A determinação social da microcefalia/Zika

2016 . Ano 13 . Edição 87 - 17/06/2016

André Monteiro Costa

A epidemia de microcefalia associada ao vírus Zika emergiu em outubro de 2015, como uma tragédia sanitária e humanitária no Brasil. Dois enfoques hegemônicos para a compreensão dessa epidemia reproduzem uma perspectiva biológica para a formulação do fenômeno: a abordagem biomédica para explicar os efeitos e o inseto vetor, como causa. Uma relação de causalidade direta.

A estratégia oficial de controle da epidemia é centrada no controle químico do *Aedes aegypti*. Essa estratégia é utilizada há três décadas, apesar de sua evidente ineficácia. Cabe perguntar: o inseto é mesmo o problema? Ao centrar toda a construção do discurso no combate ao Aedes, utilizando-se de uma linguagem de guerra, desloca-se o foco das condições que propiciam os criadouros. Responsabiliza-se a população por proliferar criadouros em suas casas, já que é dito que cerca de 90% desses são os reservatórios domiciliares de água.

Todo o discurso oficial está centrado no âmbito da reprodução biológica, no campo das práticas biomédicas. Contudo, sabe-se que a reprodução biológica é, em humanos, regulada ou determinada pela reprodução social. Há uma hierarquia na organização na história da vida, do biológico (átomo, molécula, célula, tecido, órgão, indivíduo) ao social (comunidade, tecno-economia, política pública, ecologia). Nesse nível da reprodução social emergem cultura, cosmologia, política, processos tecno-econômicos e políticas públicas como expressões do Estado. Nessa arquitetura da complexidade, o social é contexto do biológico. Compreender os processos sociais e como eles determinam a saúde é central para desvelar como as condições de vida, enquanto processos sociais, produzem processos biológicos. O reducionismo ocorre quando formulamos problemas ancorados apenas em uma ou outra dimensão.

Para compreendermos os processos sociais da microcefalia, precisamos incorporar a vida das pessoas, onde vivem e como vivem, como moram, qual infraestrutura e serviços utilizam. Incorporamos a história na formulação do problema, pois é a história da vida das pessoas e de sua ocupação do espaço urbano que produz essa epidemia.

Em Pernambuco, 97% dos nascimentos dos bebês com microcefalia se dão em hospitais do SUS. Infelizmente, isso significa que são pobres. E, ainda em Pernambuco, 77% das famílias estão na linha de extrema pobreza e, quando ligadas à rede de abastecimento de água, têm racionamento – o que ocorre a 30% da população de Recife –, baixíssima coleta de esgotos, coleta de lixo e drenagem

inadequadas.

Os processos tecno-econômicos estão visíveis nas soluções dadas a partir da perspectiva biológica. Um grande mercado da epidemia: a indústria de agrotóxicos (venenos utilizados), vacinas, biolarvicidas, mosquitos transgênicos, mosquitos estéreis por radiação, mosquitos infectados por bactéria e a indústria de cosméticos (R$ 300 milhões a serem comprados pelo governo federal em repelentes). Custos estes que devem ser incorporados aos orçamentos anuais.

As políticas centrais que determinam essa epidemia, além das políticas seculares que produziram a iniquidade, são as políticas urbanas: habitação, urbanização e saneamento. E estas políticas são, historicamente, implementadas de forma fragmentada, sem resolver o problema sanitário, nem de qualidade de vida das áreas pobres. A iniquidade se dá na infraestrutura e nos serviços, como o racionamento de água no Recife, que só existe atualmente em áreas pobres. Não há razão técnica para isso. Outra política que reproduz esse modelo é a própria política de saúde, com ações desarticuladas entre as vigilâncias sanitária, epidemiológica e em saúde ambiental e entre estas e a Funasa que faz ações de saneamento.

Um efeito não desejável que a centralidade do controle químico produz é a desresponsabilização dos gestores, sobretudo estaduais e municipais. Dada a centralidade no controle químico, não há iniciativas de políticas públicas em ampliar a infraestrutura nem melhorar os serviços. Abaixo algumas propostas que apontam nesse sentido.

A longo prazo propomos: articular as políticas de saúde com as políticas urbanas; integrar as políticas de habitação, urbanização e saneamento ambiental, urbanizando e saneando áreas de habitação subnormal, e rever o modelo de controle de endemias, redefinindo o papel dos agentes de endemias, articulando-os com a atenção básica e instituindo o controle mecânico de vetores. A curto e médio prazos, as ações devem: centrar o foco da ação na eliminação dos criadouros; priorizar investimentos em melhoria da gestão dos serviços de saneamento, com foco na redução do racionamento do abastecimento; redirecionar as manobras na rede para as áreas mais vulneráveis, por equidade; reorientar os serviços de limpeza urbana e coleta de resíduos sólidos para áreas mais vulneráveis; realizar mutirões emergenciais de limpeza urbana e articular as ações dos órgãos do Ministério da Saúde: vigilância epidemiológica e saúde ambiental e Funasa.

André Monteiro Costa é engenheiro de Saúde Pública e pesquisador do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco /Fiocruz-PE