Políticas Emergenciais em Saúde:

os paradoxos da epidemia
do Zika vírus

Paula de Souza Silva Freitas*, Gabriella Barreto Soares*, Adauto Emerich Oliveira*, Elda Coelho de Azevedo Bussinguer**, Ethel Leonor Noia Maciel*

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, algumas transformações aconteceram e impactaram a saúde pública dos países, refletindo na vida das pessoas e na economia mundial. Epidemias de doenças antigas reemergem, como cólera, febre amarela e dengue, ao passo que doenças mais recentes, como Aids, febre hemorrágica pelo vírus ebola, hantavirose, febre do Nilo ocidental, síndrome respiratória aguda grave e influenza aviária, passam a afetar grandes contingentes populacionais ou apresentar risco de disseminação pelo mundo (CARMO *et al.*, 2008). Todo esse cenário desafia as autoridades de saúde, órgãos e instituições na instauração

*Programa de Pós-Graduação em Saúde coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

**Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Direito de Vitória (FDV)

de dispositivos biopolíticos¹ de controle dos corpos e medidas sanitárias na regulação do “modo de andar à vida” dos indivíduos.

Este panorama pode ser explicado pela globalização das doenças, ou seja, a difusão dos mesmos quadros mórbidos por todas as partes do mundo. Somente no século XIX, as autoridades sanitárias constataram os pressupostos de uma ação eficaz no combate a esse tipo de globalização, principalmente com enfoque nas doenças causadoras de muitas mortes. Esses pressupostos arraigavam na tríade: o conhecimento das causas dessas doenças; a determinação de tratamentos preventivos e terapêuticos; a vontade de combatê-las no plano internacional (BERLINGUER, 1999).

No que se refere ao interesse internacional em investir em pesquisas, combate e controle de doenças, cabe frisar que está fortemente relacionado com interesses econômicos. Primeiramente, os organismos internacionais detentores do investimento avaliam em que medida aquela doença pode impactar o comércio internacional e atingir os países desenvolvidos (BERLINGUER, 1999; BUENO, 2017). Na medida desse risco, a indústria farmacêutica, que embasa suas atividades de pesquisa e desenvolvimento orientadas pelo lucro, investe no combate de determinada doença. O investimento em doenças negligenciadas, entendidas aqui como as que atingem populações marginalizadas, de baixa renda, e localizadas em países pobres ou em desenvolvimento, quando ocorre, não é feito de forma proporcional a alta carga da doença e sim a sua capacidade de dispersão e de afetamento na economia global.

Assim, o estabelecimento de políticas públicas direcionadas ao confronto de problemas que envolvem grupos vulneráveis e doenças negligenciadas, fica condicionado aos interesses de grupos econômicos e suas avaliações do potencial de lucratividade que este ou aquele agravo possa ter. Os fundamentos que sustentam a implementação de

¹O termo biopolítico é uma expressão Foucaultiana que corresponde a um dispositivo cuja finalidade é produzir formas de vida determinadas, num processo generalizado de politização da vida, combinando tecnologias de disciplina – centradas no corpo individual e no controle de corpos – e tecnologias de segurança – dirigidas às populações como por exemplo as medidas sanitárias (FOUCAULT, 1999).

políticas públicas desta natureza, não estão, assim, vinculados à efetivação de Direitos Humanos, no caso, do Direito Humano Fundamental à vida e à saúde. Eles estão, sim, fortemente atrelados a uma dinâmica toda própria do complexo econômico e industrial da saúde.

Um exemplo clássico que concatena com a afirmação acima é a persistência de doenças microbianas e parasitárias, como a malária, que deriva também da falta de investimentos na pesquisa de vacinas. Esses investimentos estão na proporção de um para cem, comparados os casos da Aids e da malária, mas a única diferença objetiva é que a Aids pode matar ricos e pobres e atingir países desenvolvidos, enquanto a malária é circunscrita aos países pobres (BERLINGUER, 1999).

Assim, acredita-se que esta perspectiva internacional tem influenciado a Organização Mundial da Saúde (OMS), com mais de meio século de história, a declarar “emergência de saúde pública de interesse internacional” somente quatro vezes durante todos esses anos e todas na última década.

A sustentabilidade dessa intencionalidade, no que concerne à “financeirização da OMS” está ancorada no fato do Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial serem os maiores investidores de recursos para a mesma e ditarem as prioridades do órgão. A OMS tem sofrido severas críticas pela perda de protagonismo nas decisões sobre as políticas mundiais de saúde (BERLINGUER, 1999; VENTURA; PEREZ, 2014; BUENO, 2017). Buss e Ferreira (2010) destacam essa perda de protagonismo e poder decisório da OMS, haja visto que seu orçamento regular (contribuição obrigatória dos Estados Membros) está estagnado, crescendo apenas os recursos financeiros com finalidade específica, apontada diretamente pelos doadores. Dentre esses doadores, cabe citar o protagonismo da fundação de Bill Gates e diversas empresas farmacêuticas. Esses atores não apenas ganharam força e poder decisório na OMS nos últimos anos, interferindo nas políticas globais de saúde.

Todas as declarações de emergência de saúde pública

de interesse internacional aconteceram nos últimos sete anos e sob a direção da Dra. Margaret Chan. Em abril de 2009, a política emergencial foi disparada devido ao vírus da gripe H1N1 (gripe suína), com a pandemia que iniciou no México (CHAN, 2009). A segunda declaração, em maio de 2014, concernente ao poliovírus, que diz respeito essencialmente ao risco de propagação ampliado por conflitos armados, em especial na Síria, cujos serviços de vacinação estão gravemente comprometidos (WHO, 2014a). Em agosto do mesmo ano, surge o surto de Ebola na África Ocidental (WHO, 2014b), e, mais recentemente, em fevereiro de 2016, foi lançada a política emergencial sobre o Zika vírus no Brasil (WHO, 2016).

Cada uma dessas políticas emergenciais declaradas, criaram oportunidades de intervenção mais abrangente, permitindo que as autoridades locais tivessem apoio de instituições internacionais para o controle dessas doenças. Tais políticas, no contexto de circulação mundial ampliada de pessoas e mercadorias, algo que aumenta a possibilidade de proliferação de doenças, induzem à adoção de barreiras sanitárias para controlar e reduzir as epidemias, além de favorecer uma vigilância mais proativa (LIMA; COSTA, 2015). Segundo a OMS, a resposta internacional coordenada no caso do Zika vírus e a Síndrome Congênita do Zika, visou melhorar a vigilância, a detecção de infecções, malformações congênitas e complicações neurológicas, além de intensificar o controle dos mosquitos e acelerar o desenvolvimento de testes diagnósticos e vacinas para proteger as pessoas em risco, especialmente durante a gravidez (WHO, 2016).

Uma mobilização que não se observava nos últimos 30 anos de epidemias de dengue foi organizada em pouco mais de um mês, com a incidência crescente de infecção pelo vírus Zika. As consequências desse vírus, em especial a epidemia da Síndrome Congênita do Zika (SCZ) – nova denominação para doença, visto que a microcefalia congênita não está presente em todas as crianças afetadas pela síndrome, emerge em outubro de 2015 como uma tragédia

sanitária e humanitária no Brasil (COSTA, 2016). Os dados assustaram e alarmaram pesquisadores no mundo, sendo a região Nordeste a mais atingida, em especial localidades pouco desenvolvidas, incluindo zonas urbanas densamente povoadas e áreas remotas onde a SCZ se concentra principalmente entre as mulheres pardas e negras que vivem em situação de extrema pobreza (DINIZ, 2016a). A nova epidemia já desenhava sua determinação social ligada à pobreza, péssimas condições de habitação, ausência de planejamento e desenvolvimento da urbanização e saneamento básico inexistente.

Em Pernambuco, estado que mais sofreu com a epidemia do Zika, 97% dos nascimentos dos bebês com SCZ se deu em hospitais do SUS, sendo que 77% das famílias afetadas estão na linha de extrema pobreza e vivem em locais que não dispõem de rede de abastecimento de água, coleta de lixo, redes de esgoto e drenagem inadequados (COSTA, 2016). Nesse ambiente, tão insalubre aos humanos, há perfeitas condições para a reprodução do mosquito vetor do Zika vírus. Por isso, a relevância e centralização dos esforços públicos não deveria ser no ataque ao vetor e sim no tensionamento de políticas ambientais para eliminar os criadouros por meio de investimento em saneamento básico, entendido aqui como: tratamento de água, esgoto, drenagens e resíduos sólidos (MARICATO, 2016). Nota-se que o ambiente e o espaço onde as pessoas vivem está diretamente ligado ao risco de exposição e infecção pelo Zika vírus, portanto, compreender e atuar sobre os determinantes sociais no processo saúde-doença do Zika é condição *sine qua non* para vencer essa emergência em saúde pública.

Pesquisadores e militantes da saúde pública no Brasil, em especial os pertencentes ao grupo temático Saúde e Ambiente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), têm questionado sobre a limitação das ações propostas pelos órgãos e instituições nacionais e internacionais relacionadas à epidemia do Zika vírus. Eles indagam se a estratégia oficial de controle da epidemia pelo combate químico (larvicida e fumacê) ao *Aedes aegypti*, alternativa

ineficaz, é realmente suficiente para proteger as pessoas da infecção (ABRASCO, 2016). A argumentação da ineficiência da metodologia de combate do *Aedes aegypti* se ancora em primeiro lugar na história, que demonstra que após a primeira campanha de combate ao vetor em 1947, no qual comemorou-se inadvertidamente a erradicação do mosquito, nunca mais logrou-se êxito no combate. Diversos planos de enfrentamento, com nomenclaturas diversas se sucederam à campanha da década de cinquenta, todos com foco no combate químico do vetor e responsabilização da população, minimizando o papel do poder público em realizar uma ampla reforma urbana (GADELHA; CARNEIRO, 2016). Em segundo lugar, a argumentação de ineficiência baseia-se na constatação de que vivemos, nos últimos anos, uma sequência de grandes epidemias de dengue que assolam nossos estados (CARNEIRO, 2016).

Nessa perspectiva, este ensaio visou compreender o modo como os órgãos e instituições nacionais e internacionais de saúde têm se posicionado diante das situações de emergências em saúde pública de dimensão mundial, em especial quanto ao caso do Zika vírus. Buscou-se refletir sobre as principais políticas de combate ao Zika vírus por estes organismos. Esta pesquisa possui caráter exploratório, uma vez que a formulação emergencial de políticas públicas voltadas ao contexto da saúde é um fenômeno raro e pouco estudado.

A principal hipótese que sustentou essa investigação foi que “as medidas adotadas pelas políticas públicas nacionais e internacionais de caráter emergencial apresentam pouca atenção aos determinantes sociais do processo saúde-doença da infecção pelo Zika vírus e da Síndrome Congênita do Zika”. Consequentemente, há uma centralidade das ações do poder público em dar as respostas à sociedade com ênfase no combate ao vetor, colocando, assim, o mosquito como o “vilão” a ser atacado. Soma-se a isso à culpabilização da população, uma vez que o foco das campanhas governamentais salienta a limpeza do interior das residências como principal ação, esvaziando assim o papel da gestão pública na promoção de cidades saudáveis e ha-

bitáveis como medida efetiva no enfrentamento ao surto de Zika vírus.

SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA: GLOBALIZAÇÃO, ATUAÇÃO DA OMS E MS NO CONTROLE DAS EPIDEMIAS

Ao longo da história, inúmeras doenças, endemias e epidemias dizimaram populações e estimularam a organização da saúde pública enquanto aparato estatal para o controle de emergências em saúde, algo necessário para a própria sobrevivência da humanidade. No que concerne ao Brasil, cabe citar a varíola, a malária, a febre amarela, a tuberculose e a peste bubônica como doenças que desafiaram as autoridades, órgãos e instituições na instauração de dispositivos estatais de controle dos corpos e medidas sanitárias.

No século XX, a globalização trouxe a urgência de arranjos dos organismos internacionais e nacionais na atuação de emergências de saúde pública, visto que uma emergência em saúde de âmbito nacional podia velozmente ganhar contornos mundiais e catastróficos. Inicialmente, essa organização se deu por meio de Convenções Sanitárias Internacionais e, a *posteriori*, por Regimentos Sanitários Internacionais (RSI). Os RSI são um apelo em favor da diplomacia de saúde nos níveis governamentais local, nacional e internacional. Para obter sucesso no cumprimento do regimento, é necessário o exercício político para promover a formulação de leis e disposições administrativas para implementação do RSI (MENDONZA, 2007). O RSI, adotado pela Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2005, integra um conjunto de mecanismos de governança global da saúde, sendo um importante aparato legal que consolida os esforços de securitização da saúde pública. O foco são medidas de vigilância e de respostas às emergências voltadas para a contenção de doenças de potencial alcance internacional e que demandam cooperação para serem enfrentadas (BAKER; FILDES, 2006).

As razões que determinam a implantação dos RSI pelos órgãos públicos podem ser a manifestação de uma doença

ou uma ocorrência que cria um potencial para desenvolvê-la. O que incluem os fatores de risco, não se limitando ao óbito por determinada doença. Também não são restritos à ocorrência de doenças transmissíveis, mas contemplam, ainda, problemas de saúde de natureza química, radionuclear ou decorrentes de desastres ambientais, como terremotos, inundações ou secas, mas todas elas devem apresentar o risco de atingir outros países e a economia global (WHO, 2005). Nesse sentido o RSI deve balizar direitos individuais e coletivos, assegurando segurança máxima contra a proliferação de doenças, com mínima interferência e embaraços no comércio.

A deflagração da epidemia de SARS, ao final de 2002, ilustra o impacto que um novo vírus pode ter no mundo globalizado, carente de uma rede de vigilância e resposta sanitária organizada em escala mundial (ZYLBERBAN, 2012). Essa manifestação extraordinária da doença SARS influenciou a implementação do novo RSI, que está vigente em 196 países desde junho de 2007. O regimento representou um marco para a saúde pública internacional, tornando-se um importante instrumento para que os estados-membros se preparassem para ocorrências de emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, e contribuindo para fortalecer a capacidade do país na detecção de riscos e nas respostas às emergências de saúde pública (CARMO, 2013).

Com base no RSI, o Comitê de Emergência da OMS pode, nos casos que se fizerem necessários, decretar situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), no caso de eventos extraordinários que constituírem um risco para a saúde pública devido à propagação internacional de doença e potencialmente exigirem uma resposta internacional coordenada (BRASIL; ANVISA; OMS, 2009).

Uma crítica à ESPII é a evidencia de que sistemas de vigilância eficientes podem ser a melhor resposta para a segurança dos países desenvolvidos, mas infelizmente são

limitados quando se trata da segurança sanitária das populações do mundo em desenvolvimento, que convivem com as doenças relacionadas à pobreza. É fato que, do ponto de vista das ESPIIs, não importa que a doença exista, importa evitar que ela saia do lugar onde deveria ter ficado, preferencialmente bem longe dos países ricos, principalmente dos Estados Unidos (VENTURA, 2016). É necessário e urgente, portanto, refletir sobre o fato de que a grande ameaça sanitária é a iniquidade social entre os povos dos diversos países, e que o uso de instrumentos regulatórios como os abordados aqui ou a criação de sistemas de vigilância aperfeiçoados são insuficientes para enfrentar as epidemias se não forem acompanhados de medidas de equidade social. (HENRIQUES, 2001). A lógica predominante em instrumentos como as ESPII é a de contenção e nem sempre resolução de crises. Nesse sentido, a saúde global continua privilegiando os interesses das nações desenvolvidas. Na maioria das vezes, o foco da contingência são as doenças infecciosas que têm o potencial de atingir os países do hemisfério Norte, e não se implementam medidas e políticas mais igualitárias que permitam reduzir as grandes desigualdades que ainda persistem na saúde global (NUNES; PIMENTA, 2016).

Cabe salientar que uma situação de ESPII pode transcender o setor saúde e repercutir diretamente em alguns segmentos da economia, trazendo comprometimento econômico de nível internacional, podendo causar mortalidade em grande escala e até mesmo gerar tensões entre países. Por isso, os países signatários têm direito a liberação de verbas de urgência, com desburocratização do uso de dinheiro público e sistemática transferência de informação, além de receberem suporte profissional e orientação da OMS. No entanto, o país signatário que é auxiliado pela OMS, tem o dever de cumprir um plano de resposta à emergência de saúde pública, bem como o dever de compartilhar todas as informações epidemiológicas necessárias, além dos prováveis danos no turismo e no comércio das regiões de risco e de prejuízos na economia da região (BRASIL; ANVISA; OMS, 2009).

No cumprimento do RSI no Brasil, cabe ao Estado, entre

outras competências, garantir a segurança sanitária na ocorrência de Emergências de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) para não se tornarem de importância internacional, além de organizar medidas administrativas que limitem o exercício de direitos e liberdades individuais de viajantes e, também, exercer o controle sanitário de cargas e meios de transportes (LIMA; COSTA, 2015). Segundo o Decreto nº 7.616, de 2011, a declaração de ESPIN ocorre nas situações de surtos, epidemias, desastres ou desassistência à população que extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou, especificamente, nas situações epidemiológicas que *“apresentem risco de disseminação nacional, sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados, representem a reintrodução de doença erradicada ou apresentem gravidade elevada”* (BRASIL, 2011).

No contexto do RSI, foi institucionalizado o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CIEVS/MS), que possui diversos CIEVS espalhados pelo país, como estratégia de vigilância para desenvolver os processos de detecção, avaliação e notificação das potenciais emergências em saúde pública de importância nacional e internacional (BRASIL, 2011). Dessa forma, o CIEVS/MS trabalha ativamente nos processos de busca ativa, recebimento de dados, avaliação, acompanhamento sistemático e compartilhamento de informações referentes aos eventos de saúde pública, tanto em âmbito nacional quanto internacional (BRASIL, 2010; SOUZA, 2013). Os CIEVS funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, monitorando as informações recebidas pelos serviços de saúde e quaisquer outras informações, inclusive aquelas noticiadas nos jornais e em outros tipos de mídia (BARRETO, et. al., 2011). Esses centros ampliam a capacidade de detecção e resposta a toda emergência de saúde pública de importância nacional e surge como uma ferramenta fundamental para o combate de pandemias, fortalecendo a capacidade de resposta já existente (CARMO, 2008). Foi por meio desses Centros que o Ministério da Saúde verificou a alteração no padrão epidemiológico

de ocorrências de SCZ em Pernambuco, com a observação de aumento do número de casos e padrão clínico não habitual. Para além da região Nordeste, a investigação local demandava uma resposta coordenada das ações de saúde de competência da vigilância e atenção à saúde, entre as três esferas de gestão do SUS. Com isso, foi declarado, em novembro de 2015, Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), usando pela primeira vez no Brasil o mecanismo criado em 2011 pela Portaria nº 2.952 (BRASIL, 2015). Essa situação de emergência trouxe inicialmente um pânico na população, principalmente pelas notícias divulgadas nos meios de comunicação. Além disso, foram observadas dificuldades na luta contra a epidemia devido à falta de conhecimento sobre as causas da infecção e falta de transparência nos dados do Ministério da Saúde (OSORIO-DE-CASTRO, 2017).

No cenário internacional, em fevereiro de 2016, a Diretora Geral da OMS declarou que o recente diagnóstico de casos de SCZ e outros distúrbios neurológicos relatados no Brasil, depois de uma epidemia na Polinésia Francesa, em 2014, constitui uma ESPII. O aumento dos casos de microcefalia no Brasil coincidiu com a introdução das primeiras epidemias de doenças pelo vírus Zika no Brasil e no resto da América Latina. Inevitavelmente, esta coincidência rapidamente estabeleceu a hipótese de uma associação causal entre a infecção pelo Zika vírus e as mães com recém-nascidos com complicações neurológicas (WHO, 2016). Com a declaração, o Comitê de Emergência emitiu duas recomendações principais: a primeira foi a de padronizar e incrementar a vigilância de microcefalia nas áreas afetadas pelo Zika e, a segunda, aumentar a pesquisa sobre a etiologia desses surtos para determinar se há relação causal com o vírus. Uma das diferenças em relação à situação de emergência do Ebola com o Zika é a de que, no primeiro caso, a emergência foi declarada pelo que já se sabia sobre a doença e, no segundo, pelo que não se sabia (HEYMANN, 2016).

O ZIKA VÍRUS ENQUANTO SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA

Antes mesmo de se tornar uma situação de Emergência em Saúde Pública, o Zika vírus (um flavivírus emergente transmitido pelo mosquito *Aedes*) foi inicialmente isolado de um macaco na floresta Zika, em Uganda, em 1947. Após a primeira infecção por Zika, foram notificados casos esporádicos no Sudeste Asiático e na África Subsaariana (HAYNES, 2009). Em 2015, houve um aumento dramático da infecção por Zika nas Américas, sendo o Brasil o país mais afetado, com estimativa média de um milhão e meio de casos de infecção pelo vírus, número considerado elevado se comparado aos 500 mil casos de dengue e 9,3 mil casos de chikungunya registrados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no mesmo ano no país (ARTRAL, 2016).

O quadro clínico clássico da infecção por Zika assemelha-se ao da dengue e chikungunya, com manifestações de febre, dor de cabeça, artralgia, mialgia e erupção cutânea, ou seja, um complexo de sintomas que dificulta o diagnóstico diferenciado. Os casos de anormalidades neurológicas e Síndrome de Guillain-Barré, bem como defeitos congênitos como microcefalia, foram estabelecidos como consequência da infecção pelo Zika vírus (CAUCHEMEZ, *et al* 2016; BRASIL, *et al* 2016).

Ainda no início do surto de microcefalia, sem a certeza da relação com o Zika vírus, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco solicitou apoio do Ministério da Saúde para ajudar nas investigações dos 26 casos de microcefalia notificados. Com base nos resultados preliminares das investigações clínicas, epidemiológicas e laboratoriais, além da identificação do vírus em líquido amniótico de gestantes com fetos com microcefalia e da identificação de vírus Zika em tecido de recém-nascido, o Ministério da Saúde reconheceu a relação entre o aumento na prevalência de microcefalias no Brasil e a infecção pelo vírus Zika (OLIVEIRA, *et al* 2015).

A microcefalia se relaciona com fatores genéticos, cromossômicos e exposições ambientais da mãe durante o período pré-natal. Corresponde a uma malformação congênita

em que o cérebro não se desenvolve adequadamente, e é caracterizada por um perímetro cefálico inferior ao esperado para a idade e sexo (VARGAS *et al.*, 2016). As crianças microcefálicas podem ter uma cognição normal mesmo que ocorra em um número muito pequeno de casos. Em sua grande maioria, cerca de 90% do total desenvolve alterações motoras e cognitivas que variam conforme o grau de acometimento cerebral (BRASIL, *et al.*, 2016).

Desde maio de 2015, os casos de SCZ aumentaram muito no Brasil, com uma mudança na taxa de 5,6 para 49,9 por 100.000 habitantes (FARIA, *et al.* 2016). A SCZ foi relatada em 21 dos 27 estados brasileiros, em 84,4% dos municípios e 90% dos casos relatados até o início de 2016 eram na região Nordeste, localidade que comporta menos de 30% da população brasileira (BRASIL, 2016). Esta concentração dos casos pode estar relacionada com a maior vulnerabilidade da população, adoecimento por outras arboviroses, além dos determinantes sociais relacionados pobreza, condições sanitárias e de vida.

Segundo Marinho (*et al.* 2016), a prevalência de nascidos vivos microcefálicos foi maior entre mães com idade até 24 ou 40 anos, negras ou pardas, sem curso superior, residentes na região Nordeste do país e autodeclaradas solteiras ou em uma união estável. Neste contexto, as mães que já eram pobres, pouco escolarizadas e com frágil inserção no mundo do trabalho, agora são, também, cuidadoras de crianças com necessidades não protegidas pelo Estado brasileiro (DINIZ, 2016a). A pobreza e condições de vida insalubre se desenham como um potente determinante social do surto de Zika vírus e não há relatos de investimentos na área social para tentar contornar o surto, sendo toda intervenção durante a emergência voltada para o acompanhamento dos casos e a compreensão da história natural da doença.

Uma discussão em torno da falta de estrutura atual indica que crianças nestas condições e suas mães irão levar uma vida de grandes dificuldades. Muito provavelmente, essas

mães terão que abandonar seus empregos ou sobreviver de favores de vizinhos ou parentes, pois não existem instituições adequadas para cuidar dessas crianças durante o dia e garantir um nível mínimo de dignidade (REGO; PALACIOS, 2016).

Não foi a situação descrita anteriormente o motivo pelo qual os órgãos públicos declararam situação de emergência, mas a gravidade da epidemia que surgiu no Brasil e logo passou a representar ameaça em diferentes países do mundo, representada pelo vírus Zika e as graves anomalias causadas por ele, em especial a microcefalia, com aumento rápido e surpreendente de casos de bebês nascidos com problemas neurológicos. Essa ameaça aumentou significativamente a produção científica, com inúmeros trabalhos importantes e esclarecedores, trazendo então uma gama de informações novas.

Mesmo com toda a articulação do MS, da OMS, dentre outras entidades, muitos ainda são os desafios para compreensão dessa epidemia do Zika. Lacunas no conhecimento sobre a síndrome, dificuldades na assistência aos pacientes, ausência de benefício social específico para amparar as famílias afetadas e ocorrência de inúmeros casos em que não há confirmação de que o bebê tem ou não microcefalia, além da dúvida do prognóstico da saúde das crianças, são algumas das questões que ainda devem ser trabalhadas entre os pesquisadores e gestores.

No dia 18 de novembro de 2016, a OMS declarou encerrada a situação de emergência internacional. As justificativas da posição do Comitê de Emergência levaram em conta o fato de que a relação entre a infecção por Zika e a SCZ estava definida e que a doença não seria passageira, havendo a necessidade de mecanismos robustos e permanentes para enfrentá-la. Somente em maio de 2017, o Ministério da Saúde anunciou o fim da emergência nacional em saúde pública por Zika e SCZ no Brasil. O fim da emergência foi justificado pela queda no número de casos de Zika no país. Partindo do pressuposto que as declarações de Emergência em Saúde Pública estão diretamente ligadas ao risco de

ameaça à economia global e disseminação da doença em países desenvolvidos, a emergência internacional encerra-se sugere que o risco do surto de Zika vírus e SCZ atingir um país desenvolvido e a economia global é inócuo, contudo o Brasil continua um terreno fértil para proliferação do vetor transmissor da doença. Nesse sentido, são necessárias medidas de combate que impõe a suspensão imediata de cortes orçamentários na área social, com a priorização de investimentos em saneamento básico e no fortalecimento do SUS. Só um sistema de saúde eficiente pode garantir, quando finda a emergência, a continuidade da assistência às pessoas atingidas pela crise.

POLÍTICAS PÚBLICAS NO COMBATE AO ZIKA VÍRUS

A situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e Nacional do Zika vírus e SCZ, trouxe a discussão e implementação de medidas para o controle da infecção. A OMS disponibilizou 56 milhões de dólares para implementar o Plano Estratégico Global de resposta e operações conjuntas, dos quais 25 milhões de dólares financiariam a resposta da OMS/OPAS e 31 milhões de dólares financiariam o trabalho de parceiros (WHO, 2016).

Todo esse investimento e força no combate ao vírus alarmou a população, os órgãos de pesquisa e os gestores dos serviços de saúde. Em função disso, surgiram muitas propostas para controlar a doença e foram implementadas pesquisas para compreender as causas, as formas de contágio e as consequências dela para a população. As estratégias podem ser divididas em três eixos principais que, de forma intersetorial, envolveram os setores da Saúde, órgãos da Educação, Desenvolvimento Social e Defesa Civil. O primeiro eixo foi a mobilização da “Guerra contra o mosquito”, centrado na vigilância epidemiológica articulada nos três níveis de governo para controle do mosquito e seus focos com ações relativas ao saneamento básico (água e eliminação de resíduos sólidos); estratégias comunicacionais, com a criação de campanhas de conscientização e disseminação de informações; além da utilização dos larvicidas e mosquitos modificados geneticamente (BRASIL,

2017). O segundo eixo foi o do “cuidado com as mães”, que envolveu ações relativas ao desenvolvimento de protocolos e diretrizes de prevenção, diagnóstico e tratamento, a organização da rede de atendimento e a capacitação de recursos humanos. Uma questão importante neste eixo foi o enfoque dado pelos protocolos da obrigação da mulher gestante no uso de repelentes, calças e blusas de mangas longas, além do uso de cortinados (BRASIL, 2017). Nota-se, a intencionalidade de responsabilizar a população pela contaminação do Zika caso não houvesse cumprimento dessas regras. Nesse sentido culpabiliza-se mais uma vez a mulher pelo adoecimento de seu filho. Já o terceiro eixo teve um enfoque voltado para tecnologia e pesquisa com incentivo financeiro por meio de editais de fomento para investigação de diagnóstico, controle vetorial, protocolos e diretrizes de manejo clínico, vacinas e tratamentos (BRASIL, 2017).

Mesmo com várias frentes de enfrentamento, o foco e o maior montante de recursos financeiros foram destinados ao combate ao mosquito, a principal bandeira levantada contra o Zika vírus no país. Com isso, torna-se fundamental discutir que precisamos de um modelo centrado não apenas no combate ao mosquito, mas nas desigualdades socioambientais e suas implicações para a saúde. Há que se refletir sobre o fracasso após décadas de um modelo de enfrentamento ao *Aedes aegypti*. Modelo centrado na limpeza de “pratinhos” de plantas nos interiores das casas, com visitas sistemáticas de agentes de endemias. É necessário reconhecer o esgotamento e o custo elevado desse formato de combate e olhar para a proliferação deste vetor pelo prisma da urbanização desenfreada, da ausência de política urbana, da especulação imobiliária, do investimento ínfimo em saneamento básico. Os princípios da Promoção da Saúde, que fazem parte do arcabouço do SUS, devem permear as políticas públicas de enfrentamento das arboviroses.

Coaduna com a proposição acima a constatação de que há três décadas o Brasil se vê às voltas com problemas provocados pelo mosquito. Embora campanhas educativas sempre tenham enfatizado a relevância de criadouros do mos-

quito, pouco se avançou para reduzir os focos associados à falta de abastecimento de água, à coleta irregular do lixo e ao saneamento básico (BRASIL, 2017). Há um claro esvaziamento do papel do poder público em detrimento da função da população no que refere a batalha contra o vetor causador da dengue, Zika, chikungunya e febre amarela. Além disso, a centralidade das políticas públicas no controle de vetores de doenças negligenciadas, beneficia a indústria de agrotóxicos, que produz os venenos utilizados para o controle de vetores. Mais recentemente, surgiram no mercado do controle do *Aedes Aegypti* as indústrias que fabricam mosquitos transgênicos, biolarvicidas, mosquitos esterilizados por radiação e mosquitos infectados por bactéria. O mercado das vacinas também é beneficiado, sobretudo em relação à dengue – algumas delas já em fase de teste, e agora voltadas para a imunização pelo Zika vírus (COSTA, 2016). Segundo Ayres (2016), esse mercado de controle de vetores é uma estratégia altamente tecnológica; porém, ela não leva em conta as condições ecológicas, ambientais e sociais que são determinantes na transmissão dessas doenças. A estratégia adotada em resposta ao Zika fez do mosquito *Aedes aegypti* o maior inimigo da saúde pública. Contudo, apesar do enfrentamento ser necessário como providência imediata, ele não pode esconder que a lista de adversários da saúde é bem mais longa e envolve responsabilização do poder público pela ausência de investimentos em promoção da saúde, saneamento básico e planejamento urbano. O modelo químico-dependente de combate ao *Aedes*, claramente ineficaz, somado à culpabilização das vítimas, em que se afirma que o problema dos mosquitos se dá no domicílio delas, oculta a responsabilidade do Estado sobre o caos formado (SANTIAGO, 2016). Nota-se que a implantação de políticas públicas econômicas e sociais, bem como políticas específicas que afetam diretamente as condições de vida das populações vulneráveis como de habitação, urbanização e saneamento, não são tratadas como prioridades no controle das epidemias no país.

O exemplo de Recife deixou bem claro a importância dos determinantes sociais no processo de adoecimento pelo

Zika vírus. As condições de saneamento da cidade são bastante precárias, com 87% da população conectada à rede de abastecimento de água, 38% ao tratamento de esgoto e 30% da população com racionamento de água (COSTA, 2016). Tudo isso é reflexo de quase 20 anos de um processo de precarização das condições de vida em que há uma destinação insuficiente de recursos para saneamento e desenvolvimento urbano, condicionando a população a viver em ambientes insalubres permeados de epidemias, riscos de enchentes e desabamentos e, até mesmo, sofrendo com a contaminação em massa pelos vírus da dengue, chikungunya e Zika (SANTIAGO, 2016).

O combate a essas doenças precisa avançar para além do exército da vigilância contra o vetor, procedimento recomendado pelas campanhas publicitárias lançadas todos os anos pelo governo federal contra os criadouros. Para um efetivo enfrentamento, com resultados duradouros e não meramente focados em campanhas, seria necessário o investimento em obras que evitassem o desabastecimento de água tratada, a construção de sistemas adequados para coleta de lixo, o tratamento de água e esgoto, além de um planejamento urbano adequado. Um dos obstáculos a esse enfrentamento eficaz deve-se ao fato de hoje o país passa por uma grave crise política e econômica, com congelamentos orçamentários na área social, o que implica, consequentemente, numa escassez de investimentos em saneamento básico e no enfraquecimento do SUS. Nessas situações de emergências, um sistema de saúde eficiente poderia garantir a continuidade da assistência às pessoas atingidas pela doença (BARRETO, *et al* 2016).

No que tange ao saneamento básico, o país possui como marco teórico a legislação vigente há mais de dez anos. Trata-se da lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007, que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico no país (BRASIL, 2007). A referida legislação propõe que seja elaborado o Plano Nacional de Saneamento Básico com horizonte de vinte anos. E que o mesmo seja revisado a cada quatro anos. O

último plano, elaborado em 2013, propõe um planejamento de 2014 a 2033 e possui como uma das metas o tratamento de 90% da rede de esgoto em todo país. Contudo, o governo já sinalizou que a referida meta não será alcançada até o ano 2033 (BRASIL, 2013). Hoje, metade da população continua sem acesso ao sistema de esgotamento sanitário, e este serviço não atinge a população mais vulnerável socialmente, visto que o saneamento básico chega somente a lugares de franca especulação imobiliária. Esse cenário elucida o porquê do perfil atrelado à pobreza das mulheres mais fortemente afetadas pelo surto de Zika vírus.

No que se refere ao atendimento nos serviços de saúde às mulheres afetadas pelo Zika vírus, a atenção básica assumiu a gestão do cuidado por meio da orientação às mães com os filhos com SCZ, com ações de estimulação precoce, puericultura, maior articulação com atenção especializada e ainda a identificação de risco social das famílias, na tentativa de assegurar a estas crianças o Benefício de Prestação Continuada. Mesmo com os investimentos financeiros, devido à declaração de emergência, o sistema de saúde pública enfrenta dificuldades estruturais em muitos estados brasileiros onde os serviços não se prepararam para lidar com os desafios da epidemia do Zika (VICTORIA, *et al* 2016).

Nesse sentido, o público que mais vem sofrendo as consequências desta epidemia são as mães, que se queixam de políticas públicas que garantam seus direitos, com apoio financeiro, incluindo a licença maternidade remunerada, o direito constitucional do benefício pecuniário para as pessoas com deficiência e acesso aos serviços de estimulação precoce para seus filhos (DINIZ, 2016b). São mulheres que anteriormente, em sua maioria, atuavam como trabalhadoras domésticas, com rendimentos que não passam de dois salários mínimos, e hoje vivem como cuidadoras exclusivas dos seus filhos com SCZ, assumindo a responsabilidade pelo cuidado do domicílio e da família, e de se auto imputarem a culpa da negligência em relação ao mosquito (COSTA, 2016). Essas mães vivem árduos itinerários terapêuticos em busca de assistência médica, diagnóstica e de

estimulação precoce, já que não há uma política voltada a centralização desse cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Declarações de Emergência, tanto nacional quanto internacional, são uma potente ferramenta na implementação de medidas de contenção, em curto prazo, no controle de epidemias e agravos em saúde. Também possuem importante função da difusão de informações epidemiológicas, além de terem como finalidade o incentivo às pesquisas sobre conhecimento e consequência da doença emergencial. Contudo, a OMS e outros organismos internacionais precisam implementar estratégias direcionadas à saúde global a longo prazo, como o auxílio aos países em desenvolvimento no combate dessas doenças emergenciais. Para tal, é preciso protagonismo e independência de atuação da organização tanto na declaração de emergência quanto na extinção da mesma.

Nesse sentido, o caso da emergência do Zika vírus foi emblemático, uma vez que a declaração de emergência de importância internacional foi cessada após compreensão da causalidade da microcefalia fetal e ao compilamento de informações sobre a epidemia. Contudo, o cenário favorável ao adoecimento de mulheres grávidas pelo Zika se mantinha.

Assim como o surto de Zika vírus, a maioria das epidemias de doenças infectocontagiosas abrangem, também, complexos problemas sociais e políticos e os agentes da saúde global, ao centrarem os seus esforços na resposta à crise ou emergência mais importante “do momento”, acabam por se pautar por uma atuação superficial e de curto prazo.

No que tange a declaração de emergência nacional, apesar da rapidez e articulação do país ao declará-la no caso do Zika, a epidemia sinalizou o despreparo brasileiro em lidar com suas graves consequências. É preciso construir políticas públicas de saúde a longo prazo que visem o enfrentamento das reais causas das epidemias vinculadas

aos determinantes sociais do processo saúde-doença, com mudanças estruturais capazes de promover uma redução das desigualdades. Nesse cenário, iniciativas devem ser implementadas, trazendo à tona os problemas sociais envolvidos com a doença para surtir efeitos benéficos para a população.

As políticas públicas de saúde devem priorizar certos aspectos que permanecem paradoxalmente negligenciados em decorrência da preponderância de um discurso biomédico voltado principalmente para o controle de mosquitos, configurando o controle da doença. No caso do surto de Zika, esses aspectos negligenciados estão ligados à problemática da saúde materna, aos determinantes sociais da doença, às questões de infraestrutura dos sistemas de saúde e de gestão das cidades, os quais permitem que os mosquitos e a doença se espalhem e se reproduzam.

Nesse sentido, manter o arcabouço das políticas públicas de combate ao Zika como um “problema de mosquito” é perpetuar a situação paradoxal de negligência dos determinantes políticos, econômicos e ambientais. Torna-se urgente questionar e lidar com os problemas estruturais, universalizar o acesso à água tratada, coletar e dar destinação adequada ao lixo, expandir a oferta de saneamento, dentre outras medidas de saúde, para a contenção dos surtos de arboviroses no país.

REFERÊNCIAS

ARTRAL, F. J. C. Epidemiología y complicaciones neurológicas de la infección por el virus del Zika: un nuevo virus neurotrope emergente. *Revista de Neurologia*, v. 62, n. 7, p. 317-328, 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Nota técnica sobre microcefalia e doenças vetoriais relacionadas ao *Aedes aegypti*: os perigos das abordagens com larvicidas e nebulizações químicas— fumacê. ABRASCO, 2016. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/nota-tecnica-sobre-microcefalia-e-doencas-vetoriais-relacionadas-ao-aedes-aegypti-os-perigos-das-abordagens-com-larvicidas-e-nebulizacoes-quimicas-fumace/15929/>>.

AYRES, C. “É preciso eliminar os criadouros através do saneamento básico”, afirma pesquisadora. [7 de outubro, 2016]. Recife: Brasil de Fato. Entrevista concedida à Alan Tygel. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2016/10/07/e-preciso-eliminar-os-criadouros-atraves-do-saneamento-basico-afirma-constancia/>>.

BAKER, M. G.; FIDLES, D. P. Global Public Health Surveillance under New International Health Regulations. *Emerging Infectious Diseases Journal*, v. 12, n. 7, p. 1058-1065, 2006.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G.; BASTOS, F. I.; XIMENES, R. A.; BARATA, R. B.; RODRIGUES, L. C. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *The Lancet*, v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, 2011.

BARRETO, M. L.; BARRAL-NETTO, M.; STABELI, R.; ALMEIDAFILHO, N.; VASCONCELOS, P. F.; TEIXEIRA, M. Zika virus and microcephaly in Brazil: a scientific agenda. *The Lancet*, v. 387, p. 919-921, 2016.

BERLINGUER, G. Globalização e saúde global. *Estudos Avançados*, v. 13, n. 35, p. 21-38, 1999.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.445, de 5 de Janeiro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis nos 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei no 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências. *Diário oficial da união*, 2007. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11445.htm>

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Organização Mundial de Saúde. Revisão do Regulamento Sanitário Internacional. Tradução não oficial em português. 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/paf/legislacao/regulatec_nv.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. A experiência do Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS/SVS/MS). In: MOYA, J. et al. (Org.). *Salas de Situação em Saúde: Compartilhando as experiências do Brasil*. Brasília: OPAS Brasil, 2010. p. 101-104.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde – FN-SUS. *Diário Oficial da União*, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7616.htm>.

BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. *Plano Nacional de Saneamento Básico*. Brasília: Ministério das Cidades. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.813, de 11 de novembro de 2015. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil, com base no Decreto nº 7616, de 17 de novembro de 2011. *Diário Oficial da União*, 2015. Disponível em: <<http://www.dourados.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/PORTARIA-1813-ESPIN.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Situação epidemiológica de ocorrência de microcefalias no Brasil*, 2016. *Boletim Epidemiológico da SVS/MS*, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 136 p.

BRASIL, P.; PEREIRA, J. R.; JOSE, P. Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro. *The New England Journal of Medicine*, v 375, n. 24, p. 2321–2334, 2016.

BUENO, F. T. C. Vigilância e resposta em saúde no plano regional: um estudo preliminar do caso da febre do Zika vírus. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2305–2314, July 2017.

BUSS, P.M.; FERREIRA, J.R. Ensaio Crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.93-105, mar., 2010.

CAUCHEMEZ, S.; BESNARD, M.; BOMPARD, P. Association between Zika virus and microcephaly in French Polynesia, 2013– 2015: a retrospective study. *The Lancet*, v. 387, n. 10033, p. 2125–2132, 2016.

CARMO, E. H. O Regulamento Sanitário Internacional e as oportunidades para fortalecimento do sistema de vigilância em saúde [Internet]. Recife: Portal DSS Nordeste, 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/opinioes/o-regulamento-sanitario-internacional-e-asoportunidades-para-fortalecimento-do-sistema-de-vigilancia-em-saude/>>.

CARMO, E. H.; PENNA, G.; OLIVEIRA, W.K. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estudos Avançados*, v. 22, n. 64, p. 19-32, dez. 2008.

CARNEIRO, F. F. Nem fumacê, nem larvicida químico. Coragem e saneamento contra o mosquito. ABRASCO. Rio de Janeiro. 22 março 2016. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/ecologia-e-meio-ambiente/nem-fumace-nem-larvicida-quimico-coragem-e-saneamento-contr-o-mosquito-por-fernando-carneiro/16822/>>. Acesso em 15 de abril de 2016.

CHAN, M. Swine influenza: Statement by WHO Director-General. 2009.

COSTA, A. M. A determinação social da microcefalia e o saneamento. In: *Waterlat-Gobacity Network*, v. 3, n. 9, p. 44 - 61, 2016.

DINIZ, D. Zika: do Sertão nordestino à ameaça global. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016a.

DINIZ, D. The Zika virus and Brazilian women's right to choose. *New York Times*, 2016b. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2016/02/08/opinion/the-Zika-virus-and-brazilian-womens-right-to-choose.html>>.

FARIA, N. R.; AZEVEDO, R. S. S.; KRAEMER, M. U. G. Zika virus in the Americas: early epidemiological and genetic findings. *Science*, v. 352, n. 6283, p. 345–349, 2016.

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GADELHA, P.; CARNEIRO, F.F. Zika, Microcefalia, saneamento ambiental e o princípio da precaução. Portal Fiocruz. Rio de Janeiro. 05 abr. 2016. Disponível em: < <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/Zika-microcefalia-saneamento-ambiental-e-o-principio-da-precaucao> >. Acesso em 15 de abril de 2016.

HAYES, E. B. Zika virus outside Africa. *Emerging Infectious Diseases Journal*, n. 15, p. 1347-1350, 2009.

HEYMANN, D. L. Zika virus and microcephaly: why is this situation a PHEIC? *The Lancet*, v. 387, n. 10020, p. 719-721, 2016.

HENRIQUES, C. M. P. Regulação Sanitária sem fronteiras. *Revista de Direito Sanitário*, v.2 n. 1, 2001.

LIMA, Y.; COSTA, E. Implementação do RSI (2005) no ordenamento jurídico administrativo brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1773-1783, 2015.

MARICATO, E. As cidades, o mosquito e as reformas. *Waterlat-Gobacity Network*, v. 3, n. 9, p. 38-43, 2016.

MARINHO, F.; ARAÚJO, V. E. M.; PORTO, D. L.; et al. Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, vol. 25, n. 4, p. 701-712, 2016.

MENDOZA, G. J. A. Novo 'Regulamento Sanitário Internacional': Plataforma para governança global da saúde. *Ethos Governamental*, v. 4, p. 79-102, 2007.

NUNES, J.; PIMENTA, D.N. A epidemia de Zika e os limites da Saúde Global. *Lua Nova*, v. 98, p. 21-46, 2016.

OLIVEIRA, W. K.; COELHO, G. E.; FRANÇA, G. V. A. Boletim Epidemiológico - Situação epidemiológica de ocorrência de microcefalias no Brasil, 2015. *Boletim Epidemiológico da SVS/MS*, v. 46, n. 34, p. 1-3, 2015.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MIRANDA, E. S.; FREITAS, C. M.; CAMARGO JÚNIOR, K. R.; CRANMER, H. H. The Zika Virus Outbreak in Brazil: Knowledge Gaps and Challenges for Risk Reduction. *American Journal of Public Health*, v. 107, n. 6, p. 960-965, 2017.

REGO, S.; PALACIOS, M. Ética, saúde global e a infecção pelo vírus Zika: uma visão a partir do Brasil. *Revista Bioética*, v. 24, n. 3, p. 430-434, dez., 2016.

SANTIAGO, P. R. Desigualdade estrutural e microcefalia: o saneamento como direito negado. *Waterlat-Gobacity Network*, v. 3, n. 9, p. 38-43, 2016.

SOUZA, G. F.; OLIVEIRA, W. A.; PINTO JUNIOR, V. L. Evaluation of a Public Health Emergency of National Concern using Tracer Methodology. *Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, p. 33-40, set., 2013.

VARGAS, A.; SAAD, E.; DIMECH, G. S. Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, vol. 25, n. 4, p. 691-700, 2016.

VENTURA, D.; PEREZ, F.A. Crise e reforma da Organização Mundial de Saúde. *Lua Nova*, São Paulo, v. 92, p. 45-77, 2014.

VENTURA, D. From Ebola to Zika: international emergencies and the securitization of global health. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 4, 2016.

WORLD HEALTH ASSEMBLY (WHA). Revision of the International Health Regulations,

WHA 58.3. 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/ihr/WHA58-en.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Statement on the 1st meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola outbreak in West Africa. Geneva: WHO, 2014b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Statement on the meeting of the International Health Regulations Emergency Committee concerning the international spread of wild poliovirus. Geneva: WHO, 2014a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Statement on the first meeting of the IHR 2005 Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. Geneva: WHO, 2016.

VICTORA, C. G.; SCHULER-FACCINI, L.; MATIJASEVICH, A.; RIBEIRO, E.; PESSOA, A.; BARROS, F. C. Microcephaly in Brazil: how to interpret reported numbers? *The Lancet*, v. 387, n. 10019, p. 621–624, 2016.

ZYLBERMAN, P. Crises sanitaires, crises politiques. *Les Tribunes de la Santé*, n. 34, p. 35–50, 2012.