

Peiter, Paulo; Pereira, Rafael; França, Isadora
Análise de dimensões do acesso à saúde das crianças com Síndrome Congênita de Zika (SCZ) na Região Metropolitana do Rio de Janeiro
Saúde e Sociedade, vol. 29, núm. 2, e200064, 2020
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902020200064

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406266588003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

Análise de dimensões do acesso à saúde das crianças com Síndrome Congênita de Zika (SCZ) na Região Metropolitana do Rio de Janeiro

Dimensional analysis of access to health of children with Congenital Zika Syndrome (CZS) in the Metropolitan Region of Rio de Janeiro

Paulo Peiter^a

 <https://orcid.org/0000-0001-8383-4542>
E-mail: paulopeiter@gmail.com

Rafael Pereira^a

 <https://orcid.org/0000-0001-5125-4850>
E-mail: rafa.geo2@gmail.com

Isadora França^a

 <https://orcid.org/0000-0002-2103-8230>
E-mail: isadorabfi@gmail.com

^aFundação Oswaldo Cruz. Instituto Oswaldo Cruz. Laboratório de Doenças Parasitárias. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

Desde 2015 a população brasileira vive com as repercussões da epidemia de Zika, levantando o debate sobre as dificuldades de diagnóstico e acesso aos cuidados para crianças com Síndrome Congênita do Zika. As regiões Nordeste e Sudeste foram as mais atingidas, desafiando-nos a caracterizar o acesso à saúde das crianças portadoras da Síndrome Congênita do Zika nessas regiões. O objetivo deste artigo é analisar a disponibilidade e a acessibilidade dos serviços de saúde para a reabilitação das crianças com Síndrome Congênita do Zika na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. A metodologia consistiu no mapeamento dos casos de Síndrome Congênita do Zika entre 2015 e 2017 na Região Metropolitana do Rio de Janeiro por bairros de residência e relacionados com a localização das unidades de reabilitação indicadas no Protocolo da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Como resultado foram identificados 202 casos de Síndrome Congênita do Zika na Região Metropolitana do Rio de Janeiro no período de 2015 a 2017. A região teve 85% de todos os casos do estado do Rio de Janeiro, o município do Rio de Janeiro concentrou 63% dos casos. A acessibilidade nesse município é a melhor se comparada com os demais da região metropolitana, dado que é a capital do estado e concentra grande parte dos serviços especializados em saúde materno-infantil.

Palavras-chave: Síndrome Congênita de Zika; Serviços de Saúde; Acessibilidade; Rio de Janeiro.

Correspondência

Paulo Peiter

Av. Brasil, 4365. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 21040-360.

Abstract

Since 2015, the Brazilian population has lived with the repercussions of the Zika epidemic, raising the debate on the difficulties of diagnosis and access to care for children with Congenital Zika Syndrome (CZS). The Northeast and Southeast regions were the hardest hit, challenging us to characterize the access to health of children with CZS in these regions. The aim of this paper is to analyse the availability and accessibility of health services for the rehabilitation of children with CZS in the Rio de Janeiro Metropolitan Region (RMRJ). The methodology consisted of mapping the cases of CZS between 2015 and 2017 in RJRM by neighbourhoods of residence and related to the location of rehabilitation units indicated in the Protocol of the Rio de Janeiro State Secretariat of Health (SES/RJ). As a result, 202 cases of CZS were identified in the RMRJ from 2015 to 2017. The RMRJ had 85% of all cases in the state of Rio de Janeiro, the municipality of Rio de Janeiro concentrated 63% of the cases. Accessibility in this municipality is better compared to the others in the RMRJ, as it is the state capital and concentrates most of the specialized services in maternal and child health.

Keywords: Congenital Zika Syndrome; Healthcare Services; Accessibility; Rio de Janeiro.

Introdução

A população brasileira convive com as repercussões sociais da epidemia do Zika vírus (ZIKV) desde o ano de 2015, que suscitam um debate sobre: as dificuldades de diagnóstico; o acesso aos cuidados para as crianças com Síndrome Congênita do Zika vírus (SCZ); a busca por compensações financeiras pelas famílias atingidas; as desigualdades sociais e de gênero; o debate sobre os direitos reprodutivos, entre outros (PNUD, 2017). Tais dificuldades surgiram por diversos fatores, porém o que mais impactou a população foi a dificuldade de estabelecer um diagnóstico preciso sobre a situação de saúde existente, que inicialmente foi identificado como casos de dengue.

A dengue já estava presente no Brasil há décadas, então quando milhares de pessoas com o que se pensava ser um caso mais brando de dengue começaram a chegar nas clínicas de saúde, no fim de 2014, houve preocupação, mas não uma surpresa - isso até surgir um elevado número de crianças nascidas com microcefalia (Zanluca et al., 2015).

O Estado tentou responder rapidamente e, em novembro de 2015, o governo brasileiro declarou a Emergência Nacional de Saúde Pública à medida que os casos de microcefalia aumentavam. Em fevereiro de 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em resposta à disseminação do Zika vírus (Human Rights Watch, 2017).

Os primeiros casos suspeitos de Zika foram registrados em outubro de 2014, no Rio Grande do Norte, como um surto de doença exantemática de origem desconhecida (Fantinato et al., 2016). Em 2015 e 2016, observou-se uma ampla dispersão do ZIKV no país, com surtos em quase todas as grandes cidades brasileiras, começando pelas cidades da região Nordeste (Victora et al., 2016). Nessa região determinados estados foram mais afetados, sendo que as cidades com mais recursos, porém ainda insuficientes para a nova demanda, tornam-se locais de confluência de famílias em busca de atenção especializada e de reabilitação para as crianças que nasceram com a síndrome.

Neste artigo, considerando-se que o acesso aos serviços de saúde é um elemento definidor da vulnerabilidade das pessoas afetadas pela SCZ há que

se analisar as condições desse acesso nas regiões mais afetadas do país. Entende-se que articulando questões de acesso à saúde com a vulnerabilidade das populações afetadas pela epidemia poder-se-á contribuir para a melhor compreensão de seus impactos sociais, particularmente na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ), foco deste artigo.

Segundo a noção de vulnerabilidade de Ayres et al. (2003), há três dimensões a serem consideradas: a individual, a social e a programática. Privilegiamos a dimensão programática relacionada à capacidade de resposta institucional à epidemia, mais precisamente no que se refere à oferta e ao acesso de serviços de atenção à saúde necessários para o tratamento e a reabilitação das crianças afetadas e dos familiares cuidadores.

O acesso à saúde é definido como a possibilidade de utilizar, de forma adequada, os serviços de saúde quando necessário. Ele envolve diferentes dimensões como: a disponibilidade, a capacidade de pagamento, a aceitabilidade e a informação. A acessibilidade geográfica aos serviços de atenção à saúde também é uma dimensão importante e se refere à disponibilidade de serviços de saúde especializados a uma distância aceitável aos domicílios afetados que, por sua vez, irá influir nas consequências sociais da epidemia.

Travassos e Martins (2004) e Thiede e Akweongo (2014) caracterizam a acessibilidade pela oferta de serviços de saúde, incluindo a acessibilidade geográfica (questões de distância e de deslocamento), enquanto que o acesso refere-se à entrada inicial ao sistema de saúde (rede de serviços de saúde), representando uma dimensão do desempenho do sistema de saúde, assim como os fatores individuais que podem limitar ou ampliar a capacidade de uso dos serviços ofertados por este. Em continuação, afirmam que o acesso à saúde é mais do que simplesmente uma questão da relação entre oferta e procura por atendimento, ele se constrói na participação ativa da população como forma de interlocução entre a situação de saúde e o território.

O principal objetivo deste artigo é analisar a acessibilidade dos serviços de saúde para o tratamento e a reabilitação da SCZ na RMRJ, dado se tratar de uma vasta área densamente povoada e ter sido uma das regiões mais afetadas pela epidemia de Zika no período de 2015 a 2017.

Esta pesquisa faz parte do projeto Promoção da Saúde no Contexto da Epidemia de Zika: Atores e Cenários nos Processos de Tomada de Decisão, financiado pelo Zikalliance Consortium e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/ ENSP nº 67311617.8.0000.5240). Também contou com o financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do programa Fiocruz-Pibic.

Procedimentos metodológicos

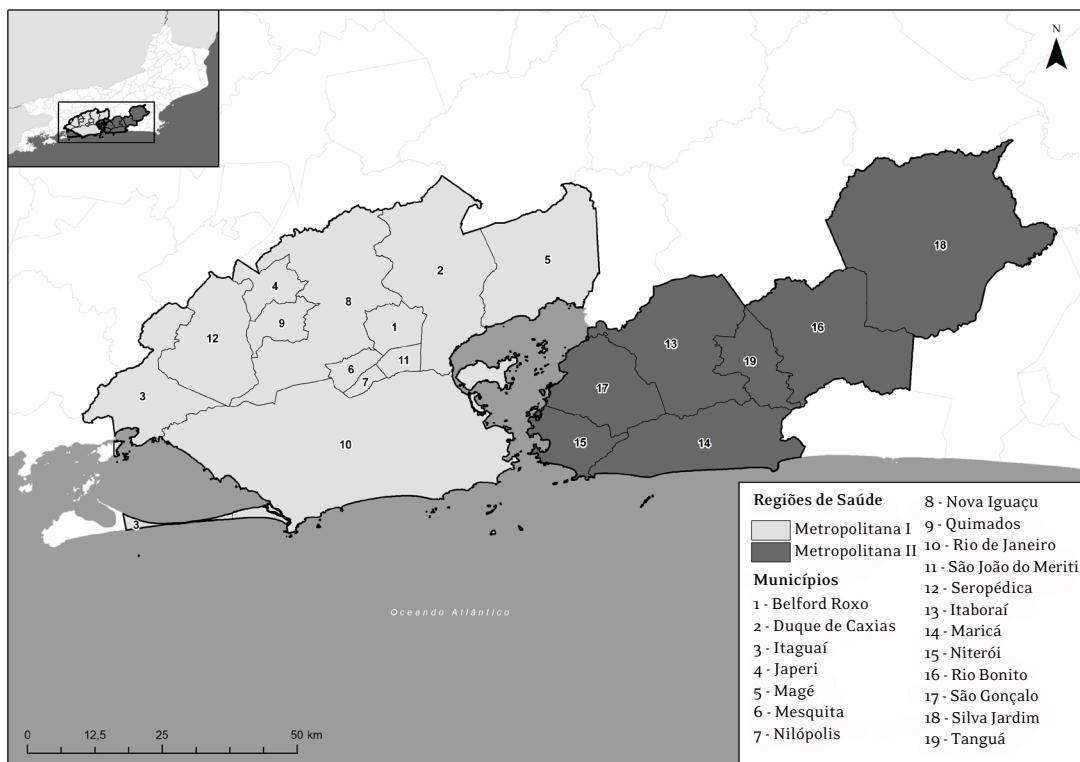
Trata-se de um estudo descritivo exploratório com uso de dados secundários. Adotou-se o referencial teórico dos campos da Geografia da Saúde e da Saúde Pública para análise do acesso aos recursos de saúde da população afetada pela SCZ. A área de estudo é a RMRJ, subdividida nas regiões de saúde RMRJ I e RMRJ II (Figura 1).

A análise da acessibilidade aos serviços especializados de tratamento e reabilitação para SCZ foi realizada em duas escalas: a regional (regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro), tendo como unidade de análise os municípios das RMRJ I e RMRJ II; e a escala local (intramunicipal), tendo como unidade de análise os bairros da cidade do Rio de Janeiro.

Os casos de crianças nascidas com microcefalia entre 2015 e 2017 na RMRJ foram mapeados por bairros de residência e relacionados com a localização dos serviços de reabilitação indicados no Protocolo da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES-RJ).

Foram mapeados todos os casos de microcefalia confirmados (excetuado os óbitos) nos anos de 2015, 2016 e 2017 por bairro de residência da mãe, fornecido pelo banco de dados do Registro de Eventos de Saúde Pública (Resp), utilizando o software ArcGis 10.5. Os casos foram plotados nos centros dos respectivos bairros de residência para garantir a confidencialidade das pessoas. A partir do software My Maps, foram mapeadas as unidades de saúde especializadas em oferecer os serviços de tratamento e de reabilitação a crianças com microcefalia e/ou SCZ, utilizando dados de endereço como o nome da rua e o número do local, disponibilizados pelo protocolo da SES/RJ e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (Quadro 1).

Figura 1 – Municípios que compõem as regiões de saúde Metropolitana I e II do estado do Rio de Janeiro.



Fonte: Rio de Janeiro (2018)

Quadro 1 – Variáveis e fontes de dados utilizados

Dados – Variáveis	Ano	Utilização – Indicadores	Fontes
Casos confirmados de microcefalia, por município e bairro de residência da mãe	2015 a 2017	Distribuição e análise dos casos confirmados no território	Registros de Eventos em Saúde Pública (RESP)
Unidades de saúde especializadas em reabilitação e estimulação precoce de crianças com microcefalia e/ou SCZ na RMRJ	2018	Distribuição e análise de acessibilidade às unidades de saúde especializadas	Secretaria de estado e saúde do estado do Rio de Janeiro (SES-RJ); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Malha municipal, vias terrestres e uso do solo do estado do Rio de Janeiro	2018, 2013 e 2016	Base cartográfica	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Como uma primeira aproximação à questão da acessibilidade geográfica aos serviços especializados, foi proposto, neste artigo, a simulação de um raio de influência de 10km (*buffer*) em torno das unidades de saúde especializadas. O critério de escolha desse raio teve como parâmetro a distância máxima razoável de ser percorrida de ida e volta em um mesmo dia para o atendimento das crianças afetadas, dado que esse percurso tem de ser feito várias vezes na semana conforme a programação

dos tratamentos a serem realizados. Trata-se de uma distância em linha reta, que não corresponde aos trajetos reais percorridos, podendo variar a depender das barreiras geográficas existentes no terreno, mas que serviu para identificar aqueles bairros situados para além desses limites, nos quais foram levantados por meio da ferramenta de percurso do Google Maps as distâncias e os tempos reais de percurso. Trata-se, portanto, de uma aproximação aos tempos de percurso de cada centroide de bairro

até as unidades de saúde de interesse para o estudo, utilizando ferramentas simples e de uso livre.

Resultados

Distribuição de casos de microcefalia por local de residência no período de 2015 a 2017

A RMRJ I foi a que apresentou o maior número de casos de microcefalia no estado do Rio de Janeiro durante a epidemia de 2015 a 2017.

Em 2015 já era possível notar a maior concentração de casos de microcefalia associada à infecção por ZIKV na RMRJ I, com cerca de 96,8% (32) do total de casos confirmados, sendo a capital, o município do Rio de Janeiro, com maior número de casos naquele ano (25 casos).

O ano de 2016 marcou o pico da epidemia, com 1.469 casos confirmados de microcefalia no Brasil. Na RMRJ foram confirmados, no ano, 161 casos, sendo 87,6% dos casos na RMRJ I e 12,4% na RMRJ II, respectivamente.

No mesmo ano, o município do Rio de Janeiro sozinho registrou 97 casos de microcefalia, confirmado-se como o município mais afetado, seguido por Duque de Caxias com 14 casos e São João de Meriti com 12 casos.

Na RMRJ II, os municípios mais afetados foram Magé com (7 casos), São Gonçalo (4 casos) e Itaboraí (4 casos). Niterói, o principal centro urbano da Região de Saúde Metropolitana II, teve somente 3 casos confirmados em 2016.

Em 2017 a epidemia diminuiu com 9 casos confirmados em toda a RMRJ. A cidade do Rio de Janeiro concentrou 55,5% do total de casos confirmados (5 casos), o restante distribuiu-se entre Belford Roxo (1), São Gonçalo (1), Niterói (1) e Japeri (1).

Com a acentuada redução de casos novos de microcefalia e SCZ, a OMS decretou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) no final de 2016. A redução considerável de casos novos, em 2017, na RMRJ, em torno de 94,4% em relação ao ano anterior, confirmou o fim da Emergência de Saúde Pública no Brasil (Tabela 1). Entretanto, para as famílias afetadas as consequências da epidemia não cessavam naquele momento, na verdade, iniciava-se uma longa e difícil busca por benefícios sociais compensatórios da situação, direitos e uma dura rotina de tratamentos e de reabilitação das crianças afetadas.

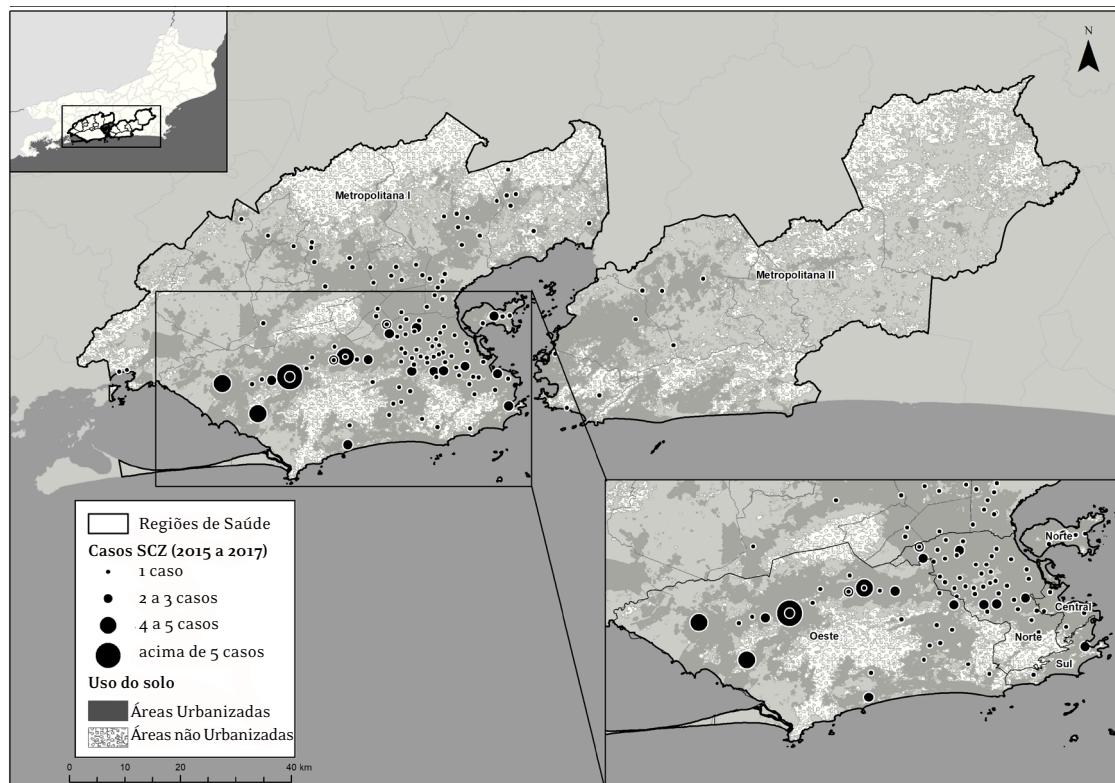
Tabela 1 – Número de casos confirmados por município (2015 a 2017)

Regiões de saúde	Municípios	Número de casos
Casos de SCZ por municípios da RMRJ em 2015		
Metropolitana I	Rio de Janeiro	25
	Duque de Caxias	2
	São João de Meriti	1
	Nova Iguaçu	1
	Nilópolis	1
	Itaguaí	1
Metropolitana II	Maricá	1
Total		32
Casos de SCZ por municípios da RMRJ em 2016		
Metropolitana I	Rio de Janeiro	97
	Duque de Caxias	14
	São João de Meriti	12
	Nova Iguaçu	7
	Nilópolis	2
	Itaguaí	1
Metropolitana II	Belford Roxo	7
	Japeri	1
	Magé	7
	Queimados	2
	São Gonçalo	4
Metropolitana II	Niterói	3
	Itaboraí	4
Total		161
Casos de SCZ por municípios da RMRJ em 2017		
Metropolitana I	Rio de Janeiro	5
	Belford Roxo	1
	Japeri	1
Metropolitana II	São Gonçalo	1
	Niterói	1
Total		9

Fonte: Registros de Eventos em Saúde Pública (Resp)

Ao analisar a distribuição dos casos totais por bairros de residência da mãe no período entre 2015 e 2017 na RMRJ, é possível notar com clareza uma concentração significativa de casos de microcefalia na RMRJ I (Figura 2).

Figura 2 – Casos confirmados de microcefalia por Zika, por local de residência da mãe entre 2015 e 2017



Fonte: Ministério da Saúde, Resp, 2018

O maior número de casos ocorre na área conhecida como Região da Leopoldina (pela estrada de ferro que conecta diversos municípios com o Rio de Janeiro), na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, a mais densamente povoada, e eixo de entroncamentos viários importantes entre o centro da cidade e os demais municípios da região metropolitana. Percebe-se também que os casos se distribuem ao longo dos principais eixos viários da região.

Os municípios mais afetados foram nos três anos de epidemia: Rio de Janeiro, com destaque para a zona norte da cidade, com 127 casos de microcefalia (48,8% dos casos confirmados), seguido por Duque de Caxias, com 16 casos, e Nova Iguaçu, com 8 casos.

A zona oeste do município do Rio de Janeiro também apresentou um elevado número de casos, cerca de 44,8% do total, destacando-se a região ao norte dos maciços da Tijuca e Pedra Branca e ao sul do maciço do Gericinó Mendanha. Os bairros mais atingidos foram Campo Grande (9 casos), Bangu, Senador Camará e Realengo, com 6 casos cada.

As regiões do centro e zona sul tiveram relativamente menos casos de microcefalia, correspondendo a 6,8% do total. Assim como na RMRJ II, que teve ao todo 19 casos de microcefalia por Zika no período epidêmico, e que ocorreram principalmente em Magé, São Gonçalo e Niterói.

Acessibilidade aos serviços especializados de tratamento e reabilitação

No que se refere ao atendimento das crianças afetadas pela síndrome, a acessibilidade aos serviços especializados de tratamento e de reabilitação é crucial, à medida que vai determinar as chances de sobrevivência e de desenvolvimento dessas crianças.

A estimulação precoce é uma etapa fundamental para o desenvolvimento das crianças afetadas pela microcefalia relacionada ao Zika vírus. É imprescindível desde, os primeiros dias de vida, o estímulo dos principais sistemas funcionais da criança, a saber: motor, sensorial, perceptivo, proprioceptivo, linguístico, cognitivo, emocional e social.

Vale salientar que toda criança acometida pela SCZ deve ser estimulada precocemente, seja nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) ou em qualquer unidade de saúde pública e privada que ofereça os serviços especializados necessários.

O estado do Rio de Janeiro foi o terceiro estado do Brasil em número de casos de SCZ. Embora tenha uma rede de serviço de saúde relativamente ampla, em comparação com os estados do Nordeste, o estado do Rio de Janeiro vem enfrentando sucessivas crises econômicas, de gestão e cortes de recursos nos serviços públicos de saúde, com sucateamento dos serviços e crescimento da oferta menor que da demanda nos últimos anos, principalmente no que se refere ao segmento hospitalar de média e alta complexidade.

A Atenção Básica (AB) também tem sofrido reveses nos últimos anos, a se destacar os problemas de corte de recursos na rede de unidades de pronto atendimento, a descontinuidade de ações da Estratégia da Saúde da Família e problemas relacionados à gestão das Organizações Sociais (OS) no âmbito dos municípios da região.

Apesar disso a SES-RJ procurou preparar a sua rede para o enfrentamento da epidemia de Zika e suas consequências, capacitando seus profissionais para o atendimento dos casos de SCZ (Rio de Janeiro, 2018).

A Rede de Reabilitação no estado do Rio de Janeiro se organiza conforme o descrito na Portaria Ministerial de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Essa portaria consolida as normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde, incluindo a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

Os CER são espaços destinados a atender a todas as pessoas com deficiências, permanentes ou não, e suas ações são voltadas para reabilitação, a serem executadas por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade.

Segundo o Plano de Estratégia e Ações de Crianças com SCZ, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, as regiões de saúde metropolitana I e II apresentam 27 unidades de saúde especializadas para atender crianças portadoras de microcefalia e outras condições relacionadas à SCZ (Rio de Janeiro, 2018) (Quadro 2).

Quadro 2 – Unidades de saúde que oferecem serviços de estimulação precoce e/ou reabilitação para crianças com SCZ

Regiões de saúde	Municípios	Nome das unidades de saúde especializadas	Serviços	Classes
Metropolitana I	Rio de Janeiro	I – Centro Internacional de Neurorreabilitação e Neurociências Sarah*	Intelectual e físico	Atendimento I
		2 – Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR)	Intelectual e físico	Atendimento I
		3 – Instituto Fernandes Figueira (IFF)	Todos os serviços	Todos os atendimentos
		4 – Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer	Todos os serviços	Todos os atendimentos
		5 – Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark	Todos os serviços	Todos os atendimentos
		6 – Centro Municipal de Saúde Belizário Penna	Auditivo	Atendimento 4
		7 – Cenom – Centro Educacional Nossa Mundo	Auditivo e intelectual	Atendimento 2
		8 – Policlínica Manoel Guilherme da Silveira Filho	Auditivo, físico e intelectual	Atendimento 5
		9 – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)	Auditivo	Atendimento 4

continua...

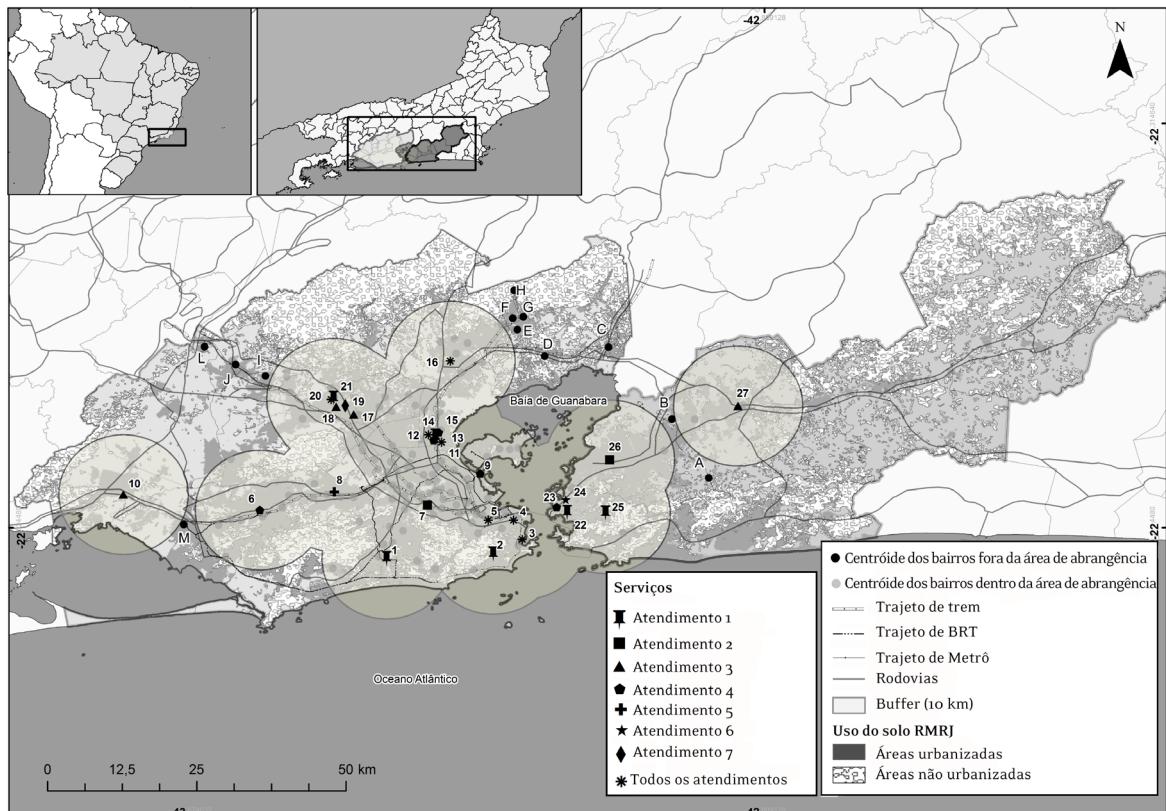
Quadro 2 – Continuação

Regiões de saúde	Municípios	Nome das unidades de saúde especializadas	Serviços	Classes
Metropolitana I	Itaguaí	10 – Centro Especializado de Fisioterapia e Fonoaudiologia (CEFF)	Físico e auditivo	Atendimento 3
		II – Hospital Caxias D'Or*	Todos os serviços	Todos os atendimentos
	Duque de Caxias	I2 – Instituto de Audiologia Santa Catarina	Auditivo	Atendimento 4
		I3 – Centro de Atenção ao Portador de Deficiências (CEAPD)	Intelectual e físico	Atendimento 1
		I4 – Centro Especializado em Reabilitação	Todos os serviços	Todos os atendimentos
		I5 – Policlínica SASE Caxias	Auditivo	Atendimento 4
		I6 – Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Todos os serviços	Todos os atendimentos
	Nova Iguaçu	I7 – Centro de Ações Integradas Castorina Faria Lima – Caiesp	Físico e auditivo	Atendimento 3
		I8 – Associação das Crianças Excepcionais de Nova Iguaçu (Aenci)	Físico e auditivo	Atendimento 3
		I9 – Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD)	Físico	Atendimento 7
		I0 – Hospital Geral de Nova Iguaçu – Hospital da Posse	Todos os serviços	Todos os atendimentos
		I1 – Centro Especializado De Saúde Paul Harris	Intelectual e físico	Atendimento 1
Metropolitana II	Niterói	I2 – Associação Fluminense de Reabilitação	Intelectual e físico	Atendimento 1
		I3 – Fundação Municipal de Saúde Policlínica Sylvio Picanço	Auditivo	Atendimento 4
		I4 – Associação Fluminense de Amparo aos Cegos (Afac)	Visual e intelectual	Atendimento 6
		I5 – Associação Pestalozzi de Niterói	Intelectual e físico	Atendimento 1
	São Gonçalo	I6 – Associação Brasileira de Assistência ao Excepcional (Abrae)	Auditivo e intelectual	Atendimento 2
	Itaboraí	I7 – Associação Pestalozzi Itaboraí	Físico e auditivo	Atendimento 3
	Observações:	<p>*Estabelecimentos da iniciativa privada</p> <p>Todos os serviços: físico, auditivo, visual e intelectual</p> <p>Físico = médico fisioterapeuta e ortopedista</p> <p>Auditivo = médico fonoaudiologista</p> <p>Intelectual = Médico neurologista</p> <p>Visual = Médico oftalmologista</p>		

No entanto, a grande maioria das unidades especializadas não reúne todos os serviços de saúde necessários para a estimulação precoce dessas crianças, o que obriga aos cuidadores realizarem múltiplos deslocamentos para a obtenção de todos os atendimentos/tratamentos necessários. Esse fato foi comprovado ao analisar as informações fornecidas pela Secretaria de Saúde e pelo CNES.

A RMRJ I é a mais bem atendida por unidades de saúde especializadas, ainda que não se possa afirmar com os dados que dispomos neste estudo, que os serviços existentes tenham capacidade suficiente para suprir todas as necessidades de atendimento geradas pela epidemia de Zika de 2015 e de 2017. Comparativamente, a RMRJ II é a menos assistida (Figura 3).

Figura 3 – Zonas de cobertura das unidades de atendimento especializadas para crianças com SCZ nas RMRJ I e II



De um modo geral, grande parte dos bairros que notificaram casos de SCZ está assistida em um raio de 10km por pelo menos uma unidade de saúde especializada. A situação mais negativa se encontra nos bairros que pertencem a municípios da região de saúde Metropolitana II, ao todo nove bairros não se encontram dentro desse raio de 10km.

Na Metropolitana I, somente três bairros não se encontram dentro desse raio de alcance proposto. No bairro de Santa Cruz, no município do Rio de Janeiro, foram confirmados 5 casos de SCZ no período, e nesse bairro a distância até uma unidade com todos os atendimentos necessários ultrapassa os 10km (Figura 3 e Quadro 3).

Quadro 3 – Bairros fora do limite de 10km das unidades de saúde especializadas para crianças com SCZ nas RMRI e II

Regiões de saúde	Bairros	Número de casos	Municípios	Unidade de saúde mais próxima	Transporte	Distância/tempo médio	Unidade com todos os atendimentos mais próxima	Municípios	Distância/tempo médio
A – Cabucu	–	1	Itaboraí	27 – Associação Pestalozzi Itaboraí	Particular Coletivo	17km/4 minutos 17km/2 horas, 16 minutos	5 – Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark	Rio de Janeiro	6,4km/1 hora, 17 minutos
B – Gebara	–	1	Itaboraí	27 – Associação Pestalozzi Itaboraí	Particular Coletivo	15km/29 minutos 15km/1 hora, 21 minutos	4 – Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer	Rio de Janeiro	6,4km/4 horas, 41 minutos
C – Comendador Reis	–	1	Magé	16 – Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Particular Coletivo	31km/33 minutos 31km/2 horas, 13 min	16 – Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Duque de Caxias	4,7km/50 minutos
D – Suruí	–	1	Magé	16 – Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Particular Coletivo	22km/26 minutos 22km/3 horas, 39 minutos	16 – Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Duque de Caxias	31km/33 minutos 31km/2 horas, 13 min
E – Jardim Novo Horizonte	–	1	Magé	16 – Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Particular Coletivo	17km/21 minutos 17km/2 horas, 4 minutos	16 – Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Duque de Caxias	22km/26 minutos 22km/3 horas, 39 minutos
F – Vila Inhamorim	–	1	Magé	16 – Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Particular Coletivo	20km/28 minutos 20km/1 hora, 34 minutos	16 – Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Duque de Caxias	17km/21 minutos 17km/2 horas, 4 minutos
G – Piabetá	–	1	Magé	16 – Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Particular Coletivo	20km/30 minutos 20km/1 hora, 35 minutos	16 – Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Duque de Caxias	20km/28 minutos 20km/1 hora, 34 minutos
H – Raiz da Serra	–	1	Magé	16 – Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Particular Coletivo	22km/40 minutos 22km/1 hora, 40 minutos	16 – Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Duque de Caxias	20km/30 minutos 20km/1 hora, 35 minutos
I – São Francisco	–	1	Magé	20 – Hospital Geral de Nova Iguaçu	Particular Coletivo	20km/34 minutos 20km/1 hora, 41 minutos	20 – Hospital Geral de Nova Iguaçu	Nova Iguaçu	22km/40 minutos 22km/1 hora, 40 minutos
J – Engenheiro Pedreira	–	1	Japeri	20 – Hospital Geral de Nova Iguaçu	Particular Coletivo	24km/31 minutos 24km/1 hora, 9 minutos	20 – Hospital Geral de Nova Iguaçu	Nova Iguaçu	20km/34 minutos 22km/1 hora, 41 minutos
L – Nova Belém	–	1	Japeri	20 – Hospital Geral de Nova Iguaçu	Particular Coletivo	41km/39 minutos 41km/1 hora, 30 minutos	20 – Hospital Geral de Nova Iguaçu	Nova Iguaçu	24km/31 minutos 24km/1 hora, 9 minutos
M – Santa Cruz	5	Rio de Janeiro	–	6 – Centro Municipal de Saúde Belizário Penna	Particular Coletivo	15km/31 minutos 15km/4/8 minutos	5 – Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark	Rio de Janeiro	4,4km/39 minutos 4,4km/1 hora, 30 minutos
Metropolitana I									
Metropolitana II									

Observação: A distância e o tempo médio foram calculados pela plataforma My Maps (Google), considerando o percurso terrestre mais curto.

A situação ideal para o atendimento das crianças afetadas pela SCZ seria a de unidades de tratamento e reabilitação que reunissem todos os serviços necessários (diferentes especialidades), entretanto, isso só ocorre em algumas unidades de saúde que estão concentradas na região central da cidade do Rio de Janeiro. Apesar dessas unidades estarem razoavelmente ligadas aos demais municípios da Região de Saúde Metropolitana I, seja por vias expressas, por trens interurbanos e por linhas do metrô, a grande extensão do município faz com que aqueles mais periféricos (Itaguaí, Seropédica, Japeri e Queimados, na Metropolitana I, e Silva Jardim, Rio Bonito e Tanguá, na Metropolitana II) sejam os mais prejudicados em termos de acessibilidade a essas unidades de saúde, dada a distância e o tempo de viagem até esses centros (Quadro 3).

Os demais polos de atendimento se encontram no município de Nova Iguaçu e de Duque de Caxias, que, em princípio, poderiam atender parte da demanda da população da Baixada Fluminense com menores deslocamentos, do que a ida até o centro do município do Rio de Janeiro, entretanto o volume dessa demanda pode ultrapassar a capacidade das referidas unidades.

Outro elemento que contribui para o acesso à saúde nas diferentes unidades territoriais é a cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que pode ser medida pela proporção de domicílios atendidos. Essa é também uma forma de medir a cobertura da AB em uma determinada unidade territorial. No estado do Rio de Janeiro essa cobertura alcançou, no ano de 2017, 68,6% da população. Esse nível de cobertura é considerado baixo, haja vista que a RMRJ I possui a segunda pior cobertura dentre todas as regiões de saúde do estado (Rio de Janeiro, 2018). Em contrapartida a cobertura na Metropolitana II é maior, alcançando 80% da população.

Cabe destacar que na estruturação da AB o papel dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) é muito importante, pois eles atuam de forma integrada com as equipes de AB. O NASF trabalha de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. No caso das famílias afetadas pela SCZ, principalmente aquelas residentes em áreas de alta vulnerabilidade social, esse apoio é de fundamental importância.

Nos NASF, bem como nas unidades de Saúde da Família, podem atuar profissionais muito importantes para o tratamento e a reabilitação das crianças com SCZ, como os fisioterapeutas e os terapeutas ocupacionais.

Em 2018, existiam na RMRJ I 139 fisioterapeutas nas unidades de AB e 108 nas equipes dos NASF. Os terapeutas ocupacionais eram 17 nas unidades da AB e 24 nos NASF.

Os fisioterapeutas na AB e NASF da RMRJ I estavam concentrados no município do Rio de Janeiro (40 AB e 76 NASF) e em Nova Iguaçu (3 AB e 14 NASF). Os terapeutas ocupacionais, em contrapartida, concentravam-se no Rio de Janeiro (15 AB e 22 NASF) e em Belford Roxo (2 AB e 1 NASF).

Existiam 27 fisioterapeutas na Metropolitana II, sendo 27 na AB e 49 nos NASF. Os terapeutas por sua vez eram 17 na AB e 24 nos NASF.

Os fisioterapeutas da RMRJ II estavam concentrados no município de São Gonçalo (38 AB e 2 NASF) e em Maricá (6 AB e 9 NASF). Os terapeutas ocupacionais eram raros e se concentram em Niterói (9 na AB) e em São Gonçalo (2 na AB).

Em suma, do ponto de vista da acessibilidade aos CER a situação da RMRJ I é a melhor do estado do Rio de Janeiro. Por outro lado, a porção leste da RMRJ II era a que tinha a pior acessibilidade.

É preciso, no entanto, lembrar que a acessibilidade aos serviços também varia conforme as condições dos usuários, no caso familiares (primordialmente mães) de crianças afetadas pela SCZ, que frequentemente torna extremamente difícil e sofrida as viagens de ida e volta aos serviços de saúde e de reabilitação. A alta frequência semanal das viagens para realização dos tratamentos, e as condições das próprias crianças, que podem ter episódios de convulsões durante o trajeto e outras intercorrências são circunstâncias difíceis de lidar em locais públicos, particularmente em transportes coletivos, muitas vezes superlotados, sem conforto ambiental, sem ar-condicionado, barulhentos e desconfortáveis.

Discussão

A acessibilidade aos serviços especializados de saúde (tratamento e reabilitação) das mães, pais e familiares que se ocupam das crianças com SCZ é

um elemento importante a ser considerado quando analisamos a epidemia de Zika e suas consequências ao longo do tempo.

O estado do Rio de Janeiro foi altamente afetado pela epidemia de Zika de 2015, sendo o terceiro em número de casos de microcefalia devido ao vírus da Zika no país. As crianças que nasceram com a SCZ nessa epidemia estão hoje na faixa entre três e cinco anos de idade e desde os primeiros dias de vida necessitam de uma série de cuidados especiais que exigem muita dedicação das mães, pais e familiares responsáveis. A maioria das mães acabam sendo obrigadas a parar de trabalhar para cuidar dessas crianças e frequentemente se encontram em situação de esgotamento físico e psicológico (Human Rights Watch, 2017).

O acesso à saúde é visto como a possibilidade de utilizar, de forma adequada, os serviços de saúde quando necessário. Ele envolve diferentes dimensões como: a disponibilidade, a capacidade de pagamento, a aceitabilidade e a informação (Thiede; Akweongo, 2014; Travassos e Martins, 2004). A acessibilidade geográfica é um importante componente do acesso que merece ser analisada em se tratando de uma síndrome que exige inúmeros e frequentes cuidados, tratamentos e atividades de reabilitação e que afeta principalmente crianças com problemas de locomoção.

Neste estudo buscamos analisar a acessibilidade aos CER das crianças com SCZ na RMRJ. A literatura é escassa em estudos que buscam analisar esse aspecto da epidemia e suas consequências na população. No levantamento bibliográfico realizado há outros estudos de acessibilidade na RMRJ, mas nenhum relacionado ao problema da SCZ.

Girão, Pereira e Fernandes (2017) criaram um índice de acessibilidade para a RMRJ, no qual definem a acessibilidade como a facilidade de acesso dos indivíduos aos locais de empregos, lazer, estudo, equipamentos públicos, entre outros, estando relacionada tanto ao uso do solo como à configuração do sistema de transportes, concluindo que os maiores valores de acessibilidade estão concentrados na porção central da RMRJ, abrangendo a região central e a zona norte do município do Rio de Janeiro, além da porção sul da Baixada Fluminense, incluindo os municípios de Nilópolis, Mesquita, São João de Meriti e a parte sul de Duque de Caxias. Tal resultado é explicado pela presença de diversos modais de alta

capacidade atendendo essa região, principalmente trem e metrô. Esses achados corroboram os nossos à medida que também encontramos que essas regiões da cidade, apesar de serem as mais afetadas pela epidemia, também são as que possuem maior acessibilidade.

Em contrapartida o mesmo estudo demonstra que a região leste da RMRJ é a mais prejudicada em termos de acessibilidade, ou seja, as famílias de crianças com SCZ que aí vivem têm maiores dificuldades de acessar todos os serviços de saúde necessários na rotina dos tratamentos e de reabilitação das crianças.

A partir das conclusões do estudo de Girão, Pereira e Fernandes (2017), de que quanto menor a renda domiciliar *per capita*, menores são os valores médios do índice de acessibilidade em cada setor da RMRJ, podemos presumir que do ponto de vista da vulnerabilidade social, a famílias que vivem em áreas de menor acessibilidade são as que têm menores recursos financeiros para se deslocar cotidianamente para os centros de tratamento e reabilitação.

Outro estudo aponta que a “rotina agitada de sessões de terapia e consultas médicas” estressa tanto as mães quanto as crianças, particularmente aquelas que viajam longas distâncias para ter acesso aos serviços, e mostra que, conforme essas crianças vão crescendo, as dificuldades tendem a aumentar, dado que aquelas que não conseguem caminhar têm de ser carregadas no colo ou em carrinho, e os transportes públicos não estão adaptados para esse tipo de situação (Human Rights Watch, 2017).

Um outro aspecto apontado pelo referido estudo é que as mães de crianças com SCZ que têm outros filhos acabam tendo menos disponibilidade para cuidar dos demais filhos (Diniz, 2016).

O abandono ou dispensa do trabalho é mais uma situação que ocorre com essas mães, dado que muitas vezes a rotina dos tratamentos exige uma frequência de 4 a 5 consultas/sessões de fisioterapia por semana.

As mães são em geral as principais cuidadoras dessas crianças e suas vidas são profundamente alteradas após o nascimento de filhos com deficiência (Brito, 2010; Diniz, 2016). Falta o devido apoio do Estado e da sociedade para essa difícil tarefa. Muitas mães de crianças com a síndrome de Zika relataram à Human Rights Watch que enfrentaram obstáculos

ao acesso a informações adequadas e ao apoio, tanto no momento do nascimento quanto depois, à medida que seus filhos crescem e se desenvolvem. As dificuldades vão desde a compra de medicamentos caros, o deslocamento frequente aos centros urbanos para consultas e a manutenção de um trabalho remunerado (Human Rights Watch, 2017).

Considerações finais

Embora a rede de serviços de saúde, a disponibilidade de profissionais de saúde e a cobertura da atenção básica seja relativamente elevada na RMRJ, os desafios e responsabilidades que a epidemia de Zika e suas consequências colocam para a sociedade e para o poder público são enormes. O término da emergência em saúde pública foi declarada em novembro de 2016, quando o número de casos novos de SCZ caíram consideravelmente, mas em 2017 ainda ocorreram novos casos de SCZ e as crianças nascidas durante a epidemia e suas famílias continuam a levar as suas vidas tendo que enfrentar inúmeros obstáculos diários de diversas ordens para poder proporcionar aos seus filhos os cuidados necessários para uma vida digna.

Na atual fase pós-epidêmica, surgem novas preocupações, pois algumas crianças estão chegando em fase escolar e sabe-se de antemão do despreparo da rede escolar para acolher devidamente esses indivíduos em situação especial e em situação de vulnerabilidade. Além disso, muitos aspectos importantes da epidemia não tiveram a devida atenção das autoridades, como foi o caso dos direitos reprodutivos das mulheres.

A possibilidade de uma nova onda epidêmica de ZIKV é real e apesar dos enormes avanços alcançados do ponto de vista do conhecimento clínico, os aspectos socioambientais foram e continuam em segundo plano, para não dizer negligenciados. Cabe à comunidade científica e à sociedade organizada, em especial aos coletivos de mães e pais de crianças com SCZ, pressionar as autoridades para que avancem também nessas questões, bem como continuem a concentrar esforços para a melhoria do acesso, e das condições de acessibilidade aos serviços especializados de tratamento e reabilitação.

É dever do poder público proporcionar condições satisfatórias para o deslocamento dessas crianças aos locais de tratamento, reduzindo a carga física e emocional que enfrentam as mães e responsáveis, cuidadores dessas crianças, além de proporcionar o melhor tratamento possível para que essas crianças possam atingir todos os potenciais à que têm direito.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, desafios, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139
- BRITO, V. R. S. Incidência de malformação congênita e atenção em saúde nas instituições de referência. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 29-37, 2010. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo_oai?id=324027972003. Acesso em: 14 maio 2020.
- DINIZ, D. Vírus Zika e mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, 2016.
- FANTINATO, F. F. S. T. et al. Descrição dos primeiros casos de febre pelo vírus Zika investigados em municípios da região Nordeste do Brasil, 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 25, n. 4, p. 683-690, 2016.
- GIRÃO, R. E. S.; PEREIRA, W. A. A.; FERNANDES, P. J. F. Accessibility index elaboration by network geospatial analysis. *Mercator*, Fortaleza, v. 16, n. 16011, p. 1-20, 2017.
- HUMAN RIGHTS WATCH. *Esquecidas e desprotegidas: o impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no Nordeste do Brasil*. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.hrw.org/pt/report/2017/07/12/306265>>. Acesso em: 10 out. 2018.
- PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Uma avaliação do impacto socioeconômico do vírus Zika, na América Latina e Caribe*: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso. Nova York, 2017. Disponível em: <<https://www.undp.org/content/dam/rblac/>>

docs/Research%20and%20Publications/HIV/UNDP-RBLAC-Zika-07-20-2017-Portuguese-WEB.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *Plano de execução da estratégia de fortalecimento das ações de cuidado das crianças suspeitas ou confirmadas por SCZ e Storch do estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2259-plano-scz-storch-final-20-06-2018/file.html>>. Acesso em: 20 set. 2019.

THIEDE, M.; AKWEONGO, P. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, D.; GAVIN, M.

Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 137-161.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

VICTORA, C. G. et al. Microcephaly in Brazil: how to interpret reported numbers? *The Lancet*, Londres, v. 387, n. 13, p. 621- 624, 2016.

ZANLUCA, C. et al. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 110, n. 4, p. 569-572, 2015.

Contribuição dos autores

Os autores participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Recebido: 03/02/2020

Reapresentado: 13/04/2020

Aprovado: 05/05/2020