

Reflexos da pandemia da covid-19 para as famílias afetadas pelo vírus Zika no Brasil: a urgência do direito à proteção social

Impacts of the Covid-19 pandemic on families affected by the Zika virus epidemic in Brazil: the urgency to realize the right to social protection

Amanda Luize Nunes Santos*

Luciana Alves Rosário**

Resumo: O objetivo do presente artigo é discutir como a resposta do Estado brasileiro à epidemia do vírus zika no campo da proteção social foi capaz de potencializar os impactos da atual pandemia da COVID-19 sobre as crianças com a síndrome congênita do vírus zika e suas famílias. Para defender essa tese, em um primeiro momento, são apresentadas as características socioeconômicas da população mais afetada pela epidemia do vírus zika. Em seguida, explica-se qual foi e quais têm sido as respostas do Estado brasileiro para evitar que essa população entre em situação de extrema vulnerabilidade e sofra com ainda mais violações de direitos. A conclusão é que as medidas adotadas até o momento são limitadas e não consideram o histórico de descaso do Estado brasileiro por trás da epidemia do vírus zika. Foram analisadas, especialmente, as Leis nº 8.742/1993 (LOAS) e nº 13.985/2020, que regulam o acesso ao BPC e à pensão especial para crianças com a síndrome congênita do zika, bem como o resultado da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5581. Por fim, a partir da análise comparativa dos perfis das populações mais afetadas pelas duas emergências de saúde pública, expõe-se como a população mais afetada pela epidemia do vírus zika está sendo, e pode ser ainda mais, afetada pela nova pandemia, resultando em uma situação de dupla discriminação, e o que isso representa para os direitos dessas crianças e de suas famílias.

Palavras-chave: vírus zika, emergências de saúde, assistência social, benefício de prestação continuada, COVID-19.

Abstract: The purpose of this article is to discuss the Brazilian State's response to the Zika virus epidemic in the area of social protection and how this response helped to potentialize the impacts of the COVID-19 pandemic for children with the congenital Zika virus syndrome (CZVS) and their families. To defend this thesis, at first, socioeconomic characteristics of the population most affected by the Zika virus epidemic are presented. Then, the article points out how the Brazilian State has been responding to protect this population from a situation of extreme vulnerability and other rights violations. The conclusion is that the measures taken are limited and do not consider the Brazilian State's history of negligence behind the Zika epidemic. This study involved an analysis of Brazilian federal Laws No. 8.742/1993 and No. 13.985/2020, which regulate the access to social protection and a specific benefit for children diagnosed with CZVS, and the judicial review process of Law No. 13.301/2016, which previously regulates this social protection. Finally, based on a comparative analysis of the population most affected by each one of those public health emergencies, it is shown how people most affected by Zika have been affected by the new pandemic. The article's thesis is that they face a situation of double victimization and discrimination.

Keywords: Zika virus, health emergencies, social protection, social assistance benefits, COVID-19.

Recebido em: 30/06/2020

Aprovado em: 09/11/2020

Como citar este artigo:
SANTOS, Amanda Luize Nunes; ROSÁRIO, Luciana Alves. Reflexos da pandemia da Covid-19 para as famílias afetadas pelo vírus Zika no Brasil: a urgência do direito à proteção social. Revista da Defensoria Pública do Distrito Federal, Brasília, vol. 2, n. 2, 2020, p. 13-40.

* Pesquisadora da Anis - Instituto de Bioética, Mestranda em Direito, Estado e Constituição pela Universidade de Brasília (UnB) e advogada da clínica Cravinas - Prática em direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos. E-mail: amandaluize.n@gmail.com.

** Pesquisadora da Anis - Instituto de Bioética, Mestranda em Direito, Estado e Constituição pela Universidade de Brasília (UnB), onde é graduada em Administração, e advogada da clínica Cravinas - Prática em direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos. E-mail: luciana.a.rosario@gmail.com.

Introdução

Em dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional para a COVID-19, nomenclatura oficial dada pela organização à infecção provocada por um novo tipo de corona vírus que rapidamente se espalhou pelo planeta. Em todo o mundo, medidas de isolamento social e de quarentena têm sido adotadas no intuito de reduzir a proliferação do vírus (AQUINO et al., 2020).

Embora capaz de frear a disseminação da COVID-19, a paralisação de atividades e serviços vem trazendo expressivos prejuízos econômicos e sociais: segundo dados do IBGE, 13,5 milhões de brasileiros foram afastados de seus trabalhos devido ao distanciamento social. Destes, estima-se que 9,7 milhões não estejam recebendo qualquer remuneração. Até meados de junho de 2020, a taxa de desocupação no país já alcançava os 11,8%, e as trabalhadoras domésticas sem carteira assinada eram a categoria mais afetada pelas medidas de isolamento (BRASIL, 2020a). Nesse contexto, surge a discussão sobre a necessidade de uma renda básica para reduzir os danos decorrentes da pandemia. A perda de renda sofrida por várias famílias resultou na edição da Lei nº 13.982/2020 e na implementação, a duras penas, de um auxílio-emergencial dividido em três parcelas no valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais) cada pelo governo brasileiro.

Além da perda financeira, emergências de saúde pública podem ser especialmente nocivas para o bem-estar físico e mental de grupos socioeconomicamente vulneráveis, tendo em vista o risco de sobrecarga dos serviços públicos de saúde, dos quais dependem esses grupos, que leva as autoridades a fazerem escolhas sobre quais deles priorizar e onde alocar recursos. Assim, consultas, exames e tratamentos podem ser interrompidos, no intuito de garantir a capacidade do sistema de saúde para atender a pacientes infectados pela doença em questão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020a).

As consequências de uma crise sanitária foram sentidas há poucos anos pelas milhares de mulheres e crianças afetadas pela epidemia do vírus *zika* no Brasil. Em outubro de 2015, autoridades de saúde brasileiras passaram a observar um aumento inesperado no número de casos de crianças nascidas com microcefalia, inicialmente no estado de Pernambuco e, posteriormente, espalhando-se por outros estados da região Nordeste. Uma ação rápida do sistema de vigilância brasileiro permitiu que, já em novembro de 2015, fosse declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). O alerta fez com que a Organização Mundial da Saúde declarasse como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) a crise de

saúde provocada pelo vírus *zika*, entre os meses de fevereiro e novembro de 2016 (GARCIA, 2018).

Medidas emergenciais foram adotadas para tentar controlar o surto da doença e combater o *Aedes aegypti*. Salas de situação foram criadas para monitorar e intensificar a mobilização e o combate ao mosquito (Decreto Presidencial nº 8.612/2015); as Forças Armadas foram convocadas para fornecer apoio à Defesa Civil na distribuição de inseticidas e em visitas a residências; e, em um esforço conjunto para levantar informações e aperfeiçoar protocolos, especialistas e instituições de pesquisa se juntaram na criação da Rede Nacional de Especialistas, formalizada pela Portaria nº 1.046/2016. Nenhuma dessas medidas foi capaz de efetivamente impedir que o *zika* se espalhasse de forma endêmica pelo Brasil, revelando dificuldades no controle vetorial da doença e – principalmente – as falhas em implementar medidas de saneamento básico, ações de planejamento familiar e atenção materno-infantil no sistema de saúde brasileiro (GARCIA, 2018).

A epidemia do vírus *zika* atingiu principalmente mulheres pobres, negras, nordestinas e jovens que deram à luz a crianças com a síndrome congênita do *zika*, um conjunto de complicações neurológicas causadas pela transmissão do vírus para o feto na gestação (BESNARD et al., 2016; RODRIGUES, 2016). O surto da doença trouxe mais precarização a vidas já vulnerabilizadas e negligenciadas pelo Estado brasileiro (DINIZ, 2016), que se viu na urgência de assegurar proteção social às famílias afetadas. Em um novo momento de emergência em saúde, torna-se essencial identificar e avaliar as medidas que têm sido adotadas pelo governo brasileiro para garantir o bem-estar das famílias afetadas pela epidemia de *zika*, assim como para assegurar que as crianças vítimas da síndrome congênita tenham as suas múltiplas necessidades satisfeitas, evitando o agravamento de suas vulnerabilidades e o surgimento de novas violações de direitos.

O presente artigo tem como escopo trazer um retrato do que foi, e ainda é, a crise desencadeada pela epidemia do vírus *zika* no Brasil. Não só uma emergência sanitária, o surto provocado pelo *zika* revelou as grandes disparidades sociais a que estão submetidas as pessoas mais pobres do país. O descaso com que são tratadas pelo Estado fica ainda mais evidente quando se analisa, de forma mais detalhada, as políticas públicas implementadas em um esforço para se garantir uma proteção social adequada às crianças e famílias vítimas da síndrome congênita. São medidas falhas e pouco direcionadas para resolver os principais problemas a que estão submetidas essas famílias, como a pobreza, a falta de estrutura e de saneamento básico, o acesso precário à saúde, a métodos contraceptivos e a um planejamento familiar. Percebe-se também que é essa atuação tímida do Estado que permite que a vulnerabilidade que marca a vida de tantas famílias

seja aprofundada em momentos de especial fragilidade, como a epidemia do vírus *zika* e, agora, a pandemia provocada pelo novo coronavírus.

Partindo de uma análise de quem foi - e segue sendo - a população mais afetada pelo *zika* e seu perfil socioeconômico, este artigo passa a discutir os impactos produzidos pela epidemia nas vidas de crianças e famílias que se viram vítimas da síndrome congênita. Relatórios, estudos científicos e dados oficiais, bem como a análise dos perfis das populações afetadas, são usados para retratar essa dura realidade. Em um segundo momento, são analisadas as políticas públicas e propostas legislativas adotadas pelo Estado brasileiro no combate e remediação aos danos causados pelo *zika*. Dá-se especial atenção à atuação estatal no tocante à assistência social, explicitando-se quais foram as medidas implementadas e quais são as iniciativas necessárias para que os princípios da cidadania e da dignidade da pessoa humana sejam alcançados. Neste ponto discute-se como e porque a ampliação do Benefício de Prestação Continuada é medida essencial na atenção e cuidado às famílias que sofrem os efeitos do *zika*.

Em um exame detalhado da Lei nº 13.985/2020 e da pensão especial vitalícia por ela instituída, discute-se se essa medida seria, de fato, capaz de representar um avanço na lide contra as mazelas deixadas pelo surto de *zika*. Por fim, são trazidas reflexões sobre como a COVID-19 tem impactado as famílias afetadas pelo *zika*, tendo em vista que estas são, também, as mais suscetíveis aos impactos da atual pandemia. Busca-se discutir quais têm sido as ações do Estado neste momento e se seriam elas suficientes para impedir, de alguma forma, o agravamento das disparidades hoje tão evidentes.

1. Epidemia do vírus *zika*: perfil da população afetada e a urgência de proteção social

Devido a seus impactos para a população mais vulnerável do Brasil, a epidemia do vírus *zika* e seus efeitos para a gestação evidenciaram a urgência de efetivação de uma série de direitos, dentre eles o direito à proteção social. Tudo começou no final de 2014, quando foi observado um aumento crescente de mulheres e meninas negras, pobres e nordestinas dando à luz a crianças com microcefalia e outras complicações neurológicas. Essas mulheres relataram ter apresentado sintomas da então chamada “dengue fraca” (manchas vermelhas, coceira intensa, febre baixa, entre outros) durante a gestação. Em 2015, ano em que foi constatada a circulação do vírus *zika* no país, houve um crescimento de 1.923% nas notificações de microcefalia e outras complicações neurológicas em comparação com o ano anterior (DINIZ, 2016a). Em face desse cenário, em

fevereiro de 2016 a Organização Mundial da Saúde decretou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) para o *zika* e sua possível correlação com a microcefalia e outras alterações neurológicas (DINIZ, 2017).

O vírus *zika* é um arbovírus que tem como seu principal vetor o mosquito *Aedes aegypti*. É sabido que a maneira mais efetiva de evitar a proliferação do mosquito é a implementação de medidas estruturais, dentre as quais destacam-se melhorias nos serviços de saneamento básico. Isso porque esgotos a céu aberto, lixo acumulado e água parada são ambientes propícios à proliferação do *Aedes aegypti* (SANTOS et al., 2016). Contudo, estatísticas sobre o acesso aos serviços de saneamento básico no Brasil demonstram que estamos longe de um cenário ideal. As regiões que mais sofrem, historicamente, com o descaso do Estado em promover essas melhorias são as regiões Norte e Nordeste. Dados de 2018 apontam que ¼ (um quarto) da população nordestina não é abastecida com água e 72% não possui esgotamento sanitário (BRASIL, 2018a). Este cenário cria um terreno fértil para a proliferação do *zika*, não sendo de se estranhar que o Nordeste brasileiro tenha sido o epicentro das atenções globais durante a epidemia (DINIZ, 2016a).

Além da transmissão pela picada do mosquito, o *zika* também pode ser transmitido sexualmente e da mulher para o feto durante a gestação. Esta última foi a forma de transmissão que mais provocou alerta, devido ao conjunto de malformações neurológicas congênicas - denominado síndrome congênita do *zika* - que pode provocar. A princípio, imaginava-se que a transmissão vertical do *zika* causava apenas a microcefalia, mas logo constatou-se que ela é capaz de provocar uma série de outras alterações neurológicas (que resultam em disfagia, microaspirações, epilepsia, dentre outras complicações), problemas oftalmológicos e déficit auditivo (BESNARD et al., 2016; RODRIGUES, 2016). De acordo com pesquisadoras/es do campo, apenas o tempo poderá determinar todo o espectro de manifestações da síndrome congênita do vírus *zika*, uma vez que é possível que as crianças afetadas apresentem outros sinais e sintomas ao longo de seu desenvolvimento (CHAN et al., 2016).

Conforme introduzido anteriormente, as mulheres afetadas pelo *zika* são majoritariamente pobres, negras, jovens, pouco escolarizadas e moradoras das regiões mais pobres do país (DINIZ, 2016a). Dos 19.000 casos notificados entre 2015 e 2020 de síndrome congênita associada ao *zika* e outras etiologias infecciosas, 10.638 (56%) estão concentrados no Nordeste (BRASIL, 2020d). Em pesquisa com casos da cidade de Recife e Pernambuco, as mulheres que deram à luz a crianças com microcefalia possivelmente relacionada ao *zika* tinham em média 25 anos, renda *per capita* familiar de R\$ 400,00 (quatrocentos reais) e mais da metade delas se declarou preta ou parda

(VARGAS et al., 2016). Padrões de vulnerabilidade também foram revelados por pesquisa no estado de Sergipe: as mulheres tinham em média 25 anos, renda familiar *per capita* de R\$262,66 (duzentos e sessenta e dois reais e sessenta e seis centavos) e a maioria era solteira (CABRAL et al., 2016).

O estudo “Zika em Alagoas: a urgência dos direitos” (2017), publicado pela Anis – Instituto de Bioética, identificou outros aspectos de precarização da vida. Das 49 mulheres mães de crianças com alterações compatíveis com a síndrome congênita do *zika* ou em investigação, 80% (n=39) era negra e metade (51%, n=25) engravidou e foi afetada pela epidemia de *zika* durante a adolescência; considerando os filhos anteriores, essa taxa sobe para 75% (n=37). Isso significa que 3 em cada 4 mulheres engravidou ainda na adolescência. Com relação aos níveis de escolaridade, a pesquisa constatou que 52% (n=13) não possuía ensino fundamental completo e 6% (n=3) era analfabeta. Os dados relativos à inserção das mulheres no mercado de trabalho revelam que 26 delas exerciam atividade remunerada antes da gravidez, mas apenas 6 conseguiram retornar ao trabalho. Ou seja, mais da metade das mulheres sofreu perda de renda em um momento em que crescem as despesas com a saúde das crianças (DINIZ, 2017).

Diante do perfil socioeconômico das famílias, torna-se evidente que estas dependem de prestações contínuas do Estado no campo da proteção social para que consigam arcar com todos os gastos demandados pelas necessidades particulares das crianças. Tais prestações devem considerar não apenas os impactos socioeconômicos diretos da síndrome congênita do *zika*, como também os impactos indiretos, nos quais incluem-se a perda de renda de membros da família - frequentemente, mulheres - devido à impossibilidade de conciliar um trabalho formal com os cuidados em tempo integral demandados pelas crianças, ou mesmo pela redução da oferta de trabalho que afeta mais severamente mulheres que são mães de pessoas com deficiência (BRASIL, 2016; ONU, 2017). No entanto, o Estado brasileiro adotou medidas incompatíveis com as particularidades das famílias e crianças afetadas pelo *zika*, as quais são consideradas insuficientes para impedir que a situação de vulnerabilidade, que as tornou mais propensas aos efeitos de epidemia do *zika*, seja perpetuada e agravada.

Em razão dos critérios restritivos e das burocracias demandadas para acessar o principal benefício assistencial destinado a pessoas com deficiência - o Benefício de Prestação Continuada (BPC), muitas crianças ainda estão desassistidas. Atualmente, prevalece como limite de renda o valor de $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo *per capita*, responsável por fazer com que famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social devido aos impactos diretos e indiretos da síndrome congênita do *zika* não consigam arcar com todos os gastos demandados para que as crianças se

desenvolvam da melhor maneira possível, ou tenham de abrir mão de determinados bens, também vitais, para conseguirem arcar com os gastos de saúde das crianças (BRASIL, 2016). Além da barreira de renda, há os obstáculos burocráticos, que incluem a necessidade de apresentar documentos diversos, passar por avaliação médica e por perícia social, os quais afetam especialmente famílias que moram em cidades distantes dos centros urbanos e não contam com transporte para as idas e vindas aos serviços do Estado (DINIZ, 2017; PEREIRA et al., 2017; STOPA, 2019).

Na assistência à saúde, o cenário não é diferente. Até maio de 2020, quase metade das crianças com a síndrome congênita do *zika* estava sem acesso a atendimento na atenção primária e atenção especializada (BRASIL, 2020d). Ainda que consigam acessar esses serviços, com frequência as famílias precisam custear, com recursos próprios, medicamentos, exames, consultas e diagnósticos que não conseguem obter pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que torna ainda mais grave a falta de alguma estabilidade de renda para as crianças. Assim, muitas das famílias enfrentam o que a literatura chama de “gastos catastróficos”, que ocorrem quando os gastos com saúde comprometem entre 20 e 40% da renda familiar (BRASIL, 2016; GAIGER, 2016). Uma pesquisa da Fiocruz com a London School of Hygiene & Tropical Medicine (2019), realizada em Pernambuco e no Rio de Janeiro com famílias afetadas pelo *zika* que tinham renda entre 1 e 3 salários mínimos, revelou que os gastos com medicamentos, hospitalizações, óculos e outros equipamentos podem ser até 230% maiores para as famílias de crianças com a síndrome congênita do *zika* em comparação às de crianças não afetadas.

Diante das particularidades das famílias afetadas pelo vírus *zika*, é preciso um olhar diferenciado na implementação de políticas de proteção social. Contudo, o Estado falhou e continua falhando em assegurar proteção adequada a essas crianças, fazendo com que a vulnerabilidade que marca suas vidas e as de suas famílias seja perpetuada e aprofundada. A falta de uma mínima segurança de renda é particularmente grave diante da nova emergência de saúde pública, provocada pela COVID-19, tendo em vista que as famílias mais afetadas pelo vírus *zika* são também as mais suscetíveis aos impactos da pandemia do novo coronavírus, como perda de renda, interrupção dos serviços públicos de saúde, dificuldade para acessar insumos - como medicamentos e alimentos - redução da mobilidade, entre outros que vêm sendo observados desde o início da pandemia.

2. Resposta do Estado brasileiro à epidemia do *zika* no âmbito assistencial – falhas e inconstitucionalidades

Como demonstrado, a epidemia do vírus *zika* no Brasil impactou sobremaneira a população mais vulnerável do país. Diante disso, as famílias que tiveram crianças com a síndrome congênita do *zika* necessitam de proteção social imediata do Estado, tendo em vista que o melhor desenvolvimento das crianças depende do acesso a cuidados de saúde - que incluem medicamentos, acesso a órteses, exames, consultas com especialistas, entre outros - de maneira precoce, isto é, desde o nascimento. Os principais obstáculos para a efetivação dessa proteção consistem no critério legal de renda extremamente restritivo do Benefício de Prestação Continuada e outras barreiras burocráticas de acesso ao benefício (PEREIRA et al., 2017; STOPA, 2019). De acordo com o introduzido anteriormente, é considerada elegível para o BPC a pessoa com deficiência cuja família possua renda inferior ou igual a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo *per capita*.

O Benefício de Prestação Continuada está previsto no art. 203, da Constituição Federal de 1988, segundo o qual têm direito a um benefício mensal no valor de um salário mínimo pessoas com deficiência ou idosas que não possuam meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família. Apesar disso, a efetivação do benefício ocorreu apenas em 1995, com a publicação do Decreto nº 1.744, posteriormente revogado pelo Decreto nº 6.214/2007. O antigo decreto previa que poderiam fazer jus ao BPC as pessoas com deficiência que comprovassem possuir renda inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. O limite de renda, que também está previsto na Lei nº 8.742/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS), foi mantido pelo Decreto nº 6.214/2007, atualmente vigente (PENALVA et al., 2010). Muito embora o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) tenha inserido na LOAS a permissão de que sejam utilizados outros elementos na comprovação da situação de miserabilidade e vulnerabilidade, ainda não foi publicado regulamento que permita a efetivação dessa norma, como determina o Estatuto, nem mesmo após a epidemia do *zika*.

O limite de renda já vinha sendo questionado perante o Poder Judiciário com uma grande frequência muito antes da epidemia do vírus *zika*, por impedir que uma grande parcela de pessoas em situação de pobreza tivesse acesso ao benefício. Em 2015, a insatisfação de pessoas com deficiência que se sentiam desassistidas levou a que 30% dos benefícios fossem concedidos judicialmente, segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) (DUARTE et al., 2017). A resposta do Estado brasileiro no campo da proteção social para as crianças com a

síndrome do *zika*, contudo, ignorou a insuficiência do atual marco legal para proteger efetivamente as pessoas com deficiência, em especial aquelas que possuem múltiplos impedimentos, como é o caso dessas crianças, os quais impactam o orçamento familiar não somente em função de “gastos catastróficos” de saúde, como também da perda de renda de outros membros da família (em geral, mulheres) que se mobilizam para cuidar das crianças em tempo integral (BRASIL, 2016; ONU, 2017).

As crianças diagnosticadas com a síndrome congênita do *zika* que se encontram em condição de hipossuficiência familiar já fariam jus ao Benefício de Prestação Continuada por mandamento constitucional e legal. Assim, sem apresentar quaisquer avanços do ponto de vista do acesso à proteção social, mas, ao contrário, instituindo um (inconstitucional) prazo máximo para o recebimento BPC, a Lei nº 13.301/2016 dispôs, em seu art. 18, que faria jus ao benefício de prestação continuada “pelo prazo máximo de 3 anos, na condição de pessoa com deficiência, a criança vítima de microcefalia em decorrência de sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*”. É preciso destacar que, naquele momento, já havia flexibilizações jurisprudenciais e legais do art. 20, §3º, da Lei Orgânica da Assistência Social, que poderiam servir de base para uma resposta do Estado mais sensível ao caso particular das crianças e de suas famílias.

O marco dessas flexibilizações foram as decisões do Supremo Tribunal Federal na Reclamação 4.374 e nos Recursos Extraordinários 567.985 e 580.963, interpostos em 2006, 2007 e 2008, respectivamente, pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) contra decisões de magistrados de instâncias ordinárias que concediam o Benefício de Prestação Continuada a pessoas com renda familiar maior que $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo *per capita*. Em 2013, o STF julgou improcedentes as ações, fixando o entendimento de que o critério de $\frac{1}{4}$ (um quarto) é apenas um critério objetivo de julgamento, que não impede que a miserabilidade seja comprovada por outros meios de prova. Ao longo de sua fundamentação, a Corte citou leis assistências que estabeleceram critérios mais flexíveis para a concessão de benefícios, como a Lei nº 10.836/2004 (Bolsa Família), a Lei nº 10.689/2003 (Programa Nacional de Acesso à Alimentação) e a Lei nº 10.2019/2001 (Bolsa Escola).

Além disso, ainda que já houvesse evidências de que a transmissão vertical do vírus *zika* poderia provocar outras complicações neurológicas igualmente severas, a Lei nº 13.301/2016 apenas incluiu em seu âmbito de proteção crianças com microcefalia causada pelo *zika*, se mantendo inalterada até a sua revogação (BESNARD et al., 2016; RODRIGUES, 2016). Igualmente grave foi a limitação temporal que a lei estabeleceu para o recebimento do BPC, ao

prever que as crianças com microcefalia fariam jus ao benefício pelo prazo máximo de 3 (três) anos, quando se sabe que os impactos da síndrome congênita são para a vida toda. No que tange às barreiras burocráticas de acesso ao benefício, a lei manteve-se silente, preservando todas as exigências existentes, que incluem a necessidade de perícia social realizada por médico do INSS, cuja demora excessiva é incompatível com a urgência da situação das crianças e de suas famílias (DINIZ, 2016). Por fim, a lei impedia, até sua alteração pela Medida Provisória nº 894/2019, que o BPC fosse acumulado com o salário-maternidade.

Em face da necessidade de se assegurar - dentre outras coisas - que todas as crianças afetadas pelo *zika* tivessem acesso ao Benefício de Prestação Continuada, no dia 24 de agosto de 2016 a Associação Nacional de Defensoras e Defensores Públicos (ANADEP), com o suporte técnico da Anis – Instituto de Bioética, apresentou a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 5581, pedindo uma interpretação constitucional do art. 18 da Lei nº 13.301/2016 que (i) incluísse todas as crianças com a síndrome congênita do *zika* (e não apenas microcefalia), (ii) afastasse o limite de 3 (três) anos para o pagamento do BPC, (iii) a exigência de perícia social realizada exclusivamente por médico do INSS e a (iv) vedação de acumulação do benefício com o salário-maternidade, bem como que (v) estabelecesse a presunção da situação de vulnerabilidade das famílias afetadas pelo *zika*, afastando-se o requisito de renda (ANADEP, 2016; NUNES, BUZZI, 2019).

A ADI nº 5581 foi julgada improcedente pelo STF no dia 04 de maio de 2020, após o indeferimento do pedido de aditamento à inicial feito pela ANADEP para que fosse incluída como objeto de questionamento da ação a Lei nº 13.985/2020, que revogou a Lei nº 13.301/2016. O julgamento sem análise de mérito ocorreu a despeito de a ação apresentar inúmeros outros pedidos, que incluem a garantia do acesso à saúde especializada para as crianças, a promoção de políticas e campanhas educativas eficazes de informação sobre prevenção e riscos do vírus, a revisão dos protocolos de saúde já existentes, a garantia do acesso à informação em saúde sexual e reprodutiva e a métodos contraceptivos para mulheres e meninas e a autorização de que as mulheres infectadas pelo *zika* pudessem interromper a gestação para a proteção de sua saúde mental (NUNES; BUZZI, 2019). Como se verá adiante, as inconstitucionalidades questionadas na ação persistem apesar da revogação da Lei nº 13.301/2016, impedindo a efetivação do direito das crianças afetadas pelo *zika* à proteção social.

3. Pensão especial para crianças com a síndrome congênita: um avanço?

Como visto, a principal resposta apresentada pelo Estado brasileiro no campo da assistência social às crianças afetadas pela epidemia do vírus zika foi a Lei nº 13.301/2016, eivada de uma série de problemas, como o estabelecimento de um prazo máximo de 3 (três) anos para o recebimento do Benefício de Prestação Continuada, a exclusão de crianças com outras complicações neurológicas - que não a microcefalia - de seu âmbito de proteção, a vedação de cumulação do benefício com o salário-maternidade, assim como a manutenção das barreiras burocráticas para o acesso ao benefício. Diante disso, a medida foi questionada pela Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5581, proposta pela Associação Nacional de Defensoras e Defensores Públicos (ANADEP), que pedia o afastamento de todas essas barreiras e a presunção da situação de vulnerabilidade social de crianças com a síndrome congênita do zika, afastando-se o limite de renda para aferição do BPC. Após a revogação da Lei nº 13.301/2016, a ADI nº 5581 foi julgada prejudicada, a despeito da persistência da maior parte das inconstitucionalidades questionadas na norma revogadora, a Lei nº 13.985/2020.

Muito embora a ANADEP tenha realizado o pedido de aditamento da petição inicial, demonstrando ainda haver pedidos passíveis de apreciação na Ação Direta de Inconstitucionalidade - mesmo que a Lei nº 13.301/2016 houvesse sido expressamente revogada pela Lei nº 13.985/2020 - este não foi acolhido. O julgamento, então, foi realizado de forma virtual, sem a participação da sociedade civil¹ e sem a devida deliberação por parte dos membros da corte. Como resultado, houve o reconhecimento, por unanimidade, da prejudicialidade da ADI 5581. Meses após proferido o resultado do julgamento, o inteiro teor do voto e, conseqüentemente, das razões que levaram a Ministra Relatora Cármen Lúcia a tomar tal decisão, segue sem publicação. Houve, unicamente, a publicização² da manifestação do Ministro Luís Roberto Barroso que, mesmo tendo acompanhado a relatora, fez ressalvas quanto a importância de se discutir “o tratamento constitucional e legal a ser dado à interrupção de gestação, aos direitos fundamentais da mulher e à proteção jurídica do feto” (CONJUR, 2020).

A Lei nº 13.985/2020 é fruto da Medida Provisória nº 894 que, publicada em setembro de 2019, institui pensão especial indenizatória destinada a crianças com microcefalia decorrente da epidemia do vírus zika, nascidas entre 1º de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2018, e beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada. Assim como o BPC, a pensão especial teria

¹ Dos 18 (dezoito) pedidos de *amicus curiae* apresentados, nenhum foi aceito.

² O inteiro teor do voto foi divulgado apenas em veículos da imprensa, como o *site* de notícias jurídicas “Consultor Jurídico”.

o valor de um salário mínimo, a ser pago mensalmente e de forma vitalícia. A pensão especial não poderia ser acumulada com o BPC e tampouco com indenizações pagas pela União em razão dos mesmos fatos, sendo o seu recebimento condicionado à desistência de ação judicial que tivesse por objeto pedido do benefício assistencial ou de reparação. A Medida Provisória foi convertida em lei em abril de 2020, com apenas duas modificações: a extensão da pensão especial às crianças com a síndrome congênita do *zika*, e não apenas microcefalia, e que tenham nascido até o dia 31 de dezembro de 2019.

Como se verá adiante, a Lei nº 13.985/2020 mantém os vícios da legislação anterior (Lei nº 13.301/2016), com exceção, apenas, da vedação de cumulação com o salário-maternidade. Ao restringir o recebimento da pensão especial unicamente às crianças já beneficiárias do BPC, a normativa exclui milhares de crianças cujas famílias vivem em situação de vulnerabilidade, sem conseguir prover-lhes todos os cuidados necessários. Assim, persiste a limitação de que somente crianças com renda familiar *per capita* igual ou inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo poderão ter acesso à proteção do Estado. O recorte de renda instituído pela LOAS (art. 20, §3º, I, da Lei nº 8.742/1993), portanto, impede não só o acesso das famílias ao benefício assistencial, mas também à pensão especial.

A incoerência da limitação do critério de renda torna-se ainda mais evidente diante da pretensão indenizatória da pensão especial. Essa pretensão não só foi reafirmada pelo Congresso Nacional durante o exame do ato normativo, como pode ser extraída do próprio texto da lei. De acordo com o Parecer nº 01/2019 da Comissão Mista do Senado Federal destinada a analisar o ato, trata-se de uma “pensão indenizatória” devida às crianças com a síndrome congênita do *zika* diante da “responsabilidade civil do Poder Público pelos danos decorrentes da omissão em adotar políticas públicas preventivas, que favoreceu a ocorrência do surto provocado pelo Zika Vírus”. Ainda segundo o documento, o governo brasileiro admitiu sua responsabilidade na epidemia de *zika* devido a falhas no combate ao mosquito transmissor do *zika*, o *Aedes aegypti* (BRASIL, 2019). Corroborando com essa ideia, o ex-Ministro da Cidadania, Osmar Terra, afirmou que o precedente do governo federal para a implementação da pensão especial foi a Lei da Talidomida (Lei nº 7.070/1982), que concede pensão especial de natureza indenizatória à pessoa com Síndrome da Talidomida (BRASIL, 2019a).

O caráter indenizatório da pensão especial também pode ser aferido a partir da leitura do art. 1º, §1º e 2º, da lei em análise, que estabelece a sua vitaliciedade, bem como veda a sua acumulação com indenizações pagas pela União. Por ser vitalícia, a pensão especial deverá continuar sendo paga à criança ainda que a situação de hipossuficiência da família venha a cessar,

diferentemente do Benefício de Prestação Continuada, que “deve ser revisto a cada 2 (dois) anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem”, conforme o art. 21 da Lei Orgânica de Assistência Social. A vedação de que seja acumulada com outras indenizações aparenta ter o intuito de impedir que a criança seja indenizada duas vezes pelas necessidades que são, em tese, abarcadas pela pensão, reforçando assim sua pretensão indenizatória. Da leitura do art. 20, §4º, da LOAS, nota-se, portanto, que o impedimento de acumulação da pensão especial com o BPC institui uma incoerência no ordenamento jurídico, na medida em que o referido dispositivo da LOAS autoriza tal cumulação.

Além disso, ao estabelecer o critério temporal de que apenas as crianças nascidas entre 1º de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2019 farão jus ao recebimento da pensão especial, a Lei nº 13.985/2020 aparenta presumir, de forma equivocada, a inexistência do risco de que novas crianças sejam afetadas pelo *zika* e tenham suas vidas e as de suas famílias atingidas pelos impactos diretos e indiretos da síndrome congênita. Dados do Ministério da Saúde apontam que, até o início do mês de março de 2020, foram notificados 227 possíveis novos casos da síndrome congênita. Desses, 10 já foram confirmados e não farão jus ao recebimento da pensão (BRASIL, 2020d). A lei também ignora a possibilidade de que os sinais e sintomas da síndrome só venham a ser identificados mais tarde, ao longo do desenvolvimento da criança (CHAN et al., 2016). Soma-se a isso a recente descoberta de uma nova linhagem do vírus *zika* em circulação pelo Brasil que pode representar uma possível nova epidemia da doença no país (KASPRZYKOWSKI et al., 2020).

Uma das inconstitucionalidades mais evidentes da Lei nº 13.985/2020, herdada da Medida Provisória nº 894/2019, é a exigência de desistência de processos judiciais para recebimento da pensão especial - regra que viola manifestamente o princípio da inafastabilidade da jurisdição, consagrado pelo art. 5º, XXXV, da Constituição de 1988. De acordo como o art. 1º, §3º, “o reconhecimento da pensão especial ficará condicionado à desistência de ação judicial que tenha por objeto pedido idêntico sobre o qual versa o processo administrativo”. Disso implica dizer que as crianças que recebem a pensão especial poderão ser privadas de postularem em juízo o acesso a necessidades de saúde que facilmente podem não ser cobertas pelo valor de um salário mínimo, como medicamentos, tratamentos e órteses. Para além disso, o dispositivo resulta em um paradoxo, no qual, se por um lado a pensão especial não é reconhecida expressamente como indenizatória - daí a vedação de que seja acumulada com o Benefício de Prestação Continuada -, por outro, aquelas famílias que acreditam fazer jus a uma reparação pela negligência do Estado em enfrentar a epidemia do *zika* não poderão ir em busca de seus direitos.

Não bastasse as mencionadas incoerências da normativa, o art. 2º, parágrafo único, da Lei nº 13.985/2020 mantém empecilhos burocráticos para que as famílias tenham acesso à pensão especial. O exame presencial por perito médico federal para constatar a relação entre a síndrome congênita adquirida e a contaminação pelo vírus da *zika* não é critério razoável para se condicionar a aferição da pensão especial, considerando, principalmente, o difícil acesso das mães, pais e crianças com sequelas da síndrome congênita aos postos de atendimento do INSS, os quais, na maior parte das vezes, são distantes da residência e da comunidade em que vivem as famílias. Há, ainda, o notório problema da demora no agendamento e na confecção de perícia médica pelos profissionais do INSS, incompatível com a necessidade de obtenção do auxílio de forma imediata.

Diante do exposto, é possível concluir que mesmo após passados mais de cinco anos da epidemia do vírus *zika*, o Estado não foi capaz de adotar uma medida que efetive o direito à proteção social das crianças com a síndrome congênita. Os mesmos obstáculos presentes na Lei nº 13.301/2016 são reproduzidos na nova norma que dispõe sobre a pensão especial, que surge como mais uma medida insuficiente na reparação e auxílio às vítimas do *zika*. Ao se dirigir a apenas uma parcela das crianças afetadas, a lei deixa desamparadas outras milhares de crianças que se encontram igualmente em situação de extrema vulnerabilidade devido aos impactos diretos e indiretos da epidemia para elas e suas famílias. Uma análise mais detalhada da normativa só mostra – mais uma vez – como as políticas públicas brasileiras estão dissociadas da realidade de sua população, criando empecilhos excessivos e desproporcionais para que se efetivem direitos fundamentais constitucionalmente garantidos. Como desabafou uma das milhares de mães de crianças com a síndrome congênita do *zika*, “se esperamos pelo Estado vai morrer um por um” (DHESCA, 2019).

4. Reflexos da pandemia da COVID-19 para as famílias afetadas pelo *zika*: duas emergências de saúde pública, dupla violação de direitos

4.1. Quando duas emergências de saúde pública se encontram

No dia 30 de janeiro de 2020, o mundo assistia à declaração feita pela Organização Mundial da Saúde de que o surto global provocado pelo vírus Sars-Cov-2, ou novo coronavírus, já poderia ser considerado como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). No Brasil, a nova situação de emergência em saúde pública foi declarada no dia 6 de fevereiro de 2020, com a publicação da Lei nº 13.979. O Decreto Legislativo nº 6, assinado em 20 de março de 2020, reconheceu estado de calamidade pública, com efeitos até 31 de dezembro de 2020. A

COVID-19 desencadeou não só uma crise de saúde, como também um aumento dos profundos problemas sociais e econômicos vivenciados pelas populações mais vulneráveis do país.

No tocante ao tema da saúde, é importante ressaltar que a população que foi (e ainda se encontra em risco de ser) afetada pelo vírus *zika* é a mesma que também está mais propensa a sofrer as graves consequências decorrentes da pandemia atual. Crianças afetadas pela síndrome congênita se encaixam no perfil do grupo de risco para a COVID-19, pois, com frequência, são acometidas por graves problemas respiratórios, os quais as tornam mais vulneráveis a complicações graves da doença. Esse é um dos motivos pelos quais torna-se ainda mais urgente que essas crianças tenham acesso a serviços especializados para acompanhamento de suas condições de saúde. A concentração de esforços no enfrentamento à pandemia e o deslocamento de recursos para atenção a pacientes da COVID-19 não pode resultar em negligência às necessidades específicas de populações vulneráveis. Pelo contrário, devem fazer parte da política integral de cuidado e prevenção, com a garantia de acesso a tratamentos essenciais e indispensáveis, livres de estigma e discriminação.

Contudo, relatos indicam que a desestruturação dos serviços de saúde que auxiliam as crianças com a síndrome congênita é precisamente o que vem ocorrendo em Pernambuco. Dependentes dos serviços públicos, mulheres mães de crianças com microcefalia, entrevistadas pela Agência Pública, relatam que as terapias e consultas de suas filhas e filhos têm sido interrompidas, e que está ainda mais difícil obter medicamentos nestes serviços. Para as famílias que vivem em cidades do interior e dependem de transporte público, ou do transporte exclusivamente fornecido pelas prefeituras, para levar crianças às terapias e consultas, a situação é ainda mais dramática (CORREIA, 2020). Todavia, não é só a interrupção de serviço de saúde que acaba por agravar as vulnerabilidades a que as famílias afetadas pelo vírus *zika* estão sujeitas no atual contexto de pandemia da COVID-19. Há crianças que ainda estão desassistidas da proteção social do Benefício de Prestação Continuada, em um momento no qual uma mínima segurança de renda é ainda mais urgente. O desamparo priva as famílias do acesso a insumos essenciais para as crianças, como fraldas, leite especial, suplemento alimentar e medicamentos que não podem ser acessados pelos serviços públicos de saúde (GUIMARÃES, 2020).

Todos esses insumos e serviços, como exposto anteriormente, são essenciais para o desenvolvimento das crianças. Por esse motivo, sua ausência pode provocar retrocessos no progresso por elas já alcançado e impedir futuros ganhos, o que já vem sendo observado por mães que relatam redução na capacidade de deglutição das crianças e pernas mais rígidas - consequências da falta de acompanhamento em fonoaudiologia e fisioterapia. O cenário não é

diferente para as famílias de Alagoas, haja vista que, no dia 29 de maio de 2020, a Associação das Famílias de Anjos do Estado de Alagoas (AFAEAL), com o suporte da clínica jurídica Cravinas – Prática em Direitos Humanos e Direitos Sexuais e Reprodutivos, da Universidade de Brasília (UnB), encaminhou ao Ministério Público estadual uma representação, registrada sob o nº 11.2020.00001434-5³, em que denuncia a suspensão de serviços de saúde essenciais para as crianças afetadas pela síndrome congênita do *zika* no estado, bem como a preterição dessas quando buscam atendimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2020e).

Os impactos socioeconômicos da pandemia também são objeto de preocupação da Comissão Interamericana de Direitos Humanos que, em sua Resolução nº 01/2020, manifestou especial inquietação em relação à situação de países da América Latina, notadamente marcados por profundas disparidades sociais, bem como “pela falta ou precariedade no acesso à água potável e saneamento, insegurança alimentar, situações de contaminação ambiental e falta de moradia ou de habitat adequado” (CIDH, 2020, p. 3). É exatamente nessas condições que vive a grande maioria das famílias já afetadas e as mais propensas à contaminação pelo vírus da *zika* (OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE, 2016; HUMAN RIGHTS WATCH, 2017). A orientação é que esses estados prestem especial atenção às necessidades de grupos vulneráveis e ao impacto diferenciado que suas ações devem produzir nos direitos fundamentais dos grupos historicamente excluídos ou que estejam em situação de risco (CIDH, 2020).

A garantia de direitos fundamentais, principalmente daquelas populações mais vulneráveis, é também uma preocupação externada pela Organização das Nações Unidas que, em março de 2020, alertou para a gravidade dos impactos da pandemia sobre as mulheres. Além de estarem na linha de frente no combate à doença - por serem maioria nas atividades relacionadas ao cuidado -, as mulheres estão mais sujeitas a perderem seus meios de sustento, pois são também maioria no total de trabalhadores informais (ONU, 2020). Dados do IBGE (BRASIL, 2020a) revelam que a maior proporção de pessoas afastadas do trabalho devido ao distanciamento social está entre empregadas domésticas sem carteira assinada. A pandemia do novo coronavírus fez com que muitas mulheres, - em não raras situações chefes de suas famílias -, se vissem ainda mais sobrecarregadas com tarefas do lar e de cuidado com filhos (ONU, 2020). O isolamento social lhes trouxe, ainda, um aumento nos casos de feminicídio e maiores índices de violência doméstica (BRASIL, 2020; BRASIL, 2020b).

³ A referida representação contou com a colaboração das autoras do presente artigo e está disponível de maneira pública no site do MPAL.

Mulheres grávidas e puérperas, que já são consideradas grupo de risco para a incidência do vírus *zika*, são agora também consideradas grupo de risco para o novo coronavírus (BRASIL, 2020c). Essa informação, por si só, seria suficiente para que se dispensasse especial atenção ao bom funcionamento de serviços de atenção básica à saúde de gestantes, puérperas e seus bebês. No entanto, os direitos sexuais e reprodutivos são mais uma classe de direitos que têm sido negligenciados nesse período de pandemia, em clara violação às orientações da Organização Mundial da Saúde, que reconhecem a essencialidade de serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva e recomendam a sua manutenção e continuidade durante a pandemia (OMS, 2020).

Pela experiência em epidemias anteriores, sabe-se que há grande risco de que serviços de saúde não diretamente relacionados ao tratamento clínico da doença em questão, como serviços de acompanhamento psicológico e de cuidados à saúde sexual e reprodutiva, incluindo políticas de planejamento familiar, contracepção, atenção ao pré-natal e parto, sejam negligenciados. Em Guiné, Libéria e Serra Leoa houve um aumento médio de 75% da mortalidade materna durante a epidemia de Ebola, entre 2013 e 2016 (MULLAN, 2015). Em Serra Leoa, durante o mesmo período, a negligência levou a que as mulheres morressem mais de parto que pelo vírus (SOCHAS; CHANNON; NAM, 2017).

Segundo dados epidemiológicos do Ministério da Saúde, o vírus *zika* ainda circula no Brasil (BRASIL, 2020d). Dessa forma, não se pode permitir que o deslocamento de recursos para combate à COVID-19 deixe as mulheres desamparadas e sem acesso a insumos e serviços de planejamento familiar, necessários para enfrentar um período de ainda maior angústia e incerteza quanto às possibilidades de se decidir por um projeto de maternidade. Nos campos social e econômico, é preciso garantir que as famílias afetadas pelo *zika* tenham acesso à renda necessária para cumprir com as medidas de isolamento social. Por fazerem parte de população vulnerável, com escasso acesso ao emprego formal, estão submetidas ao risco de enfrentar maior empobrecimento durante e após o período de emergência em saúde.

4.2. Marco normativo vigente: proteção ou desamparo?

O temor atual, devido à pandemia da COVID-19, se soma ao desamparo anterior pela falta de acesso aos benefícios sociais a que as famílias afetadas pelo *zika* deveriam ter direito, como o Benefício de Prestação Continuada. Como se viu, a lei da pensão especial (Lei nº 13.985/2020) não resolveu os problemas de acesso à renda, e acabou por trazer diversos empecilhos para o seu recebimento. Além disso, as medidas recém adotadas pelo Estado brasileiro para aliviar os efeitos dramáticos da pandemia – como o auxílio emergencial (Lei nº 13.982/2020) - não são capazes de

garantir condições de subsistência mínimas a essas famílias. Os valores de R\$600,00 (seiscentos reais) - ou R\$1.200,00 (mil e duzentos reais), nos casos de mães solo - não chegam a todas as famílias, e excluem aquelas que já eram invisíveis aos olhos do Estado.

A Lei nº 13.982/2020 também acabou por incluir o art. 20-A à redação da LOAS, permitindo a ampliação, em escalas graduais, do critério de aferição da renda familiar mensal *per capita* para até 1/2 (meio) salário-mínimo, em razão do estado de calamidade pública. Para tanto, prescreve que devem ser analisados os seguintes fatores, combinados entre si ou isoladamente: (i) o grau da deficiência; (ii) a dependência de terceiros para o desempenho de atividades básicas da vida diária; (iii) as circunstâncias pessoais e ambientais e os fatores socioeconômicos e familiares; (iv) o comprometimento do orçamento do núcleo familiar exclusivamente com gastos com tratamentos de saúde, médicos, fraldas, alimentos especiais e medicamentos do idoso ou da pessoa com deficiência não disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Embora famílias vítimas do *zika* atendam a vários – se não todos – os critérios estabelecidos pela lei, o excesso de burocracia e de documentação exigidos inviabilizam a concessão do benefício em tempo hábil. A medida, além de temporária, é insuficiente e não confere qualquer segurança jurídica aos possíveis beneficiários.

Se, por um lado, exigências burocráticas são necessárias para manter a integralidade do procedimento administrativo, por outro, é preciso avaliar as exigências atuais à luz do princípio da proporcionalidade, de acordo com o qual a Administração Pública deve encontrar um equilíbrio entre a eficiência e a menor onerosidade possível às/aos administradas/os no cumprimento da finalidade pública. Pesquisadores/as avaliam que a configuração burocrática vigente tem representado barreiras para o acesso ao benefício que afrontam sua garantia constitucional. Citam como entraves o critério de renda extremamente restritivo, que apenas ampara pessoas em situação de extrema pobreza; as regras complexas e confusas, muitas das quais incompreensíveis para requerentes em situação de vulnerabilidade; os problemas nos arranjos institucionais envolvendo o INSS, o SUS e os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); as excessivas formalidades, como a comprovação da ausência de renda, e não somente de renda inferior a 1/4 do salário mínimo *per capita* familiar; e a necessidade de laudo médico emitido exclusivamente pelo INSS (PEREIRA et al., 2017; STOPA, 2019; VAITSMAN, LOBATO, 2017).

Importante também ressaltar a recente iniciativa do Congresso Nacional em ampliar, de forma abrangente, o recorte de renda para concessão do Benefício de Prestação Continuada para 1/2 (meio) salário-mínimo durante o período de estado de calamidade pública provocado pela pandemia, ou seja, até 31 de dezembro de 2020. A proposta, embora aprovada nas duas casas

legislativas, recebeu veto em duas ocasiões: a primeira, quando da sanção do projeto de lei que instituiu o auxílio emergencial (Lei nº 13.982/2020), e a segunda quando da medida que propôs a ampliação de referido auxílio (Lei nº 13.998/2020). Os vetos, no entanto, não foram a primeira manifestação de objeção à atualização do recorte de renda. Em 20 de dezembro de 2019, a Presidência da República já havia vetado a mesma iniciativa, no Projeto de Lei nº 3.055/1997 do Senado Federal. A justificativa, em todas as ocasiões, foi a de criação de despesas obrigatórias para o Poder Executivo, sem que se tenha indicado a respectiva fonte de custeio.

Em 11 de março de 2020, o Congresso Nacional rejeitou o veto presidencial ao PL nº 3.055/1997 e, assim, o art. 20, §3º, da Lei 8.742/1993 passou a ter a seguinte redação, dada pela Lei nº 13.981/2020: “considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/2 (meio) salário-mínimo”. A medida, todavia, foi logo contestada pelo Poder Executivo que, em 23 de março de 2020, ajuizou a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 662, na qual argumentou violação a regras fiscais e a impossibilidade de se aumentar gastos em momento de crise econômica.

Em 03 de abril de 2020, o Ministro relator da ADPF nº 662, Gilmar Mendes, concedeu liminar para converter a ADPF em ADI e suspendeu a eficácia do art. 20, §3º, da LOAS, na redação dada pela Lei nº 13.981/2020, enquanto não sobreviesse a implementação de todas as condições previstas no art. 195, §5º, da CF, art. 113 do ADCT, arts. 17 e 24 da Lei de Responsabilidade e do art. 114 da Lei de Diretrizes Orçamentárias. Muito embora a referida decisão reconheça que a inconstitucionalidade do art. 20, § 3º da LOAS já foi declarada pelo Supremo Tribunal Federal, e que peculiaridades sociais e econômicas locais são capazes de afetar o conceito do que seria uma situação de vulnerabilidade social, o critério atualmente utilizado segue sendo o da renda familiar de até ¼ (um quarto) de salário-mínimo *per capita*. Não houve quaisquer avanços no sentido de ampliar o alcance do benefício constitucional.

Em resposta protocolada na ADPF nº 662, o Congresso Nacional se posicionou a favor do aumento do recorte de renda para aferição do BPC. Em suas alegações, defendeu que a determinação constitucional não poderia ser considerada cumprida se sua aplicação ficasse restrita a um número insignificante de pessoas, não alcançando aqueles que realmente precisam. A atualização legislativa faria com que a norma incidisse materialmente, como desejado pelo constituinte, e não apenas formalmente, atingindo apenas uma parcela do que seria necessário. Suspender os efeitos do veto rejeitado seria infração ao princípio da vedação de retrocesso social em sua dimensão material.

No tocante à crise provocada pela pandemia da COVID-19, o Congresso Nacional argumentou que, no curto prazo em que o novo coronavírus passou a circular no país, já se vislumbrava uma redução da atividade econômica, com especial impacto nas faixas mais pobres da população. Seria, justamente, nessa parcela da população que a atualização do critério de renda do BPC poderia ser mais efetiva em minimizar, em algum grau, as dificuldades já enfrentadas pelas famílias em situação de vulnerabilidade social. A ampliação do recorte de renda para aferição do Benefício de Prestação Continuada seria, portanto, uma forma de se garantir a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF), além de contribuir para a consecução do objetivo fundamental de se construir uma sociedade solidária (art. 3º, I, CF).

Como visto, a flexibilização do requisito de renda familiar igual ou inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo *per capita* para aferição do BPC deixou de ser somente um pleito de atores sociais e passou a ser uma disputa política, em um embate protagonizado pelos Poderes Executivo e Legislativo, hoje em discussão no Judiciário. Muito embora ainda não se veja avanços reais e efetivos nesse debate, a pandemia provocada pelo novo coronavírus foi fundamental para reacender questões como transferência de renda, combate a desigualdades sociais e o cumprimento aos princípios da assistência social, especialmente a (i) supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica; (ii) a universalização dos direitos sociais; e (iii) o respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade (art. 4º da Lei nº 8.742/1993).

Por todo o narrado, resta evidente que o cenário de vulnerabilidade social em que vivem as famílias afetadas pelo *zika* acaba por se agravar ainda mais durante a atual pandemia da COVID-19, uma vez que a precariedade dos serviços de saúde e da assistência social, assim como as limitações de mobilidade e o aumento do desemprego afetam principalmente as populações mais vulneráveis, das quais fazem parte mulheres trabalhadoras informais, muitas vezes chefes dessas famílias (BRASIL, 2018). A fragilidade da saúde das crianças, a dificuldade de deslocamento e o aumento de preços - ou até a falta - de insumos básicos, como gêneros alimentícios e medicamentos, também acentuam a vulnerabilidade em que essas famílias vivem neste momento. Uma proteção social adequada por parte do Estado, antes necessária, é agora indispensável. Além de ilegal e inconstitucional, a limitação ao acesso ao BPC e à pensão especial são inoportunas em um cenário de incerteza econômica para essas famílias, de isolamento social e, principalmente, de dificuldade no acesso a serviços públicos de saúde.

5. Considerações finais

A epidemia do vírus *zika* trouxe consigo a urgência em assegurar o direito à proteção social às crianças afetadas pela síndrome congênita, tendo em vista as suas múltiplas demandas de cuidados, que resultam em gastos familiares catastróficos. Estes cuidados são imprescindíveis não apenas para que as crianças vivam com dignidade e alcancem o melhor desenvolvimento possível, como também para aliviar a sobrecarga financeira que tem levado as famílias atingidas pela epidemia a uma situação de vulnerabilidade ainda maior do que aquela que as fez mais suscetíveis aos efeitos do *zika*. As mais afetadas foram mulheres pobres, negras, indígenas e nordestinas, que agora enfrentam, com muita dificuldade, os impactos diretos e indiretos da epidemia em suas vidas, agravados pelas consequências da nova emergência de saúde pública provocada pela COVID-19.

No campo de assistência social, a principal resposta do Estado brasileiro para as crianças afetadas pelo *zika* e suas famílias foi a Lei nº 13.301/2016, que apresenta uma série de problemas que, embora tenham sido apontados desde a sua edição, não foram solucionados pelas medidas que a sucederam. O principal deles é a manutenção de um limite extremamente restritivo de renda para aferição do BPC: para fazer jus ao benefício, a família da criança não pode ter renda superior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo *per capita*. Como já reconhecido pelo STF muito antes da epidemia, bem como por juízes de instâncias ordinárias sensíveis aos casos concretos que lhes são apresentados, este é um critério defasado, que faz com que muitas famílias que vivem em situação de extrema vulnerabilidade fiquem desassistidas. No caso específico das pessoas com deficiência, este critério se revela ainda mais inadequado, tendo em vista todos os gastos que pessoas com necessidades complexas de saúde - como as crianças afetadas pela síndrome congênita do *zika* - precisam para que vivam com dignidade. Além disso, o critério desconsidera a perda de renda que muitas mulheres mães dessas crianças enfrentam com sua saída do mercado de trabalho formal.

A Lei nº 13.985/2020, que institui a pensão especial para as crianças afetadas pela síndrome congênita do *zika*, também está muito longe de ser uma medida adequada. Exceto por seu caráter vitalício, a medida apresenta-se, na prática, como uma mera substituição do Benefício de Prestação Continuada, haja vista seu valor - um salário mínimo mensal -, o limite de renda decorrente de seu condicionamento ao BPC e a vedação de que seja cumulada com o benefício assistencial, muito embora tenha pretensão indenizatória. Ademais, a lei mantém exigências burocráticas que vinham se apresentando como barreiras que dificultam o acesso das crianças ao benefício, tal como a necessidade de que as crianças passem por perícia feita exclusivamente por perito médico federal do INSS, afastando a possibilidade de que as famílias apresentem laudo

médico elaborado por profissional igualmente especializado. As exigências burocráticas, como mencionado, com frequência arrastam processos no âmbito do INSS por longos meses. Há, ainda, as diversas outras inconstitucionalidades abordadas ao longo deste artigo.

Em maio de 2020, a ação constitucional proposta contra a Lei nº 13.301/2016 - a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5581 - foi julgada prejudicada, em razão da publicação da Lei nº 13.985/2020. A perda de objeto ocorre quando não mais subsistem as inconstitucionalidades questionadas na ação, o que certamente não é o caso, tendo em vista que a nova medida ainda submete as crianças afetadas pelo *zika* ao critério de renda extremamente restritivo da Lei Orgânica da Assistência Social, além de excluir de seu âmbito de proteção crianças nascidas após 31 de dezembro de 2019, apesar de já haver confirmação de novos casos de síndrome congênita do *zika*.

Nos últimos meses, as medidas de isolamento e quarentena requeridas para evitar a proliferação da COVID-19 têm evidenciado as falhas nas políticas de proteção social, que afetam especialmente grupos vulneráveis como as crianças com a síndrome do *zika* e suas famílias. As mulheres mais afetadas pela pandemia também se encaixam no perfil da população mais atingida pela epidemia do *zika*. Além disso, a sobrecarga dos serviços de saúde e os impactos da pandemia para o acesso a insumos, como medicamentos e alimentação, agrava a situação das crianças, que são grupo de risco para a COVID-19. Neste momento, seria ainda mais necessário que as crianças continuassem tendo acesso a serviços de saúde para evitar que sua saúde se fragilize. Contudo, as mulheres mães das crianças têm relatado interrupção dos serviços de saúde, dificuldade para acessar medicamentos, perda de renda e preterição das crianças no atendimento. Sem qualquer segurança de renda, as crianças não possuem outra alternativa senão aguardar por novas políticas públicas que considerem suas vulnerabilidades específicas e, sobretudo, a correlação dessas vulnerabilidades com o histórico de descaso na garantia da saúde ambiental e da saúde sexual e reprodutiva. O investimento em serviços de saúde contínuos e de qualidade e em proteção social pode ser solução para que essas crianças não sejam vitimadas por novas emergências de saúde pública.

Referências

AQUINO, Estela M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2423-2446, Junho, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702423&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2020. Epub June 05, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DEFENSORAS E DEFENSORES PÚBLICOS (ANADEP). *ANADEP entra com Ação no STF para garantir políticas públicas às mulheres e crianças afetadas pelo Vírus Zika no Brasil*. 24 ago. 2016. Disponível em: <<https://www.anadep.org.br/wtk/pagina/materia?id=29504>>. Acesso em 05 nov. 2020.

CONJUR - CONSULTOR JURÍDICO. *'STF considera prejudicada ação sobre aborto em caso de gestante com zika'*. Consultor Jurídico (ConJur), 1º mai. 2020. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2020-mai-01/stf-rejeita-acao-aborto-gestantes-zika>>. Acesso em 07 out. 2020.

BESNARD, Marianne et al. *Congenital cerebral malformations and dysfunction in fetuses and newborns following the 2013 to 2014 Zika virus epidemic in French Polynesia*. *Euro Surveill*, 2016, v. 21, n. 13, 31 mar. 2016. Disponível em: <<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.13.30181>>. Acesso em 27 jun. 2020.

BRASIL. Agência Brasil. *Casos de feminicídio crescem 22% em 12 estados durante pandemia*. Empresa Brasil de Comunicação (EBC): 01 jun., 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2020-06/casos-de-feminicidio-crescem-22-em-12-estados-durante-pandemia>>.

BRASIL. Congresso Nacional. Senado Federal. *Parecer nº 01/2019. Sobre a Medida Provisória no 894/19, que institui pensão especial destinada a crianças com microcefalia decorrente do Zika Vírus*. 2019. Relator: Senador Izalci Lucas. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1824833&filename=PAR+1+MPV89419+%3D%3E+MPV+894/2019>. Acesso em 27 jun. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Desocupação, renda, afastamentos, trabalho remoto e outros efeitos da pandemia no trabalho*. Dados de maio de 2020. IBGE: 2020a. Disponível em: <<https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/trabalho.php>>. Acesso em 28 jun. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Coordenação de População e Indicadores Sociais - Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Coronavírus: sobe o número de ligações para canal de denúncia de violência doméstica na quarentena*. Brasil: Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (ODNH), do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) março, 2020b. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/marco/coronavirus-sobe-o-numero-de-ligacoes-para-canal-de-denuncia-de-violencia-domestica-na-quarentena>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). *Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde*. Brasília: março, 2020c. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>>. Acesso em 22 abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes Aegypti (dengue, chikungunya e zika)*, Semanas Epidemiológicas 1 a 21, v. 51, maio 2020d. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/Boletim-epidemiologico-SVS-22.pdf>>. Acesso em 27 jun. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento - SNIS. *Painel de Informações sobre Saneamento, 2018a*. Disponível em: <<http://www.snis.gov.br/painel-informacoes-saneamento-brasil/web/>>. Acesso em 27 jun. 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Nota Técnica: Deficiência e Dependência no Debate sobre a Elegibilidade ao BPC*, nov. 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7338/1/NT_n31_Disoc.pdf>. Acesso em 27 jun. 2020.

BRASIL. Ministério Público do Estado de Alagoas. *Processo nº 11.2020.00001434-5, de 04 de junho de 2020*. Representação da Associação das Famílias de Anjos do Estado de Alagoas (AFAEAL), abr., 2020e. Disponível em: <<https://www.mp.al.br/consulta-processo/>>. Acesso em 30 jun. 2020.

BRASIL. Ministério Público do Estado de Alagoas. Representação da Associação das Famílias de Anjos do Estado de Alagoas (AFAEAL)

BRASIL. TV Senado. *MP nº 894/2019 - Pensão especial destinada a crianças com microcefalia - 14/10/2019*. Comissão mista para examinar a MP 894/19, 2019a. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=19pXKQ6ofpw>>. Acesso em 27 jun. 2020.

CABRAL, Cibelle Mendes et al. *Descrição clínico-epidemiológica dos nascidos vivos com microcefalia no estado de Sergipe, 2015*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 26, n. 2, p. 245-254, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200245&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000200002>.

CHAN, Jasper et al. *Zika fever and congenital Zika syndrome: An unexpected emerging arboviral disease*. *Journal of Infection*, v. 72, n. 5, p. 507-524, 1 maio 2016. Disponível em: <<https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453%2816%2900061-X/fulltext>>. Acesso em 27 jun. 2020.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *Pandemia e direitos humanos nas Américas*. Resolução nº 1, de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf>>. Acesso em 27 jun. 2020.

CORREIA, Mariama. *“Minha filha morreu à míngua” - Vítimas da epidemia do Zika e parte do grupo de risco para o novo coronavírus, crianças com microcefalia estão desassistidas na pandemia*. Pública agência de jornalismo investigativo, abril de 2020. Disponível em: <<https://apublica.org/2020/04/minha-filha-morreu-a-mingua/>>. Acesso em 25 jun. 2020.

DHESCA BRASIL. Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais. *Relatório sobre o impacto da política econômica de austeridade nos Direitos Humanos*. Brasil, 2017. Disponível em: <https://austeridade.plataformadh.org.br/wp-content/uploads/2017/11/publicacao_dhesca_baixa.pdf>. Acesso em 28 jun. 2020.

DINIZ, Debora. *Vírus zika e mulheres*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000500601>. Acesso em 25 jun. 2020.

DINIZ, Debora. *Zika: do Sertão nordestino à ameaça global*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016a. 192 p.

DINIZ, Debora. *Zika em Alagoas: a urgência dos direitos*. Brasília: LetrasLivres, 2017. Disponível em: <<https://anis.org.br/wp-content/uploads/2017/06/Zika-em-Alagoas-a-urgencia-dos-direitos.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2020.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais et al. *Proteção social e política pública para populações vulneráveis: uma avaliação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC no Brasil*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3515-3526, nov. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021103515&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.22092017>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ; LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE - LSHTM. *Impactos sociais e econômicos da infecção pelo vírus Zika no Brasil*. No prelo, 2019.

GAIGER, Fernando. Parecer na Ação Direta de Inconstitucionalidade 5581. *BPC e microcefalia: uma análise do critério de renda*, 2016. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5037704>>. Acesso em 27 jun. 2020.

GARCIA, Leila Posenato. *Epidemia do vírus zika e microcefalia no Brasil: emergência, evolução e enfrentamento*. Brasil: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8282/1/td_2368.pdf>. Acesso em 26 jun. 2020.

GUIMARÃES, Lígia. 'Não tem comida em casa': o drama das mães de crianças vítimas do zika na fila do INSS. BBC Brasil, 03 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51667912>>. Acesso em 21 abril 2020.

HUMAN RIGHTS WATCH. *Esquecidas e desprotegidas: O impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no nordeste do Brasil*. Julho, 2017. Disponível em: <https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/wrdzika0717port_web.pdf>. Acesso em 03 out. 2019.

KASPRZYKOSWKI, José I; FUKUTANI, Kiyoshi F; FABIO, Helton; FUKUTANI, Eduardo R; COSTA, Larissa C.; ANDRADE, Bruno B.; QUEIROZ, Artur T. L. *A recursive sub-typing screening surveillance system detects the appearance of the ZIKV African lineage in Brazil: Is there a risk of a new epidemic? International Journal of Infectious Diseases*, 2020. Disponível em: <[https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(20\)30397-0/pdf](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(20)30397-0/pdf)>. Acesso em 27 jun. 2020.

MULLAN, Zoë. *The cost of Ebola*. The Lancet, v. 3, n. 8, 2015. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)00092-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)00092-3/fulltext)>. Acesso em 25 jun. 2020.

NUNES, Amanda; BUZZI, Vitória. *Conheça a ADI 5581, ação que pede a garantia dos direitos das mulheres, famílias e crianças atingidas pela epidemia do vírus zika*. Cravinas – Prática em Direitos Sexuais e Reprodutivos, Brasília, 27 maio 2019. Disponível em: <<https://projetcravinas.wordpress.com/2019/05/27/conheca-a-adi-5581-acao-que-pede-a-garantia-dos-direitos-das-mulheres-familias-e-criancas-atingidas-pela-epidemia-do-virus-zika/>>. Acesso em 27 jun. 2020.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE. *Documento de posição sobre a tríplice epidemia de Zika-Dengue-Chikungunya*. Instituto de Saúde Coletiva - UFBA, 2016. Disponível em: <<http://www.analisepoliticaemsaude.org/up/oaps/noticias/pdf/1460471915570d086b9f2be.pdf>>. Acesso em 27 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Gênero e COVID-19 na América Latina e Caribe: dimensões de gênero na resposta*. ONU Mulheres Brasil, 2020. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf>. Acesso em 27 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. 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*, 8 de ago de 2017. Disponível em: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/ods/a-socio-economic-impact-assessment-of-the-zika-virus-in-latin-am.html>>. Acesso em 27 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Maintaining essential health services: Operational guidance for the COVID-19 context. Interim guidance*. Junho, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/10665-332240>>. Acesso em 27 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Strengthening the health system response to COVID-19. Maintaining the delivery of essential health care services while mobilizing the health workforce for the COVID-19 response*. 18 abr. 2020a. Disponível em: <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/436354/strengthening-health-systems-response-COVID-19-technical-guidance-1.pdf>. Acesso em 30 jun. 2020.

PENALVA, Janaína et al. *O Benefício de Prestação Continuada no Supremo Tribunal Federal. Soc. estado.*, Brasília, v. 25, n. 1, p. 53-70, abr. 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922010000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922010000100004>.

PEREIRA, Éverton Luís et al. *Perfil da demanda e dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC) concedidos a crianças com diagnóstico de microcefalia no Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 11, pp. 3557-3566. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.22182017>>. Acesso em 07 out. 2020.

RODRIGUES, Laura. Parecer na Ação Direta de Inconstitucionalidade 5581. *Responde à pergunta sobre “o que sabemos sobre a síndrome do Zika congênito e quais seus efeitos para o feto e para a saúde da mulher?”*, 2016. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5037704>>. Acesso em 27 jun. 2020.

SANTOS, Darci et al. *Documento de posição sobre a tríplice epidemia de Zika-Dengue-Chikungunya*. Observatório de Análise Política em Saúde, 12 abr. 2016. Disponível em: <<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documento/noticias/1460471915570d086b9f2be/>>. Acesso em 27 jun. 2020.

SOCHAS, Laura; CHANNON, Andrew Amos; NAM, Sara. *Counting Indirect Crisis-Related Deaths in the Context of a Low-Resilience Health System: The Case of Maternal and Neonatal*

Health During the Ebola Epidemic in Sierra Leone. Health Policy Plan, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/heapol/czx108>>. Acesso em 26 jun. 2020.

STOPA, Roberta. *O direito constitucional ao Benefício de Prestação Continuada (BPC): o penoso caminho para o acesso*. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 135, p. 231-248, maio/ago. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n135/0101-6628-sssoc-135-0231.pdf>>. Acesso em 07 out. 2020.

VAITSMAN, Jeni; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência: barreiras de acesso e lacunas intersetoriais*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3527-3536, nov. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021103527&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 out. 2020.

VARGAS, Alexander et al. *Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 25, n. 4, p. 691-700, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400691&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 jun. 2020. Epub Sep 26, 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000400003>.