os efeitos de limitações como as apresentadas anteriormente, realizar visitas de campo nos hospitais onde as crianças visitaram ou contatar os médicos responsáveis, com vistas a aumentar o número de entrevistas e possibilitar o aprofundamento de questões específicas relativas aos casos.

Como sugestão para pesquisas futuras que não puderam ser investigadas no presente estudo, coloca-se a necessidade de compreender o ponto de vista de gestores e

profissionais que desempenham atividades relacionadas à estimulação precoce, no intuito de verificar quais são os principais entraves encontrados para a execução dessas ações e realizar o levantamento e mapeamentos dos atores envolvidos e locais que realizam as atividades de estimulação precoce.

Para além das entrevistas, sugere-se também realizar análises mais aprofundadas das informações contidas nos prontuários médicos de crianças com Síndrome Congênita por Zika e STORCH, tendo em vista que neles contém importantes informações ainda pouco exploradas, tal como a movimentação do usuário dentro da rede de saúde, aspectos clínicos e outras observações relacionadas às atividades realizadas paralelamente aos cuidados de saúde.

Como recomendação para a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), sugere-se a revisão dos dados solicitados aos pacientes, principalmente em relação ao número de contato e endereço, tendo em vista que são importantes não só para a realização de estudos, mas também são os principais meios para o acompanhamento e localização dos pacientes.

5. REFERÊNCIAS

- ABRASCO. 2017. Disponíveis em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/Zika-passou-de-emergencia-a-desafio-de-longo-prazo-a-saude-publica/25030/>>. Acesso em: 4 out. 2018.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_tx.def> Acesso em: 08/04/18.
- ANDRADE, M. R. DE et al. Microcephaly in Piauí, Brazil: descriptive study during the Zika virus epidemic, 2015-2016. *v. 27, n. 1, p. 2015–2016, 2016.*
- ANDRADE, M. V. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, v. 17, n. 4, p. 623–645, 2013.
- ANJOS, R. S. . Brasília – 50 Anos De Dinâmica Territorial Urbana. **Revista Eletrônica: Tempo - Técnica - Território**, v. 3, n. 1, p. 24–2177, 2012.
- ARCHELA, R. S.; THÉRY, H. Orientação metodológica para construção e leitura de mapas temáticos. **Confins**, v. 3, n. 3, p. 1–21, 2008.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise TT - Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012.
- BALBIM, R. **Mobilidade: uma abordagem sistêmica**. 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/160905_livro_cidad_e_movimento_cap01.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2018.
- BAO, Y.; LI, J.; ZHANG, L. J. MnCl₂-induced functional damage of mitochondria in human lung cells in vitro. **Chinese Journal of Oncology**, v. 33, n. 3, p. 169–173, 2011.
- BARBIANI, R. et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: Avanços, limites e desafios. **Saude e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 855–868, 2014.
- BARBOSA, A. et al. O Uso Da Cif Como Proposta Para O Acompanhamento Das Crianças Com Síndrome Congênita Do Zika Vírus: Relato De Um Caso. **Revista CIF Brasil**, v. 6, n. 6, p. 18–33, 2016.
- BARCELLOS, C.; RAMALHO, W. Situação Atual do Geoprocessamento e da Análise de Dados Espaciais em Saúde no Brasil. **Revista de Informática Pública**, v. 4, n. 2, p.

221–230, 2002.

BARCELLOS, C.; SANTOS, S. M. Colocando dados no mapa: a escolha da unidade espacial de agregação e integração de bases de dados em saúde e ambiente através do geoprocessamento. **Iesus**, v. 1, n. 021, p. 21–29, 1997.

Encontro Nacional de Estudos Populacionais, XVI, 2008, Caxambu-MG. Diabetes em idosos : perfil sócio-demográfico e uso de serviços de saúde. **Anais...** Caxambu-MG: ABEP, 2008. 10 p.

BERTIN, J. La graphique. **Communications**, v. 15, n. 1, p. 169–185, 1970.

BEZERRA, L., FELISBERTO, E., COSTA, J., ABATH, M., & HARTZ, Z. A gestão do conhecimento no contexto de uma emergência em Saúde Pública : o caso da síndrome congênita do Zika vírus , em Pernambuco , Brasil. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, v. 16(2), n. p-47-56, p. 47–56, 2017.

BLACK, M. et al. Using GIS to Measure Physical Accessibility to Health Care. **World Health Organization**, v. 3–4, n. November 2016, p. 1–22, 2004.

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 67, 2017.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 15/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de medicamentos. v. 34, n. 25, p. 206–9, abr. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd11_03estudo_mortalidade_mulher.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes educacionais de estimulação precoce**, 2016. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001344/134413porb.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2018.

BRASIL. Governo do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde do Distrito Federal - 2004 a 2007. p. 1–103, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika, 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigil--ncia-e-resposta---vers--o-1----09dez2015-8h.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika. 2016a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_resposta_microcefalia_relacionad_a_infeccao_virus_zika.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de Estimulação Precoce - Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce.pdf>> Acesso em: 7 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia sobre A estimulação precoce na Atenção Básica.** Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/18/Guia_sobre_-_A_estimulao_precoce_na_Ateno_Bsica.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2018d.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Guia de Políticas e Programas,** 2017a. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/pecas_publicitarias/banner/_guiadepoliticassonline.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Criança Feliz - A intersetorialidade na visita domiciliar. 2017b. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca_feliz/A_intersetorialidade_na_visita_domiciliar_2.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico nº3 de 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/05/2017_002-Dengue%20SE52_corrigido.pdf> e <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/23/Boletim-2018-001-Dengue.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico nº 2 de 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/23/Boletim-2018-001-Dengue.pdf>>; <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/21/Publicacao-BE-2018-SE-30.pdf>>. Acesso em: 20/05/2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce: o portador de necessidades educativas especiais**. 1995. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001344/134413porb.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2012. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: Detecção e Intervenção Precoce para a Prevenção de Deficiência Visuais**. 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_saude_ocular_infancia_prevencao_deficiencias_visuais.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico nº 2 de 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/15/svs2016-be002-dengue-se51.pdf>>. Acesso em: 16 de mar 2018.

BRASIL. Portaria nº - 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: 16 de mar 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia sobre A estimulação precoce na Atenção Básica, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estimulacao_precoce_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia. 2015. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/campanhas/dengue2015/Broadside_Microcefalia_20x28_V2.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde**

no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional**, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

BRASIL. Portaria nº1.060, de 5 de junho de 2002. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. p. 1–72, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html>. Acesso em: 4 jun. 2018.

BRASÍLIA. CODEPLAN. 2018. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-SIA-1.pdf>>. Acesso em: 5 de ago 2018.

BRASÍLIA. Governo do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2012 a 2015, 2012. Disponível em: <[http://www.saude.df.gov.br/images/Conselho de Saude do DF/planodesaude_2012_2015 1.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/Conselho%20de%20Saude%20do%20DF/planodesaude_2012_2015_1.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASÍLIA. Governo do Distrito Federal. **Plano Distrital de Saúde 2016-2019: Parte 2**, 2016. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_II-1.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASÍLIA. Governo do Distrito Federal. Brasília Saudável, Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, 2016a. Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2018.

BRASÍLIA. Governo do Distrito Federal. **Orientações gerais para o enfrentamento das condições de saúde possivelmente associadas à infecção pelo Zika vírus**, 2016. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Orientacoes_Gerais_SES_DF_virus_Zika_25_de_abril_de_2016.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018b.

BRASÍLIA. Governo do Distrito Federal. Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Decreto-n.%C2%BA-38.982-2018-Altera-a-estrutura-administrativa-da-SES-DF.pdf>>. Acesso

em: 7 jun. 2018.

CAREY, G. W.; HARVEY, D. Social Justice and the City. **Geographical Review**, v. 65, n. 3, p. 421, 1975.

CARLI, P. B. DE; BERTUSSI, G. L. **Análise da Infraestrutura das Regiões Administrativas do Distrito Federal**. 2018. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/TD-41-Análise-da-Infraestrutura-das-Regiões-Administrativas-do-Distrito-Federal.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2018.

CARVALHO, Carlos Henrique Ribeiro et al. Desafios Da Mobilidade Urbana No Brasil. **Textos Para Discussão • Ipea**, p. 22, 2016.

CASTRO, M. C. et al. Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 livebirths with complete investigation. **The Lancet**, v. 388, n. 10047, p. 891–897, 2016.

CATALÃO, I. Brasília, metropolização e espaço vivido: práticas especiais e vida cotidiana na periferia goiana da metrópole. In: UNESP (Ed.) São Paulo: SciELO Books, 2010. p. 156.

CÉLIA, M.; CAIADO, S. Estruturação intra-urbana na região do Distrito Federal e entorno : a mobilidade e a segregação socioespacial da população. **REvista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 22, n. 1, p. 55–88, 2005.

CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2018.

CODEPLAN. Pesquisa distrital por amostra de domicílios - Distrito Federal - PDAD/DF 2013, 2014. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Pesquisa-PDAD-DF.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2018.

COFRE, F. et al. Síndrome de TORCH: enfoque racional del diagnóstico y tratamiento pre y post natal. Recomendaciones del Comité Consultivo de Infecciones Neonatales Sociedad Chilena de Infectología, 2016. **Revista chilena de infectología**, v. 33, n. 2, p. 191–216, 2016.

Comissão Censitária Nacional. **Censo Experimental de Brasília**. Brasília. IBGE, 1959.

COSTA, F. R. DA. O conceito de espaço em Milton Santos e David Harvey: uma primeira aproximação. **Revista Percursos - NEMO**, v. 6, n. 1, p. 63–79, 2014.

COSTA, R. C. G. F. **O estado do conhecimento sobre estimulação precoce no**

conjunto de teses e dissertações brasileiras no período entre 2000 e 2011. 2013. 214 p., Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

CAMPELO, L.; SCOTT, R.; MEIRA, F. Trocas, Gênero, Assimetrias e Alinhamentos: experiência etnográfica com mães e crianças com síndrome congênita do Zika. **Anthropológicas**, v. 28, n. 2, p. 206–237, 2017.

DA SILVA VANDERLEI, Juliana et al. Perfil de gestantes comfirmadas para zika vírus e assistência pré-natal na atenção primária à saúde de Palmas, Tocantins, 2016. *Revista de Patologia do Tocantins*, v. 5, n. 3, p. 12-17, 2018.

DA MATA, W. C. A produção do Espaço Urbano no Distrito Federal: Da construção de Brasília à Expansão Urbana de Planaltina/DF - O viés histórico-social. 2014. p. 108, Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2014.

DANTAS, A. G. M. D. F. O sistema viário de Brasília e os problemas da integração de um novo bairro na cidade: o Ecovila Setor Noroeste. *Revista Geográfica de América Central* n. Especial EGAI, p. 1–15, 2012.

DE ALMEIDA, W. DA S.; SZWARCOWALD, C. L. Infant mortality and geographic access to childbirth in Brazilian municipalities. **Revista de Saude Publica**, v. 46, n. 1, p. 68–76, 2012.

DE BARROS MIRANDA-FILHO, D. et al. Initial description of the presumed congenital Zika syndrome. **American Journal of Public Health**, v. 106, n. 4, p. 598–600, 2016.

DE OLIVEIRA, W. K. et al. Infection-related microcephaly after the 2015 and 2016 Zika virus outbreaks in Brazil: a surveillance-based analysis. **The Lancet**, v. 390, n. 10097, p. 861–870, 2017.

DINIZ, D. Vírus Zika e mulheres - Zika virus and women - Virus Zika y mujeres. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 1–4, 2016.

EICKMANN, S. H. et al. Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 7, p. 1–3, 2016.

FALCAO, M. B. et al. Management of infection by the Zika virus. **Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials**, v. 15, n. 1, p. 57, 2016.

FARIA, R. Desigualdades Territoriais nos Indicadores de Mortalidade Infantil do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 12, n. 23, p. 167–181, 2016.

FERREIRA, R. V.; RAFFO, J. DA G. O uso dos sistemas de informação geográfica (SIG) no estudo da acessibilidade física aos serviços de saúde pela população rural: revisão de

literatura . **HYGEIA Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 8, n. 15, p. 177–189, 2012.

FLEISCHER, S. Segurar, Caminhar e Falar. Notas etnográficas sobre a experiência de uma mãe de micro no Recife/PE A antropologia feita em casa. **Caderno de Gênero e diversidade - Universidade de Brasília**, v. 03, n. 02, p. 93–112, 2017.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. **Política de Saúde: Uma política social** Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXT0_1_POLITICA_DE_SAUDE_POLITICA_SOCIAL__1.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2018.

FORMIGA, C. K. et al. Eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 14, n. 29, p. 301–311, 2004.

GOMES, S. C.; ESPERIDIÃO, M. A. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 2017.

GOMIDE, A. **Mobilidade Urbana, Iniquidade e Políticas Sociais** Políticas Sociais - acompanhamento e análise, 2006. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4511/1/bps_n.12_ensaio5_alexandre12.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2018.

GOTTEMS, L. B. D. Análise da Política de Atenção Primária à Saúde. 2010. p. 1–285, 2010a. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2010.

GÖTTEMS, L. B. D. et al. A history of primary health care policy in the Federal District, Brazil (1960-2007): an analysis based on the theoretical framework of historical neo-institutionalism. **Cadernos de saude publica**, v. 25, n. 6, p. 1409–1419, 2009.

GOURINAT, A. et al. Detection of Zika Virus in Semen. **Emerging infectious diseases**, v. 22, n. 5, p. 84–86, 2015.

GOUVÊA, L. A. DE C. **Cidadevida : curso de desenho ambiental urbano**. São Paulo: São Paulo, Nobel, 2008.

GUIMARÃES, R. B. Saúde urbana: velho tema, novas questões. **Terra**, v. 17, n. 2, p. 155–170, 2001.

HARVEY, D. O espaço como palavra-chave. **GEOgraphia**, v. 14, n. 28, p. 8–39, 2013.

HEUKELBACH, J. et al. Zika virus outbreak in Brazil. **Journal of Infection in Developing Countries**, v. 10, n. 2, p. 116–120, 2016.

HILLS, S. L. et al. Transmission of Zika Virus Through Sexual Contact with Travelers

- to Areas of Ongoing Transmission — Continental United States, 2016. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 65, n. 8, p. 215–216, 2016.
- I, J. Á. et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos : métodos. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 2, p. -, 2017.
- ITRANS. Mobilidade e Pobreza - Relatório Final. 2004.
- JACQUES BERTIN. Matrix theory of graphics. **Information Design Journal**, v. 10, n. 1, p. 5–19, 2000.
- JAISWAL, M. K. et al. The Clarion. v. 3, n. 1, p. 51–60, 2014.
- KARA, F. et al. Social Science & Medicine. **International Journal of Scientific Knowledge**, v. 3, n. 2002, p. 16–27, 2013.
- LOUREIRO, R. B. et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1233–1244, 2014.
- LUZ, K. G.; SANTOS, G. I. V. DOS; VIEIRA, R. D. M. Febre pelo vírus Zika. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 785–788, 2015.
- MACÊDO, V. C. DE. Atenção integral à saúde da criança: Políticas e Indicadores de Saúde, 2016. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9258>>. Acesso em: 8 jun. 2018.
- MACHADO, J. A.; GUIM, A. L. DOS S. Seção Temática : Gestão e poder local Descentralização e igualdade no acesso aos serviços de saúde : o caso do Brasil. v. 68, n. 1, p. 37–64, 2017.
- MAMEDE, F. V. et al. Programa Humanização do parto Humanização no Pré-Natal e Nascimento. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 11, n. 4, p. 29–34, 2013.
- MANCINI, G. A. Avaliação dos custos da urbanização dispersa no Distrito Federal. 2008. p. 178, Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- MARQUES, C.; HOLANDA, D. A.; PAULO, J. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 1833–1840, 2012.
- MARTINES, R. B. et al. Pathology of congenital Zika syndrome in Brazil: a case series. **The Lancet**, v. 388, n. 10047, p. 898–904, 2016.
- MCCARTHY, M. Zika virus was transmitted by sexual contact in Texas, health officials report. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 352, n. February, p. i720, 2016.
- MCINTYRE, D.; MOONEY, G (Ed). **The economics of health equity**. New York:

Cambridge University, 2007.

MENEZES, H. L. DOS S. et al. Zika Vírus Associado À Microcefalia. **Revista da Sociedade de Patologia de Tocantins**, v. 3, n. 2, p. 32–45, 2016.

MITCHEL LANGFORD, GARY HIGGS, R. F. Measuring access to primary health care using two- step floating catchment areas and a public/private multi-modal transport model. **Plurimondi**, v. 2, n. 16, p. 39–52, 2015.

MÜLLER, Fernanda; MONASTERIO, Leonardo Monteiro; DUTRA, Cristian Pedro Rubini. “Por que tão longe?”. Mobilidade de crianças e estrutura urbana no Distrito Federal. *Cadernos Metr pole.*, v. 20, n. 42, p. 577-598, 2018. MUSSO, D. et al. Potencial sexual transmission of Zika virus. **Emerging infectious diseases**, v. 21, n. 2, p. 359–361, 2015.

LUCEY, Daniel R.; GOSTIN, Lawrence O. The emerging Zika pandemic: enhancing preparedness. *Jama*, v. 315, n. 9, p. 865-866, 2016

NUNES, J.; PIMENTA, D. N. A epidemia de Zika e os Limites da Saúde Global. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 98, p. 21–46, 2016.

OLIVEIRA, W. K. DE et al. Zika Virus Infection and Associated Neurologic Disorders in Brazil. v. 376, n. 16, p. 1591–1593, 2017.

OLIVEIRA MELO, A. S. et al. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: Tip of the iceberg? **Ultrasound in Obstetrics and Gynecology**, v. 47, n. 1, p. 6–7, 2016.

OPAS. Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI. 2005. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2018.

PAINEIRAS, L. Narrativas sobre a estimula o precoce evidenciando as particularidades da criança portadora de síndrome alcoólica fetal (SAF). 2005. Disserta o (Mestrado em saúde da Criança). Instituto Fernandes Figueira, Funda o Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2005.

PAVIANI, A. Brasília no Contexto Local e Regional. **Terr rio**, v. 7, n. 11, p. 63–76, 2003.

PAVIANI, A. Geografia Urbana do Distrito Federal : Evolu o e Tendências. **Espaço & Geografia**, v. 10, n. 1, p. 1–22, 2007.

PEARSON, C. et al. Measuring geographical accessibility to palliative and end of life (PEoLC) related facilities: a comparative study in an area with well-developed specialist

- palliative care (SPC) provision. **BMC Palliative Care**, v. 16, n. 1, p. 14, 2017.
- PNUD. Uma avaliação do impacto socioeconômico do vírus Zika na América Latina E Caribe: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso. 2017. Disponível em: <<http://www.latinamerica.undp.org/content/dam/rblac/docs/Research%20and%20Publications/HIV/UNDP-RBLAC-Zika-07-20-2017-Portuguese-WEB.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2018.
- REES, L. P. et al. Dynamically adjusting the number of kanbans in a just-in-time production system using estimated values of leadtime. **IIE Transactions (Institute of Industrial Engineers)**, v. 19, n. 2, p. 199–207, 1987.
- REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. DE O. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde (módulo político gestor). 2010. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. Acesso em: 7 set; 2018.
- RIBEIRO, B. N. DE F. et al. Congenital Zika syndrome and neuroimaging findings: what do we know so far? **Radiologia Brasileira**, v. 50, n. 5, p. 314–322, 2017.
- RIBEIRO, O. B.; VIDOTTI, S. A. B. G. Otimização do acesso à informação científica: discussão sobre a aplicação de elementos da arquitetura da informação em repositórios digitais. **Biblos**, v. 23, n. 2, p. 105–116, 2009.
- RODRIGUES, A. Á. A. DE O.; ARAÚJO, M. M. DE. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas-Bahia. **Rev. baiana saúde pública**, v. 26, p. 273–285, 2005.
- RODRIGUES, M. J. Espaço e Serviços de Saúde Pública em Uberlândia: Uma Análise do Acesso ao Programa Saúde da Família – Núcleo Pampulha. 2007. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia -Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia-MG. 2007.
- ROSSETTO, M. et al. Condições de acesso à atenção ginecológica em serviços primários: perspectiva das usuárias. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 3, p. 448, 2017.
- SÁ, F.; CARDOSO, K.; JUCÁ, R. Microcefalia e Vírus Zika: do padrão epidemiológico à intervenção precoce. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 5, n. 2238–8028, p. 2–5, 2016.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012.
- SANN, J. G. L. O Papel Da Cartografia Temática Nas Pesquisas Ambientais. **Revista do Departamento de Geografia**, v. 16, p. 61–69, 2005.

SANTOS, W. R. DOS. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 787–796, 2011.

SANTOS, J. Saúde da mulher: motivos de atendimento no serviço de urgência obstétrica às gestantes residentes nas áreas de atuação das ESF no Setor Habitacional do Sol. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2016.

SCHNEIDER, A.; RAMIRES, V. R. Primeira infância melhor: uma inovação em política pública, 2007. Disponível em: <
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000155250_por>. Acesso em: 18 jun. 2018.

SEEDF. Orientação Pedagógica - Educação Especial. p. 140, 2010.

SILVEIRA, C. S. Acessibilidade Espacial no Transporte Público Urbano : Estudo de Caso em Joinville-SC. 2012. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2012.

SILVIA, A. et al. Percepções de profissionais da educação infantil em relação à estimulação precoce em crianças com deficiência e de risco ambiental. v. 3, p. 83–102, 2017.

Sinopse do Censo Demográfico 2010. Disponível em: <
<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>> Acesso em: 08/04/18.

SOUZA, K. C. L. DE; CAMPOS, N. G.; JÚNIOR, F. F. U. S. Perfil dos recém-nascidos submetidos à estimulação precoce em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 4, p. 523–529, 2013.

SOUZA, M. et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro; Factors associated with geographic access to health services by TB patients in three State capitals in Northeast Brazil. **Cad.saúde pública**, v. 31, n. 1, p. 111–120, 2015.

THEIS, I.; GALVÃO, A. A Formulação de Políticas Públicas e as concepções e Espaço, Território e Região. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, v. 14, n. 2, p. 55, 2012.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975–986, 2006.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. A review of concepts in health services access and utilization. **Cadernos de saude publica**, v. 20, p. S190-198, 2004.

UNGLERT, CARMEN VIEIRA DE SOUSA; ROSENBERG, CORNÉLIO PEDROSO;

JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 439–46, 1987.

UNGLERT, C. V. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saude Publica**, v. 24, n. 6, p. 445–452, 1990.

UNICEF. Early Childhood Development: The key to a full and productive life. **the Journal of Childhood Development**, v. 23, n. 232, p. 23, 2016.

VASCONCELLOS, E. Transporte urbano, espaço e equidade: análise das políticas públicas. **São Paulo: Annablumeim**, 2001.

WHO. Zika Virus Microcephaly and GUILLAIN-BARRÉ Syndrome. p. 1–12, 2016.

WHO. Division of Health Promotion, Education and Communication. **Health Promotion Glossary**, 1998.

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa
Edifício Fepecs - SMHN Quadra 03, s/n, Brasília - DF, 70710-907

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Eu, colaboradora **Priscilleyne Ouverney Reis**, declaro está de acordo com a colaboração na realização da pesquisa "**História natural da infecção pelo vírus Zika no Distrito Federal**", a ser coordenado pela servidora da SES-DF **Teresa Cristina Vieira Segatto** a fim de descrever e analisar aspectos clínicos, epidemiológicos e imunológicos envolvidos na história natural da infecção pelo ZIKV na população geral, em gestantes e em nascidos vivos no Distrito Federal – um cenário de circulação simpátrica dos vírus DENV e CHIKV e elevada cobertura vacinal contra febre amarela durante o período de 2017 a 2019, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fepecs.

Declaro também estar ciente e que cumprirei os termos da Resolução nº466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e declaro assumir o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações.

Brasília, 18/10/16.

Priscilleyne Ouverney Reis

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Pesquisa: “A História Natural da infecção pelo Zika Vírus no Distrito Federal”

Bom dia (Boa tarde, boa noite)!

O estudo que a senhor (a) está sendo convidada a participar tem o objetivo de descrever e analisar aspectos envolvidos na infecção pelo vírus Zika e por outras infecções congênicas na gestação e em seus respectivos nascidos vivos no Distrito Federal (DF).

O (A) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo (a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários e entrevistas ficarão sob a responsabilidade do pesquisador responsável pela pesquisa.

Os conhecimentos gerados pela pesquisa podem contribuir para a prevenção e o controle da infecção provocada pelo vírus Zika e outras infecções congênicas e suas consequências. Os resultados da pesquisa serão divulgados com autoridades interessadas (como a SES/DF, a Universidade de Brasília e o Ministério da Saúde) e em relatórios, artigos científicos e outras fontes de informação. As informações do estudo serão armazenadas por um período mínimo de cinco anos e poderão ser compartilhadas com colaboradores e outros grupos de pesquisa, mas sem sua identificação, garantindo o seu anonimato. Ressaltamos que nenhuma informação coletada será, em nenhum momento, divulgada de maneira identificada, resguardando seu sigilo, privacidade e confidencialidade.

(O) A senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão, retirar sua participação ou desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora. Esta decisão é livre e a senhora não precisará justificar sua escolha.

(O) A senhor (a) está completamente satisfeita com as informações oferecidas? Necessita tirar alguma dúvida? Mesmo assim, se tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa, em qualquer momento pode se dirigir à coordenadora Cristina Segatto (telefone 3323-9492, contato abaixo) ou o subcoordenador Wildo Araújo (telefone 3107-1623, contato abaixo).

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF, assim, as dúvidas com relação à assinatura deste documento podem ser esclarecidas por contato direto com o Comitê de Ética (telefone 3325-4955, contato abaixo).

Afirmo que recebi todas as informações necessárias para entender os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, e concordo em participar.

Quanto às informações coletadas, autorizo para:

- () Uso em projetos e estudos futuros sem necessidade de novo contato conosco.
- () Uso em projetos e estudos futuros, sendo necessário novo contato conosco.
- () Uso somente neste estudo, não autorizo sua utilização em projetos e estudos futuros.

Assino todas as páginas deste documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Nome completo da participante:

Telefones para contato: () _____ - _____; () _____ - _____;

Endereço:

Assinatura

Nome completo do pesquisador/ entrevistador:

Assinatura

Brasília, ____ de _____ de ____.

Contatos:

Coordenadora da pesquisa: Cristina Segatto: Telefone: (61) 3323-9492; e-mail: divep@saude.df.gov.br; endereço: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, SGAN Quadra 601, Lotes O e P, Prédio do Lacen, Brasília.

Subcoordenador da pesquisa: Wildo Araújo: Telefone: (61) 3107-1623; e-mail: wildo@unb.br; endereço: Núcleo de Medicina Tropical, Campus Universitário Darcy Ribeiro, S/N, Asa Norte, Brasília.

Comitê de Ética em Pesquisa: telefone: (61) 3325-4955; e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com; endereço: SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1 Edifício Fepecs, Brasília.

Anexo 3 - QUESTIONÁRIO

Acompanhante da criança no momento da entrevista: () Mãe () Pai () Outro: _____	
Nome da criança: _____	
Data de nascimento da criança: ____/____/____ Sexo: () F () M	
Cidade de nascimento da criança: _____ UF: _____	
Tipo de alteração congênita da criança: _____	
Código de identificação da criança: _____	
Data da entrevista: ____/____/____	
Entrevistador: _____	

Parte 1 – Questões norteadoras para início da entrevista

- 1) Para o(a) senhor(a) o que é a estimulação precoce?
- 2) O(A) senhor(a) acha que é importante a realização dessa estimulação para seu filho(a)?
- 3) Antes dele iniciar a estimulação, achava útil e necessário para ele?
- 4) Acha que está sendo útil para ele e para sua família atualmente? Por quê?
- 5) Consegue ver efeitos e benefícios da estimulação precoce para seu filho? Por quê?
- 6) Iniciou e permaneceu o tratamento e a estimulação precoce do seu filho na rede pública ou particular? Mudou de uma rede para outra? Por quê?
- 7) O(a) sr(a). recebe algum benefício social para seu filho? (Ex: Benefício de prestação continuada, Programa Criança Feliz). Como conseguiu esse benefício? Foi difícil, teve que provar algo para conseguir?
- 8) Teve apoio/incentivo de outras pessoas para o início da realização da estimulação precoce de seu filho? (Ex: Profissionais de saúde, ONG, Associação de mães, família, amigos etc)

Parte 2 – Informações sobre a Estimulação Precoce

- 9) Teve alguma doença infecciosa durante a gravidez?
() Sim. Qual? () Zika () Dengue () Chikungunya () Sífilis
() Toxoplasmose () Citomegalovírus () Herpes. Outro: _____
() Não () Não sabe () Prefere não responder
- 10) A(O) senhor(a) realizou acompanhamento pré-natal?
() Não () Sim, quantidade de consultas: _____ () Não sabe () Prefere não responder
- 11) Em qual rede de saúde?
() Rede Pública () Rede Particular () Não sabe () Prefere não responder
- 12) Qual(is) unidade(s) de saúde realizou o pré-natal?
Endereço A: _____
Endereço B: _____
Endereço C: _____
Endereço D: _____
Endereço E: _____
- 13) Por que frequentou essa(as) unidades?

() Mais próximo de casa () Foi aconselhada (Amigos, profissionais de saúde etc) () Acha que o serviço é melhor () Outro. Especificar:_____

14) Tentou atendimento em unidade de saúde perto de casa?
() Sim () Não

15) Quando ficou sabendo da necessidade da estimulação precoce?
() Pré-natal () Após o nascimento () Outro, especificar:

() Não sabe () Prefere não responder

16) Como ficou sabendo da necessidade de fazer a estimulação precoce?
() Médico () Meio de comunicação (Tv, rádio, internet). Especificar:_____ () Outro profissional. Especificar:_____
() Não sabe () Prefere não responder

17) Qual unidade de saúde procurou para ter o primeiro acesso para iniciar a estimulação precoce?
Endereço A: _____
() Pública () Particular
() Não sabe () Prefere não responder
Por que?
() Mais próximo de casa () Foi aconselhada (Amigos, profissionais de saúde etc) () Acha que o serviço é melhor () Outro. Especificar:_____

18) Nessa unidade de saúde teve o atendimento procurado ou foi encaminhada para outra unidade?
() Sim () Não Se não, qual? _____
() Pública () Particular
() Não sabe () Prefere não responder

19) Tentou atendimento em unidade de saúde perto de casa?
() Sim () Não

20) Depois de quantos encaminhamentos de unidade conseguiu vaga para a estimulação precoce?
Nº: _____ () Não sabe () Prefere não responder

19) Quais foram essas unidades para a qual foi encaminhada? (Se puder especificar por ordem cronológica)
Endereço A: _____
Endereço B: _____
Endereço C: _____
Endereço D: _____
Endereço E: _____

21) Por qual motivo não pôde ser realizado o atendimento nas outras unidade de saúde?
() O local não oferecia condições de atender (não tinha equipamentos/especialistas)
() O local não era responsável por atender
() Outros _____
() Não sabe () Prefere não responder

22) Em qual período de vida da criança iniciou a estimulação precoce?
() 0 a 3 meses () 3 a 6 meses () 6 a 9 meses () 9 a 13 meses
() 16 a 21 meses () 21 a 24 meses () Não sabe () Prefere não responder

23) Quais tipos de estimulação ele(a) faz?
() Auditiva () Visual () Motora () Manual () Cognitiva e Social
() Linguagem () Motricidade Orofacial
() Não sabe () Prefere não responder

24) Por quais profissionais são feitas as estimulações?
() Terapeuta Ocupacional () Fisioterapeuta () Fonoaudiólogo () Otorrino
() Outros, especificar: _____

Não sabe Prefere não responder

25) Onde são/foram realizadas as estimulações?

Endereço A: _____

Rede Pública Rede particular

Nº de vezes na semana: _____ Horário: _____

Período da realização da estimulação: de _____ até _____

Não sabe Prefere não responder

Endereço B: _____

Rede Pública Rede particular

Nº de vezes na semana: _____ Horário: _____

Período da realização da estimulação: de _____ até _____

Não sabe Prefere não responder

Endereço C: _____

Rede Pública Rede particular

Nº de vezes na semana: _____ Horário: _____

Período da realização da estimulação: de _____ até _____

Não sabe Prefere não responder

Endereço D: _____

Rede Pública Rede particular

Nº de vezes na semana: _____ Horário: _____

Período da realização da estimulação: de _____ até _____

Não sabe Prefere não responder

Endereço E: _____

Rede Pública Rede particular

Nº de vezes na semana: _____ Horário: _____

Período da realização da estimulação: de _____ até _____

Não sabe Prefere não responder

26) Recebe atendimento em estimulação precoce no núcleo de apoio à saúde da família (NASF)?

Sim Não Não Não sabe Prefere não responder

27) Tem transporte direto da sua residência para o local de estimulação?

Sim Não Não Não sabe Prefere não responder

28) Quantos transportes utiliza para levar seu filho da sua residência para o local de estimulação?

1 2 3 4 Outros: _____

Não sabe Prefere não responder

29) Quais transportes (s) o(a) sr(a). utiliza para levar seu filho para estimulação? Na ordem de utilização.

À pé/ bicicleta Ambulância/ SAMU/outro transporte médico

Ônibus e metrô Carro particular Táxi/uber

Outro Não sabe Prefere não responder

30) Quanto tempo gasta para levar seu filho para a estimulação?

15 min 30 min 1 h 1h30 2 h Outro: _____

Não sabe Prefere não responder

31) Qual a sua rotina de deslocamento no dia da realização precoce do seu filho(a)?

Ponto 1 : _____ Horário: _____

Ponto 2 : _____ Horário: _____

Ponto 3 : _____ Horário: _____

Ponto 4 : _____ Horário: _____

Ponto 5 : _____ Horário: _____

Ponto 6 : _____ Horário: _____

Não sabe Prefere não responder

Ponto 1 : _____ Horário: _____

Ponto 2 : _____ Horário: _____

Ponto 3 : _____ Horário: _____

Ponto 4 : _____ Horário: _____

Ponto 5 : _____ Horário: _____

Ponto 6 : _____ Horário: _____

Não sabe Prefere não responder

Ponto 1 : _____ Horário: _____

Ponto 2 : _____ Horário: _____

Ponto 3 : _____ Horário: _____

Ponto 4 : _____ Horário: _____

Ponto 5 : _____ Horário: _____

Ponto 6 : _____ Horário: _____

Não sabe Prefere não responder

32) Tem alguém para ajudá-la (o) a cuidar de seu filho em casa?

Sim, quem?: Pai Avó Tia Outro: _____

Não Não sabe Prefere não responder

33) Revezar a responsabilidade de levá-lo(a) para estimulação com alguém?

Sim, quem?: Pai Avó Tia Outro: _____

Não Não sabe Prefere não responder

34) O seu filho tem plano de saúde particular?

Sim Não Não sabe Prefere não responder

35) Quais exames seu filho(A) realizou?

1: _____ quantas vezes? _____ onde? _____

2: _____ quantas vezes? _____ onde? _____

3: _____ quantas vezes? _____ onde? _____

4: _____ quantas vezes? _____ onde? _____

5: _____ quantas vezes? _____ onde? _____

6: _____ quantas vezes? _____ onde? _____

7: _____ quantas vezes? _____ onde? _____

8: _____ quantas vezes? _____ onde? _____

9: _____ quantas vezes? _____ onde? _____

36) Seu filho(a) teve/tem que tomar alguma medicação?

Não Sim. Quantas: _____

Quais? _____

Parte 3 – Avaliação do acesso ao serviço de saúde

37) Como acredita que seria melhor para o(a) senhor(a) e seu filho a estimulação precoce?

Próximo de casa Visita em casa Deslocamento com veículo disponibilizado pelo SUS

Disponibilização de mais informações sobre o assunto

Outros: _____

Não sabe Prefere não responder

38) Quais atividades tem sido dificultadas pela necessidade da estimulação precoce?

Trabalhar Estudar Outro: _____

Não sabe Prefere não responder

39) Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento recebido desde a procura até hoje da estimulação precoce?

() Avaliação do atendimento no Serviço Público de saúde

Acesso ao serviço ou as unidades de saúde no geral:

() Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito Ruim () Não sabe () Prefere não responder
() Não se aplica

Acesso às unidades de saúde (distância e tempo):

() Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito Ruim () Não sabe () Prefere não responder
() Não se aplica

Internação: () Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito Ruim () Não sabe

() Prefere não responder () Não se aplica

Atendimento ambulatorial anterior a internação:

() Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito Ruim () Não sabe () Prefere não responder
() Não se aplica

Atendimento ambulatorial após internação:

() Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito Ruim () Não sabe () Prefere não responder
() Não se aplica

Acesso à realização de exames:

() Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito Ruim () Não sabe () Prefere não responder
() Não se aplica

Acesso à medicamentos:

() Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito Ruim () Não sabe () Prefere não responder
() Não se aplica

Resultados da estimulação:

() Muito Bom () Bom () Regular () Ruim () Muito Ruim () Não sabe () Prefere não responder ()
Não se aplica

Parte 4 – Dados do responsável da criança

36) Residente do Distrito Federal? (pelo menos há 1 ano)?

() Sim () Não

Se não, onde residia? _____

() Não sabe () Prefere não responder

37) Nome do responsável pela criança: _____

38) Data de nascimento? ____/____/____ () Não sabe () Prefere não responder

39) Qual o local em que o (a) senhor(a) nasceu?

Cidade: _____ UF: _____ () Não sabe () Prefere não responder

40) Nacionalidade:

() Brasileira () Outra, especificar: _____

() Não sabe () Prefere não responder

41) Atualmente, qual o seu endereço completo?

End: _____

Bairro/RA: _____ UF: _____ CEP: _____

Ponto de referência: _____

() Não sabe () Prefere não responder

42) Você se considera: (Etnia)

() Amarela () Branca () Indígena () Parda () Preta ()
) Não sabe () Prefere não responder

43) Qual seu estado civil atual?

() Solteira () Casada () Divorciada () Separada

() União estável (em relação com o mesmo parceiro por mais de um ano)

() Viúva () Não sabe () Prefere não responder

44) Escolaridade:

- Sem escolaridade – Sabe ler e escrever? Sim Não
 Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo
 Ensino médio incompleto Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto Ensino superior completo
 Pós-graduado
 Não sabe Prefere não responder

45) Qual sua ocupação atual?

- Estudante Aposentado Dona de casa
 Trabalhando. Especificar: _____
 Outra, especificar: _____
 Desempregado
 Não sabe Prefere não responder

46) (Se desempregado)

Por que está desempregado?

- Teve que largar para cuidar do filho
 Não havia necessidade de trabalhar
 Outro. Especificar: _____

47) (Se trabalha fora de casa)

Qual o horário em que o(a)sr(a). trabalha?

- Diurno Noturno Outros, especificar: _____
 Não sabe Prefere não responder

48) (Se estuda)

Qual o horário em que o(a)sr(a). estuda?

- Diurno Noturno Outros, especificar: _____
 Não sabe Prefere não responder

49) (Se estuda ou trabalha)

Quem cuida do seu filho enquanto estuda/trabalha:

- Pai Tia(o) Creche Avó(ô) Babá
 Outros: _____ Não sabe Prefere não responder

50) O(a) sr(a). recebe algum benefício social?

- Sim Não

Se sim, qual?

- Aposentadoria Aposentadoria por invalidez Auxílio doença
 Auxílio acidente Auxílio reclusão Pensão por morte
 Salário família Salário maternidade Bolsa família
 Benefício de prestação continuada
 Não sabe Prefere não responder

51) Somando todas as suas rendas, quanto em média você recebe por mês?

Valor: R\$ _____ Não sabe Prefere não responder

52) Quantas pessoas vivem deste rendimento?

Quantidade: _____ Não sabe Prefere não responder

53) Quem são as pessoas que moram com você?

Pessoa A - _____ (ex: cônjuge) Sexo: _____ Idade: _____

Pessoa B - _____ Sexo: _____ Idade: _____

Pessoa C - _____ Sexo: _____ Idade: _____

Pessoa D - _____ Sexo: _____ Idade: _____

Pessoa E - _____ Sexo: _____ Idade: _____

Pessoa F - _____ Sexo: _____ Idade: _____

Pessoa G - _____ Sexo: _____ Idade: _____

Não sabe Prefere não responder

54) O(a) sr.(a) tem plano de saúde ou convênio médico?

Sim, apenas 1 Sim, mais de 1

Não Não sabe Prefere não responder

55) Qual o seu tipo de moradia?

Casa/sobrado Casa em condomínio Apartamento/kitnet

Asilo ou similares Hotel/flat/ pensão e similares

Alojamento de trabalhadores Outros, especificar: _____

Não sabe Prefere não responder

56) Na sua(seu) casa(apartamento), tem acesso à água canalizada e coleta de lixo?

Sim Não Não sabe Prefere não responder

57) Alguma vez já foi vítima de preconceito em relação ao seu filho(a) ter que realizar a estimulação precoce? (Por parte da família, amigos, profissionais de saúde etc) (Aberta).

58) O(A) senhor(a) gostaria de comentar ou perguntar algo? (Aberta).