

A Epidemia do Vírus Zika no Brasil e o Caso do Estado do Rio De Janeiro: Desafios e Especificidades no Âmbito das Políticas Públicas

Ingrid Karla da Nóbrega Beserra¹

Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira²

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato³

Eliane Hollanda⁴

Jeni Vaitsman⁵

Recebido: 23/04/2020

Aprovado: 02/12/2020

DOI: 10.18829/2109

RESUMO

Em outubro de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) comunica a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) o aumento do número de casos de microcefalia naquele estado. Esses dados chamaram a atenção das autoridades sanitárias e governamentais porque representaram uma diferença considerável em relação à série histórica identificada até aquele ano. Considerando a complexidade do problema, o Estado brasileiro lança uma série de ações que demandaram das políticas públicas a constituição de arranjos formais e informais para o enfrentamento da situação de emergência. No âmbito dos estados, a coordenação foi exercida de modo a construir com os municípios respostas locais que pudessem dar um suporte maior às famílias. Neste sentido, além das salas de situação, também foi necessária a constituição de pontos focais, de capacitações constantes e da sensibilização dos gestores. Verifica-se que apesar do baixo financiamento e das dificuldades regionais e políticas, foram criados elementos importantes que merecem caracterização. Dessa maneira, as ações que passaram a ser vivenciadas a partir desse período são objeto de estudo que vem sendo realizado por meio da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) em parceria com Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, da Universidade Federal Fluminense (UFF). Os resultados dessa pesquisa serão apresentados no artigo que se apresenta e demonstram a importância dos mecanismos de coordenação e cooperação no âmbito da proteção social brasileira para o enfrentamento do evento em saúde pública em questão.

Palavras-chave: Síndrome Congênita do Zika, Política Social, Análise de Políticas Públicas, Gestão Pública.

¹ Assistente Social. Mestre em Serviço Social. Doutoranda em Política Social (UFF). Professora na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Coordenadora de Educação Permanente na Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: ingridkarla.nobrega@gmail.com.

² Assistente Social. Mestre e Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ). E-mail: sandravs@uol.com.br.

³ Socióloga pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Administração Pública pela Fundação Getúlio Vargas e Doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, com pós doutorado na London School of Economics and Political Science. Professora Titular da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense. Coordenadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social. E-mail: lenauralobato@uol.com.br.

⁴ Socióloga pela Universidade Federal Fluminense. Mestre em Educação pela Fundação Getúlio Vargas e Doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública. Pesquisadora na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ). E-mail: elianelimahollanda@gmail.com.

⁵ Socióloga pela Universidade de Estocolmo. Mestre em Antropologia Social pela École des Hautes Etudes en Sciences Sociales e doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Estado do Rio de Janeiro - IUPERJ. Pesquisadora-titular aposentada da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: vaitsman@uol.com.br.

ABSTRACT

In October 2015, the State Health Secretariat of Pernambuco (Secretaria de Saúde de Pernambuco) communicates to the Health Surveillance Secretariat (Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde) the increase in the number of microcephaly cases in that state. These data caught the attention of health and government authorities because they represented a considerable difference in relation to the historical series identified up to that year. Considering the complexity of the problem, the Brazilian State launches a series of actions that demanded public policies to establish formal and informal arrangements to face the emergency situation. At the state level, coordination was exercised in order to build local responses with municipalities that could give greater support to families. In this sense, in addition to the situation rooms, it was also necessary to establish focal points, constant training and awareness of local managers. It appears that despite the poor funding and regional and political difficulties, important elements have been created that deserve characterization. Thus, the actions that began to be experienced after that period are the object of a study that has been carried out through the National School of Public Health (ENSP / FIOCRUZ) in partnership with the Postgraduate Studies Program in Social Policy, at Universidade Federal Fluminense (UFF). The results of this research will be presented in the article now presented and demonstrate the importance of coordination and cooperation mechanisms within the scope of Brazilian social protection to face the public health event in question.

Keywords: Congenital Zika Syndrome, Social Policy, Public Policy Analysis, Public administration.

INTRODUÇÃO

O aumento exponencial de casos de microcefalia no segundo semestre do ano de 2015, principalmente na região nordeste do Brasil, coloca o Estado e as instituições de pesquisa diante de uma epidemia com a qual não se havia preparo ou conhecimento para as especificidades que ela poderia demandar: a relação do Vírus Zika com alterações no sistema nervoso central ou com a redução do perímetro encefálico de crianças que estavam nascendo naquele período.

O Vírus Zika é um arbovírus, pertencente à família *Flaviviridae*. Esta também está relacionada ao vírus da dengue, da febre Chikungunya, da febre do Nilo Ocidental e da febre amarela. O Zika é considerado um arbovírus, pois também é transmitido através da picada do mosquito *Aedes Aegypti* (GATHERER E KOHL, 2016).

O Zika não representava uma situação nova no mundo. Apesar disso, pesquisadores, médicos e mulheres apontaram uma nova descoberta em âmbito nacional: a transmissão do Zika e a sua relação com os casos de microcefalia que se expandiam por todo território brasileiro (DINIZ, 2016).

Até a emergência da epidemia no nordeste do país e a sua expansão para outras regiões, não se sabia da associação em infecções em mulheres grávidas condicionando à existência da microcefalia ou de outros aspectos clínicos particulares. Isso mobilizou agentes políticos, instituições de pesquisa e impulsionou a necessidade de articulação de políticas públicas para o direcionamento de estratégias de coordenação e cooperação.

O período no qual o Zika emerge no país compõe a chamada Tríplice Epidemia, já que outros vírus se espalhavam e transmitiam outras doenças, como a Dengue e a Chikungunya. Esse fato, além de preocupante para o período, demonstrou a ineficácia da centralidade vetorial como base das estratégias de atuação mais desenvolvidas desde a década de 1980 pelo Estado. Era necessária uma maior articulação entre as políticas públicas de saúde, assistência social, previdência, saneamento básico, habitação e outras que apresentassem transversalidade com a problemática.

De acordo com Costa (2016), ao centrar toda a construção do discurso no combate ao Aedes, o Estado desloca o foco das condições de vida que propiciam os criadouros. O discurso de que o país é atacado pelo mosquito, destituindo a responsabilidade estatal, já que essa apenas reage à agressão. E, assim, naturaliza-se o problema. São as condições ambientais, e não as sociais, que determinariam a existência da epidemia.

Os segmentos da população mais atingidos pelo Zika e que tiveram bebês acometidos por infecções congênitas foram justamente aqueles mais pobres e inseridos em diversas condições de vulnerabilidade e negação de direitos básicos, como acesso aos serviços de saúde, saneamento básico e fornecimento irregular de água.

O enfrentamento à epidemia, associada ao vírus Zika e suas complicações biopsicossociais decorrentes da emergência, destacam-se como um grande desafio para a ciência, gestores e profissionais de saúde no país e no mundo, devido à complexidade das questões que ainda permanecem em investigação.

Com a decretação do fim da Emergência em Saúde Pública, em 2017, o Estado Brasileiro passa a conviver com os diversos impactos sociais e econômicos imbricados às consequências advindas do contexto da epidemia. Para tanto, tornou-se necessário fazer investimentos no âmbito da proteção social, tendo em vista a demanda por acesso a benefícios socioassistenciais e dos cuidados voltados ao acesso a medicamentos, terapias, estimulação precoce, atendimentos clínicos e ambulatoriais, no âmbito da saúde pública.

Observa-se que as consequências sociais foram imensas, porém, por outro lado, o vírus impulsionou a comunidade científica no desenvolvimento de muitos debates no que se refere à necessidade de investimento em pesquisas, tecnologia, aspectos éticos, formas seguras para a disponibilização de dados. O mesmo ocorre em relação à articulação entre ciência e políticas públicas, demonstrando cada vez mais a necessidade de ações intersetoriais.

Considerando esses aspectos, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), em parceria com o Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, da Universidade Federal Fluminense, vêm desenvolvendo a pesquisa intitulada “Ciências Sociais e Humanidades frente à Epidemia de Zika Vírus no Brasil”.

Esse estudo vem sendo conduzido por pesquisadores da área de políticas públicas da das ENSP e da UFF. Além dos elementos que se apresentam nesse trabalho, a análise que vem sendo desenvolvida também terá como resultado a tese de doutoramento intitulada “O Estado frente à Epidemia de Zika Vírus no Brasil: desafios, estratégias e especificidades do caso brasileiro”.

Os objetivos da referida pesquisa consistiram na análise das estratégias de políticas públicas, no estado do Rio de Janeiro, para o enfrentamento da epidemia. As ações metodológicas consistiram na aplicação de entrevistas direcionadas a diversos profissionais que atuam no atendimento direto às famílias, bem como aqueles que atuam em órgãos de gestão. O detalhamento desse processo será apresentado nos próximos tópicos.

A partir dos dados coletados no estado do Rio de Janeiro, considerado uma referência histórica e de vanguarda no âmbito da proteção social e de saúde pública, contando com uma rede ampla de atendimento e com várias instituições de pesquisa, observou-se que mesmo com a grave crise econômica vivenciada no período de emergência da epidemia, estratégias importantes foram se desenvolvendo no âmbito das políticas públicas.

Mesmo diante da crise aguda tanto no plano econômico, quanto do ponto de vista da saúde pública, as ações desenvolvidas no referido estado foram fundamentais para criar mecanismos institucionais e redes para o atendimento de crianças e famílias acometidas pela SCZ. Nesse sentido, pretendeu-se, na perspectiva da análise de políticas públicas, identificar os nós críticos no processo de implementação, bem como as experiências que se demonstraram positivas ao processo.

A partir das questões apontadas, este artigo será apresentado na seguinte divisão: fundamentos teóricos; aspectos metodológicos; a estrutura e organização das políticas públicas brasileiras; o contexto da epidemia; e o caso do Rio de Janeiro.

1. Fundamentos Teóricos: a Análise de Políticas Públicas

O objeto dessa pesquisa está inserido no campo da análise de políticas públicas e dos mecanismos estatais que se desenvolveram diante da epidemia do Vírus Zika no Brasil.

A produção teórica que permeia o campo de problematização diante da epidemia ainda é muito recente e, quando comparada a outras infecções virais, também apresenta uma produção teórica ainda em fase de desenvolvimento.

Ao analisar o primeiro momento dessa epidemia, entre 2015 e 2016, através de uma análise bibliométrica, Martinez-Pulgarin *et al* (2016) asseverava que a produção sobre Zika ainda se encontrava abaixo do esperado quando comparada a outras doenças virais, como por exemplo, a Chikungunya.

Muitos aspectos só vieram a ser produzidos ou entrar em fase de investigação a partir do momento em que a epidemia chegou ao Brasil. A divulgação científica em torno do Vírus Zika tem sido divulgada através de artigos indexados em âmbitos nacional e internacional.

Apesar disso, os fundamentos teóricos em torno dessa problemática vêm sendo discutidos no âmbito da produção acadêmica há anos e apresentam um vasto acúmulo de referências. O marco teórico que situa a discussão em torno da análise da epidemia do Vírus Zika, considerando as estratégias adotadas pelo Estado brasileiro em torno do caso já apontado é composto por uma série de conceitos-chave, essenciais para o desenvolvimento do trabalho.

O conjunto de conhecimentos acumulados que constituem as mediações necessárias à compreensão do tema se articulam à discussão da análise de políticas públicas; intersectorialidade; organização e estruturação das políticas sociais no Brasil; mecanismos de coordenação e cooperação e as interações horizontais que se estabelecem entre as esferas estatais e setores da sociedade civil.

A análise de políticas públicas (*policy analysis*) é atividade social e política que se manifesta no Brasil, sobretudo a partir da década de 1930. E desde então vem se expandindo através de diversas perspectivas metodológicas para a sua execução (VAITSMAN, RIBEIRO E LOBATO, 2013A, 2013B; VAITSMAN, LOBATO E ANDRADE, 2013).

É claro que a análise de políticas sociais paira em torno da relação conflituosa que se estabelece entre Estado e Sociedade, tornando-se transversal e constituindo uma temática que possui heterogeneidades teóricas e práticas, dados os aspectos conjunturais, metodológicos e até mesmo das capacidades institucionais, diante de uma dada problemática a ser investigada.

A partir disso, observa-se que as análises de políticas sociais se projetam à compreensão do desenho proposto pela política. Estudos dessa natureza não consideram as relações de causalidade. Apesar disso, relacionam a capacidade para a estruturação das propostas e os mecanismos que desafiam a sua implementação.

A análise está centrada justamente na etapa de implementação, das estratégias adotadas e dos mecanismos estatais para o enfrentamento da epidemia. Dentre esses mecanismos, situam-se as ações de coordenação, cooperação e intersetorialidade que foram desenvolvidas no âmbito do Estado brasileiro, particularmente diante da situação vivenciada pelo Rio de Janeiro.

A coordenação é compreendida como o conjunto dos mecanismos que permitem a execução de serviços, de modo a garantir as conexões entre os setores envolvidos. A cooperação, por sua vez, diz respeito às ações e interações desenvolvidas por atores diversos de forma a alcançar um objetivo, por meio da organização das estratégias e do compartilhamento de informações.

Autores como Menicucci e Marques (2016), Olson (1965); Elster (1989); e Peters (1998) são fundamentais tanto na análise de políticas públicas quanto diante da problematização em torno das capacidades estatais que atuam na relação entre cooperação e coordenação dessas políticas.

Nesse debate, é importante refletir sobre a existência de mecanismos de coordenação e cooperação para a construção de ações intersetoriais. Apesar disso, no caso brasileiro, é necessário observar que outros fatores como a ampla setorização das políticas desafiam a eficácia desse processo.

Sobre a intersetorialidade, concorda-se com Monnerat (2009) quando afirma que os conceitos em torno desse campo apontam para a necessidade de serem implementadas formas inovadoras na formulação das políticas sociais. A intersetorialidade é então vista como uma estratégia importante na superação da fragmentação das políticas.

Considerando esses aspectos, utilizou-se para o desenvolvimento da pesquisa o entendimento de que a intersetorialidade abarca todas as ações que se estabeleceram para o

enfrentamento da epidemia e da fragmentação entre as políticas sociais através da organização de atores no âmbito da coordenação; da cooperação; de redes de apoio e demais estratégias que se manifestem de forma horizontalizada.

Para Menicucci e Marques (2016), há uma dependência de mecanismos de coordenação e cooperação na eficácia das políticas públicas:

A implementação da maioria das políticas sociais demanda a integração de ações dos diversos níveis de governo, o que remete ao problema teórico clássico sobre a possibilidade de ação coletiva ou de cooperação entre entes autônomos. Em contextos federativos, a cooperação remete a questões analíticas como a coordenação federativa, a definição de arenas federativas para construção de acordos entre os entes federados e as condições nas quais seja possível a cooperação (MENICCUCCI E MARQUES, 2016:01).

Em torno da epidemia do Vírus Zika, entende-se que essas questões são ainda mais complexas, já que havia um desconhecimento em torno da sua relação com a Síndrome Congênita e das consequências que poderiam se manifestar em médio e longo prazo.

Dentre essas consequências, observa-se a necessidade de ampliação e reestruturação da proteção social e dos cuidados em saúde voltados a crianças vivendo com uma doença crônica. Essa condição demanda algumas especificidades para a interlocução entre os mecanismos de coordenação e cooperação que ultrapassam o campo das políticas sociais. Remete também às condições vivenciadas pelas famílias e pelas formas de organização, intra e extra institucionais, que foram se estabelecendo.

Essas formas de organização intra e extra institucionais compõem as chamadas redes de apoio. De acordo com Silke e Kriesse (2007), a formulação de políticas públicas vem ocorrendo em subsistemas específicos que não são controlados apenas por atores estatais, mas também através de atores públicos e privados.

É o caso das diversas formas de associações e redes que se estabeleceram em torno da discussão da epidemia do Zika. Estas ocorreram tanto a nível nacional, quanto internacional e envolveram diferentes segmentos: a pesquisa científica; a integração entre instituições; e as mães com suas pautas específicas. De toda forma, esses três eixos se estabelecem como mecanismos que podem contribuir para a organização e definição das estratégias a serem adotadas no campo das políticas públicas.

De modo geral, a análise que se processou no desenvolvimento da pesquisa dialogou com as estratégias que foram desenvolvidas no período que marca a epidemia do Vírus Zika no Brasil, com os referenciais teóricos inseridos no campo da chamada *social policy* e com os

desenhos direcionados pelos documentos institucionais elaborados no período (Portarias, Notas Técnicas e Instruções Normativas).

2. Metodologia

Os resultados da pesquisa foram consolidados através de uma análise qualitativa em torno de aspectos específicos no âmbito da política pública e das ações estratégicas direcionadas pelo estado do Rio de Janeiro à Epidemia do Vírus Zika.

A pesquisa se insere no campo da análise de políticas públicas, ou seja, a mesma dialoga com os desenhos propostos pela política. De acordo com Arretche (1998), a análise de uma política se configura como o exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas. Dessa maneira, numa análise, busca-se reconstituir as diversas características e a forma de apreendê-la o mais coerente possível.

As particularidades dessa metodologia dialogam ainda com o aspecto qualitativo de um objeto específico a ser investigado. Para Martinelli (1999), a pesquisa qualitativa pretende conhecer o sujeito e suas experiências sociais. É esse direcionamento que buscará compreender os fatos e as percepções, a partir dos significados atribuídos pelas vivências dos próprios sujeitos.

Na abordagem desenvolvida para a coleta de dados, as percepções e experiências foram analisadas a partir da apreensão de como os serviços de saúde, assistência, previdência e outras políticas transversais foram se articulando para o enfrentamento à epidemia e suas consequências.

É importante asseverar que o período da análise compreendeu as ações e estratégias que se desenvolveram entre o período de 2015 a 2018. Os anos escolhidos levaram em consideração a emergência da epidemia e uma normativa importante com destinação de financiamento implicando a reestruturação das estratégias de coordenação para os estados. A Portaria 3.502 de 19 de dezembro de 2017, previa ações a serem pactuadas durante o prazo máximo de cento e oitenta dias, a contar da data de publicação. A mesma também considera que a pactuação deveria acontecer no âmbito dos estados, Distrito Federal e Municípios, através da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), prevendo o prazo para a execução da Estratégia de fortalecimento das ações de cuidado das crianças suspeitas ou confirmadas para Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika e outras síndromes causadas por sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus (STORCH).

Para lograr a análise qualitativa, outros métodos também foram utilizados por se configurarem como necessários aos objetivos propostos. São eles, a pesquisa documental e a aplicação de entrevistas semiestruturadas.

Na análise documental foram considerados registros estatísticos atualizados; dados da vigilância socioassistencial; Normas Operacionais; Instruções Normativas; Notas Técnicas; e documentos que sistematizaram a análise das ações coordenadas e de cooperação no âmbito do Governo Federal e do estado do Rio de Janeiro.

O acompanhamento desses documentos se revelou de suma importância para o aprofundamento da análise das regras institucionais estabelecidas para o desenvolvimento das estratégias intersetoriais, particularmente aquelas que se articulam aos arranjos institucionais do estado chave.

Já as entrevistas semiestruturadas foram aplicadas a gestores e profissionais que tiveram envolvimento direto com os comitês de gestão estadual, articulados à epidemia do Vírus Zika e das ações voltadas às crianças com Síndrome Congênita do Zika. Nesse processo, foi possível consolidar um total de 17 entrevistas com atores-chave que atuaram nos órgãos centrais de atendimento e articulação da epidemia.

A análise dos dados primários foi realizada de acordo com os resultados das entrevistas aos profissionais que atuam na rede estadual de RJ, através de roteiros previamente estruturados. A coleta de informações tinha como objetivo a identificação de mecanismos; lacunas; desafios e possibilidades diante da epidemia do Zika e suas consequências a crianças e famílias.

3. Estrutura das Políticas Públicas no Brasil

As políticas públicas são consideradas mediações fundamentais nas relações que se estabelecem entre Estado e Sociedade. Nesse sentido, a mesma não pode ser entendida como a síntese de funções estatais, mas das disputas e contradições que permeiam esse campo.

Concordando com Pereira (2008), a política pública não é sinônimo de política estatal. É, por outro lado, ação pública na qual, além do Estado a sociedade se faz presente e ganha representatividade:

Política pública, como já indicado, não é sinônimo de política estatal. A palavra pública, que sucede a palavra política, não tem identificação exclusiva com o Estado. Sua maior identificação é com o que em latim se denomina de *res publica*,

isto é, *res* (coisa), *publica* (de todos), e, por isso constitui algo que compromete tanto o Estado quanto a sociedade. É, em outras palavras, ação pública, na qual, além do Estado, a sociedade se faz presente, ganhando representatividade, poder de decisão e condições de exercer o controle sobre a sua própria reprodução e sobre os atos e decisões do governo (PEREIRA, 2008, p. 94).

Assim, é fundamental ressaltar que nas relações que a política pública estabelece, há além de ações estatais. Podem existir ainda aquelas que são desenvolvidas por entidades privadas ou não governamentais.

Na particularidade brasileira, mudanças importantes no campo das políticas públicas são verificadas entre as décadas de 1980 e 1990. Fortes reconfigurações se manifestaram nesse período, sobretudo, quando são identificadas as conquistas presentes no texto constitucional de 1988, quando saúde, assistência social e previdência social passam a ser inseridas no âmbito da Seguridade Social.

Esse processo, além de garantir o reconhecimento de direitos sociais importantes, lança reconfigurações à organização das políticas sociais. A partir desse período, as estratégias de descentralização se somam às formas de participação e controle democrático no âmbito das decisões estatais. Características bem distintas da estrutura centralizadora que marcava as décadas anteriores.

Nesse caso, a descentralização além de se manifestar no plano jurídico-formal da Carta Constitucional de 1988 representa também uma institucionalização de condições técnicas no plano local, destinadas à gestão de políticas sociais (ARRETCHE, 1999).

A descentralização implicou em certa autonomia dos municípios na implementação e execução de serviços, estimulou a institucionalização de novos atores, formas de governança e outros elementos que tendem a se manifestar nas relações entre Estado e sociedade civil.

Apesar dessas questões, o desenvolvimento das estruturas dessas políticas sociais vai sendo marcado por forte setorização, o que gera diversos desafios à cooperação institucional e política. Verificam-se também fortes desigualdades entre estados e municípios em relação às capacidades técnicas e financeiras. A saúde e a assistência social vivenciam o aviltamento de investimentos, o que também dificulta a criação de estruturas organizadas de cooperação. Os vínculos e contratos de trabalho dos profissionais vêm se tornando a cada dia mais precarizados, impulsionando ampla rotatividade.

De modo geral, o acesso às políticas da Seguridade Social brasileira está organizado da seguinte maneira:

- Saúde Pública: universal;
- Assistência Social: universal, para quem dela necessitar;
- Previdência Social: contributiva e de filiação obrigatória.

Os recursos destinados a essas políticas são provenientes da arrecadação de tributos pelos entes federados. Estes contam ainda com o cofinanciamento que contribui para o orçamento anual, destinado a cada setor.

A partir da Constituição Federal de 1988 e de seus desdobramentos normativos, essas políticas se destinam ao atendimento dos seguintes aspectos:

- Previdência Social: benefícios destinados à cobertura dos riscos de doença, invalidez, morte, idade avançada, proteção à maternidade e à família.
- Saúde pública: atenção primária, média e alta complexidade.
- Assistência Social: programas e ações de proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, bem como promoção de integração ao trabalho, habilitação e reabilitação e integração na vida social de pessoas com deficiência.

Tanto a saúde, quanto a assistência social estão organizadas em um Sistema Nacional e Único. Aquela está organizada a partir das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e a última está organizada conforme o que institui o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

É importante destacar que enquanto o SUS já se organizava e estruturava as suas bases desde a década de 1990, o SUAS só vai se instituir efetivamente nos anos 2000, com a criação da NOB/SUAS, 2005, e da Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Tal avanço representou o reconhecimento da assistência como direito social, apesar da sua trajetória marcada por ações fragmentadas, assistencialistas, programas temporários e com baixo financiamento.

A rede de saúde é composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASFs), hospitais que atendem média e alta complexidade, serviços de reabilitação, laboratórios e outras instituições. Ressalta-se que a rede particular se insere nesse sistema de maneira complementar.

A Previdência Social é administrada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia do Governo Federal. É o órgão responsável por atender os trabalhadores vinculados ao Regime Geral da Previdência Social e pelo pagamento dos benefícios previstos.

A rede de equipamentos da assistência social está organizada por níveis de complexidade, sendo os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) os responsáveis pelo atendimento, apoio, empoderamento e inclusão de famílias em situação de pobreza e vulnerabilidade Social. Ainda no SUAS, os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) são responsáveis pelo atendimento a Famílias e Indivíduos em Situação de Risco Social. Os Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros POP) são destinados ao atendimento de famílias e indivíduos situação de rua. Os Centros Dia se destinam à atenção às pessoas com deficiência, suas famílias e cuidadores. E os abrigos ou famílias acolhedoras têm como objetivo o atendimento a pessoas afastadas do convívio familiar, em situação de rua, abandono e calamidade pública.

Mas por que tratar da estrutura e organização das políticas públicas diante da problemática que ora se discute? Entre diversas questões, foram justamente essas políticas as responsáveis por estabelecer formas de coordenação e de cooperação para o atendimento de crianças e famílias afetadas pela Síndrome Congênita do Zika. Além disso, as instituições e os profissionais que nelas atuam tiveram um papel fundamental na condução, monitoramento e avaliação dos casos.

Em Portarias e Notas Técnicas do Governo Federal também foi possível verificar a indicação e importância da atuação intersetorial para o desenvolvimento das estratégias. É o caso, por exemplo, da Portaria Interministerial n. 405 de 15 de março de 2016 que destaca a necessidade de atuação conjunta entre saúde e assistência social:

I - no âmbito do SUS: a) identificar e localizar os casos suspeitos de microcefalia notificados como "em investigação" e "investigados e confirmados"; b) prover a busca ativa, o transporte e hospedagem da criança e familiar quando fora de seu domicílio até o serviço destinado a esclarecer o diagnóstico e retorno à origem; c) prover a confirmação ou exclusão diagnóstica dos casos notificados como em investigação; d) prover, nos casos confirmados de Microcefalia, independente de sua causa (infecciosa ou não), completa avaliação clínica da criança do ponto de vista pediátrico, neurológico, oftalmológico, auditivo e outras avaliações necessárias; e) emitir laudo médico circunstanciado, com base na avaliação de que trata a alínea "d", que contenha as informações mínimas necessárias sobre o diagnóstico e a condição clínica da criança, com a finalidade de planejar o cuidado e de instruir o processo de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC); e f) definir e encaminhar cada criança com microcefalia, de acordo com suas necessidades, ao(s) serviços assistenciais mais adequados para prover a assistência na puericultura, estimulação precoce e atenção especializada, conforme

os protocolos assistenciais estabelecidos pelo Ministério da Saúde; e II - no âmbito do SUAS: a) colaborar com a rede do SUS na busca ativa de crianças suspeitas de microcefalia e suas famílias; e b) prover serviços e benefícios de proteção social às crianças com microcefalia e a suas famílias (BRASIL, 2016a).

E ainda da Instrução Operacional Conjunta n. 1 MS-MDS, de 25 de fevereiro de 2016, que também assinala a importância dessa forma de atuação:

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS e o Ministério da Saúde - MS, com o intuito de combaterem conjuntamente a referida emergência, desenvolveram um plano de ação composto por 2 (dois) eixos: I- Prevenção; II- Acolhida, Cuidado e Proteção Social, com vistas a oferecer suporte às famílias, especialmente gestantes e bebês. É de suma importância que ocorra articulação e integração entre as redes dos Sistemas Únicos de Assistência Social - SUAS e de Saúde - SUS, bem como às demais políticas e órgãos setoriais que compõem o Plano Nacional de Enfrentamento ao *Aedes aegypti* e à microcefalia (BRASIL, 2016b).

No contexto da epidemia do Zika e considerando o âmbito local, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospitais especializados se tornaram a referência do SUS para o atendimento dos casos. Na assistência social, foram os CRAS as portas de entrada dos serviços e benefícios assistenciais. E o INSS foi o órgão responsável pelo atendimento no que se refere à concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC), benefício destinado a pessoas com deficiência (e idosos) com renda familiar até 1/4 do salário mínimo⁶.

Nesse contexto é importante também ressaltar a importância dos Centros-Dia, unidades que já faziam o atendimento a jovens e adultos com deficiência em situação de dependência e que passaram a receber crianças com Síndrome Congênita do Zika. Em 2017 eram 1163 Centros que realizavam esse tipo de atendimento, 93 deles situados no estado do Rio de Janeiro. Mesmo sendo um serviço de referência para Pessoas com Deficiência (PCD), não é possível afirmar que todas as crianças com SCZ foram atendidas por eles.

Também é necessário afirmar que muitas das crianças continuaram sendo atendidas por instituições de pesquisa e hospitais de referência que lideraram as principais descobertas. Outras também foram sendo atendidas por associações, como é o caso da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD).

⁶ É importante destacar que em 2020, essa regra sofreu alterações, com as definições trazidas pela Lei 13.981 de, 24/03/2020. A partir de então esse benefício passou a ser direito de pessoas com renda mensal *per capita* inferior a 1/2 salário mínimo. Em 2021, essa proposta voltou a ser debatida. É importante acompanhar os desdobramentos.

É importante destacar que a atenção de média e alta complexidade no campo da saúde está organizada em municípios de grande porte ou em metrópoles, o que requer ampla articulação entre os estados e suas referidas regiões de saúde para atender usuários advindos do interior.

Pelas características da estrutura e organização das políticas sociais brasileiras, os municípios são os responsáveis pela oferta dos serviços e devem ser apoiados e cofinanciados por estados e União. No entanto, como se viu, há certa inequidade entre a qualidade técnica e financeira de cada território. Muitos acabam arcando com a maior parte dos gastos, tendo em vista a existência de crises fiscais. Na assistência social, os municípios dependem também da parceria dos estados, embora a maior parte do financiamento seja do nível federal por conta do Programa Bolsa Família e do BPC.

Num contexto mais amplo, são diversos os desafios que se colocam para um melhor funcionamento das estruturas existentes. Citam-se, por exemplo, o baixo investimento nas políticas de saúde e de assistência, a setorização das estruturas de financiamento, as contrarreformas do Estado, os limites para o gasto de pessoal que impede a contratação de novos servidores, a persistência do clientelismo, as relações desiguais que se manifestam no âmbito de todo território nacional, entre outras questões.

Apesar disso, a epidemia do Zika mobilizou diversas instituições e direcionou algumas experiências importantes para o enfrentamento de um evento desconhecido e de grande complexidade que poderá contribuir para situações similares futuramente.

4. A Epidemia do Vírus Zika no Brasil

A emergência da epidemia do Vírus Zika no Brasil representou um enorme desafio para o Estado, para a sociedade e para a comunidade científica. Mas, sobretudo, para os profissionais que atuam no âmbito das políticas públicas, dada a complexidade dos casos e dos seus aspectos clínicos, imunológicos e epidemiológicos; do não conhecimento da sua relação com a Síndrome Congênita e da assistência social; e da permanente necessidade de integração do diálogo entre as instituições.

O desafio impera ainda mais quando se considera que até 2018, três anos após o início da epidemia, ainda existiam casos em investigação. Esse fato ocorreu tendo em vista que a microcefalia não foi a única causa impulsionada pelo Zika. Outras comorbidades estavam associadas à transmissão viral e só foram descobertas posteriormente. Os protocolos e os

testes iniciais - dado o desconhecimento dos principais aspectos inerentes ao problema - não foram capazes de identificar a existência de uma infecção ou de uma síndrome congênita que traria consequências e formas crônicas de adoecimento a essas crianças.

Segundo dados do Boletim Epidemiológico, nº 46, de novembro de 2018, o Ministério da Saúde (MS) recebeu 16.735 notificações (entre o período de 08/11/2015 a 06/10/2018) de casos suspeitos de alterações no crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos. Essas alterações as quais o Boletim se refere estavam possivelmente relacionadas à infecção pelo Zika e outras etiologias infecciosas. Desse número, 2.101 (12,6%) foram excluídos e 2.769 (16,5%) permaneciam em investigação ainda no ano de 2018. Desses casos em investigação, 7.617 (45,5%) foram descartados, 3.267 (19,5%) foram confirmados, 569 (3,4%) foram classificados como prováveis para relação com infecção congênita durante a gestação e 412 (2,5%) foram dados como inconclusivos (BRASIL, 2018).

Considerando que ainda no ano de 2018 existiam casos em investigação, a Síndrome Congênita do Vírus Zika (SCVZ) permaneceu durante um longo período representando uma preocupação e demandando constantes debates sobre as formas de reabilitação, tratamentos e de inclusão dessas crianças. Essas demandaram das políticas públicas não apenas a atenção médico-hospitalar, mas também o acesso a benefícios, à reabilitação e acesso à educação, já que muitos já estão em fase de inserção ao ambiente escolar.

Ainda segundo dados do Boletim Epidemiológico nº 46, existiam 1.702 (60,5%) crianças com casos confirmados que receberam cuidados em puericultura, 983 (35,0%) receberam estimulação precoce e 1.773 (63,1%) foram atendidas pelo serviço de atenção especializada (BRASIL, 2018).

Acima de tudo, há que se compreender que a epidemia do Zika representou uma especificidade no âmbito da saúde pública. A relação da mesma com a infecção congênita era até então desconhecida. Apesar desse desconhecimento, é possível perceber que as suas causas estão relacionadas às condições precárias de saneamento básico, de habitação, do baixo investimento no campo da proteção social e do enfoque vetorial hegemônico no enfrentamento a outras epidemias relacionadas ao *Aedes Aegypti*, como a dengue e a chikungunya. Em relação a isso, concorda-se com Maricato (2016) quando assevera que

A falta de drenagem de águas pluviais cria os mosquitos. O córrego não pode ficar cheio de lixo parado. Por isso, precisamos recuperar rios, córregos. Temos poças que não acabam mais. Mas não. Para afastar o mosquito joga-se veneno. A questão do

saneamento é fundamental e básica nessa discussão sobre o combate à malária, febre amarela, dengue e à febre do zika e do chikungunya (MARICATO, 2016: 40).

A especificidade também se manifesta quando se reconhece que crianças acometidas não nasceram de uma disfunção genética ou de outros fatores que determinam a existência de doenças crônicas, mas de uma epidemia que poderia ter tido as suas consequências reduzidas, caso os investimentos necessários viessem sendo feitos ao longo dos anos.

As famílias de crianças com SCVZ enfrentam inúmeros desafios. Há uma parcela considerável que é constituída apenas pelas genitoras, considerando a característica recorrente de abandono parental que vem sendo verificada tanto por profissionais, durante o atendimento, quanto pelos vários relatos que vêm sendo mostrados por pesquisas e jornais desde o início da epidemia⁷.

Essas mães precisam lidar com a alta carga de consultas e tratamentos, com a distância para o acesso aos serviços de saúde, com a necessidade de abandono do trabalho ou até mesmo com demissões. Além das diversas dificuldades que pairam diante de uma mulher, mãe de criança com deficiência.

Ainda diante desse cenário, vários “nós críticos” permanecem como desafios a serem investigados no âmbito das políticas públicas, considerando as estratégias de coordenação e cooperação que foram sendo desenvolvidas, como por exemplo:

- A dificuldade de materialização da intersetorialidade.
- A visão endógena do problema no âmbito da pesquisa em saúde.
- Os distintos territórios para os quais as políticas públicas se direcionam.
- A dificuldade de interlocução entre as instituições.
- Os diversos bancos de dados que foram sendo construídos no âmbito da epidemia e que dificultam a interlocução (formalização) entre os setores.
- A dificuldade na criação de um fluxo permanente, entre os níveis de atenção, que facilite o acesso das famílias aos serviços.
- A necessidade de capacitação permanente voltada aos profissionais que atuam no atendimento e na reabilitação.
- A necessidade de interiorização das consultas e dos centros de reabilitação.

⁷ Através de entrevistas realizadas com os profissionais que atuam no atendimento direto às famílias, tanto no âmbito da saúde, quanto no âmbito da assistência social, foi possível verificar a existência de mães que foram abandonadas pelos seus companheiros no processo de desenvolvimento das crianças. Tais relatos podem ser verificados também através de matéria de 03/03/2020, da BBC Brasil: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51667912> que cita um cenário de abandono paterno que pode chegar a 76%. Assevera-se que essa porcentagem não representa a realidade do país, mas exemplifica realidades que vêm sendo citadas desde o início da epidemia por várias mães.

O fato é que o desconhecimento sobre as diversas consequências que poderiam se manifestar em longo prazo, fizeram com que o Estado adotasse medidas que eram consideradas possíveis para aquele momento, porém sem muitos critérios científicos, tendo em vista que estes também ainda estavam em investigação. Tal aspecto fez com que algumas respostas se apresentassem ineficientes e contribuiu para que muitos casos descartados naquele período viessem a ser “chamados novamente” para outros diagnósticos.

Somente no ano de 2018, três anos após a epidemia, é que a Portaria 3.502 de 19 de dezembro de 2017, definiu além de uma verba específica para a atenção e cuidados à SCZ, novas diretrizes para o fortalecimento das ações de cuidado das crianças suspeitas ou confirmadas para Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus. Entre as propostas que ficaram definidas, encontra-se “a nova chamada” que as unidades de saúde deveriam realizar para as crianças que até então haviam sido “descartadas”.

As estratégias intersetoriais previstas inicialmente pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) previam mecanismos de coordenação no entre os níveis centrais e cooperação entre as unidades de atendimento em nível local.

Desse modo, gestores estaduais, distritais e municipais do SUS e do SUAS, deveriam estruturar a rede, os fluxos de atendimento, as articulações com outras políticas públicas, através de Notas Técnicas, bem como manter atualizado os números do Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP).

Assim, todos os estados brasileiros tiveram que desenvolver as suas estratégias de implementação. Diante da extensão da epidemia, alguns foram se destacando pelas experiências adotadas, seja pelos mecanismos de cooperação, seja pelo contexto político e organizacional no qual estavam inseridos.

Nessa dinâmica, observa-se que Pernambuco, considerado o berço da epidemia pelo elevado número de crianças com Síndrome Congênita do Zika (421 casos confirmados desde o ano 2015, ficando atrás apenas da Bahia que apresenta 481) e pelas descobertas iniciais, tornou-se uma fonte de pesquisa para várias instituições, já que houve uma necessidade imediata de enfrentamento do evento e, dessa maneira, poderia vir a contribuir para a estruturação da rede em outras localidades (MS, 2018).

Também, dentro dessas experiências, observou-se o estado do Rio de Janeiro com o maior número de crianças com SCZ (291 casos confirmados), na região Sudeste, e por ser considerado referência no âmbito da saúde pública historicamente (além de ter importantes

universidades e centros de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)), gerou grandes expectativas em todo território nacional sobre quais possibilidades poderiam ser direcionadas diante da complexidade que se instalava (MS, 2018).

Apesar de citar esses dois estados, outras experiências também foram construindo estratégias importantes na evolução das descobertas em pesquisa, na criação de mecanismos de cooperação, bem como na criação de técnicas de reabilitação e estimulação precoce, como é o caso da Paraíba e da Bahia.

A complexidade da epidemia leva à necessidade constante de discussão em torno dos elementos particulares ao campo da proteção social. Tais aspectos podem contribuir para a análise do contexto político e das capacidades das instituições. Além disso, gera resultados que permitem identificar os desafios para a implementação de ações coordenadas, cooperativas e intersetoriais.

A discussão de experiências como essas são importantes porque podem contribuir para a organização do Estado Brasileiro diante de outros eventos epidêmicos. Há estudos que apontam para situações complexas no futuro, dadas as particularidades que vêm sendo enfrentadas no país, como por exemplo, a não ampliação dos investimentos nas áreas sociais e o aumento de índices de pobreza.

5. Estratégias e Implementação de Ações de enfrentamento à Epidemia do Vírus Zika: o caso do Estado do Rio de Janeiro

O estado do Rio de Janeiro está localizado na região do Sudeste brasileiro. É composto por 92 municípios e, segundo dados do Censo de 2010, possui uma população de aproximadamente de 15.989.929 habitantes, com estimativa de 16.718.956 para o ano de 2017. A capital do estado possui uma população de 6.320.446 habitantes (IBGE, 2010).

Ainda a partir dos dados do último Censo, a população fluminense vive em sua maioria na área urbana. Destarte, a população que reside nessas regiões é de cerca de 15.454.239 habitantes (aproximadamente 96,6% da população total). Já a parcela da população considerada rural é de cerca de 525.690 habitantes (cerca de 3%). Ressalta-se também que há forte concentração populacional na Região Metropolitana, com 11.838.752 habitantes (74% do total do Estado) (IBGE, 2010).

Atualmente, o estado é dividido em nove regiões de saúde: Metropolitana I (a mais populosa e que contém a capital), Metropolitana II, Norte, Noroeste, Serrana, Centro Sul, Baixada Litorânea, Baía da Ilha Grande e Médio Paraíba.

Ainda segundo dados do IBGE (2012), o Rio de Janeiro possuía 5.203.123 mulheres em idade fértil, na faixa etária entre 10 e 49 anos. A estimativa de nascidos vivos para o ano de 2016 foi de 219.124, com uma proporção de 69,22%, nascidos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.

Considerando esses dados e tratando da epidemia de Zika, é possível identificar 12.190 gestantes com a presença da Síndrome Exantemática, entre 2015 e 2018, no estado do Rio de Janeiro. Desse número, 16,5% apresentaram positividade para o vírus. Ainda nesse período a Secretaria Estadual de Saúde (SES) informou ao Governo Federal a existência de 1.093 casos suspeitos de crianças nascidas com Síndrome Congênita do Zika, sendo 470 descartados, confirmados 340 e 248 permaneceram em investigação (RIO DE JANEIRO, 2018).

É importante destacar que o estado do Rio de Janeiro já enfrentou outras epidemias, como a dengue (causada também pelo *aedes aegypti*). No caso do Vírus Zika, o estado foi considerado o terceiro do país em números de casos de crianças com alterações neurológicas, possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus em questão, entre 2015 e 2018 (BRASIL, 2018).

O Rio de Janeiro também foi capital do país até 1960 e desde então vem construindo uma gama de serviços e de experiências importantes. Apesar disso, o início da epidemia do Zika, em 2015, encontra o estado em grave crise econômica e política, fato que complexifica ainda mais o enfrentamento e o desenvolvimento das ações pelas instituições e pelas políticas públicas.

As informações identificadas nessa análise foram obtidas através de pesquisa de campo realizada desde o ano de 2017 com gestores e outros profissionais que atuam nas secretarias de assistência social e de saúde do Rio de Janeiro. A escolha dos informantes levou em consideração o envolvimento e centralidade da atuação, através das delimitações previstas em Portarias ou normativas federais e estaduais. Ainda foram realizadas entrevistas a gestores municipais para que fosse possível identificar os principais aspectos em âmbito local. Ao todo, 17 pessoas foram entrevistadas.

No âmbito da Secretaria Estadual de Saúde (SES), uma das ações prioritárias foi a de implantação das Salas de Situação. Nessas salas, o Eixo I tinha como objetivo a definição de

estratégias de controle ao vetor. O Eixo II que tinha como foco a assistência a famílias e crianças por meio da participação intersetorial de várias políticas e instituições. E o Eixo III que tinha como objetivo a articulação a instituições e centros de pesquisa.

A organização das salas de situação nesses eixos foi fundamental para a definição de estratégias para o acompanhamento dos casos confirmados, para o fechamento daqueles que estavam em investigação e também para a discussão dos processos de trabalho no âmbito das políticas públicas que atuavam de forma intersetorial no contexto da epidemia (assistência social, educação, mulheres, crianças e outras que se inserem de maneira transversal).

Nessa perspectiva, foram realizadas várias reuniões envolvendo instituições do estado para assegurar a padronização dos fluxos de atendimento, para a definição de estratégias, para o apoio aos municípios e para assegurar o acesso das crianças aos serviços (tanto os da política de saúde, quanto os da política de assistência social e de outros que se integravam direta e indiretamente).

Assim como na maioria dos estados, foi a Vigilância em Saúde o setor responsável por enviar as notificações e informações ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância e Resposta em Saúde (CIEVS).

Como marco da atuação intersetorial, verifica-se a elaboração da Nota Técnica Conjunta nº 001, de 01 de julho de 2016. A referida nota apontava a necessidade de atuação conjunta entre saúde e assistência social, no âmbito do estado do Rio de Janeiro. Como principal estratégia apontada, a Nota cita a importância dos municípios indicarem um ponto focal em cada uma das políticas citadas (um profissional responsável) para centralizar as informações do seu território no que se refere ao acompanhamento de crianças e famílias. A esse profissional era demandado o conhecimento da rede e boa capacidade de articulação entre políticas e instituições locais.

Até o final do ano de 2016, os 92 municípios do estado haviam indicado os seus pontos focais. No entanto, a crise econômica e as eleições fizeram alterar os profissionais que vinham atuando até então, impondo a necessidade do reordenamento das ações.

Várias instituições do estado atuaram no diagnóstico e desenvolvimento de estratégias de estimulação precoce, é o caso do Instituto Estadual do Cérebro (IEC); do Instituto Fernandes

Figueira (IFF); e da rede de saúde (Unidades Básicas e de centros de reabilitação). Outras instituições da Assistência Social (CRAS e CREAS), da Previdência Social (INSS), do judiciário (Ministério Público) e das organizações/associações de mães (União Mãe de Anjos e Associação Lótus) também foram construindo e discutindo os principais desafios à integralidade do atendimento e do acesso a direitos.

Ao final de 2017, a Portaria 3.502 do Ministério da Saúde lança novas diretrizes para o desenvolvimento dos processos de trabalho no atendimento a essas crianças. Com isso, o estado do Rio de Janeiro lança o *Plano de Execução da Estratégia* de fortalecimento das ações de cuidado das crianças suspeitas ou confirmadas por Síndrome Congênita do Zika e sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simplex (STORCH).

As dificuldades vivenciadas até então e as discussões desenvolvidas no âmbito das salas de situação direcionaram novas ações e deram as bases para a elaboração desse último Plano de Ação. Este tem como desenho um conjunto de atuações de acompanhamento de casos, do fechamento de casos em aberto, de interiorização das estratégias e da definição de formas de monitoramento que deveriam ser executadas até o ano de 2019.

Como principais resultados, a análise que ora se apresenta em relação às ações de enfrentamento à epidemia do Vírus Zika no estado do Rio de Janeiro identificou que a implementação das ações intersetoriais dependeu mais da cooperação informal entre os gestores do que dos mecanismos de coordenação previstos e lançados por meio de Portarias e Notas Técnicas.

As Notas Técnicas e os protocolos para diagnóstico e atendimento foram fundamentais diante de um evento com características até então desconhecidas pela comunidade científica. No entanto, a falta de coordenação entre os serviços, gerada muitas vezes em decorrência das características que marcam a estrutura e organização das políticas sociais brasileiras.

Em relação a isso, verifica-se que diante dos desafios e particularidades de coordenação vivenciadas pelo estado do Rio de Janeiro naquele período, vários profissionais tiveram um papel fundamental e destacado na criação de redes interorganizacionais, inclusive criando mecanismos de articulação através de grupos em aplicativos de conversas. Essa

“informalidade” no âmbito de um processo concreto garantiu e possibilitou a existência de certo grau coordenado entre os serviços.

As Comissões de Intergestores Bipartite (CIBs) também tiveram um papel importante na condução e pactuação de ações a serem implementadas no âmbito do estado do Rio de Janeiro.

Apesar desse grau de cooperação técnica entre as instituições, verificaram-se também alguns conflitos internos e externos. Considerando o grau de autonomia de algumas instituições, bem como o interesse de desenvolvimento de pesquisas e resultados para o enfrentamento da epidemia, alguns profissionais exerceram um papel mais independente, comprometendo os graus de coordenação.

Esse fato articulado também a alta rotatividade dos técnicos foi um catalisador para a descontinuidade de algumas ações. As mães, organizadas através de grupos e associações, como as já citadas, participaram ativamente do processo, tanto indicando os desafios que enfrentavam cotidianamente, quanto também reivindicando a criação de fluxos de atendimento e a implementação de benefícios socioassistenciais.

Considerações Finais

A atuação das políticas públicas diante da epidemia do Vírus Zika encontrou uma diversidade de complexidades já vivenciadas pelo sistema de proteção social brasileiro. Houve a necessidade de implementar ações emergenciais diante de um evento desconhecido e que foi se reconfigurando a cada momento, dadas os avanços científicos. Protocolos, Notas Técnicas, Portarias e outros elementos formais dependeram integralmente de ações cooperadas entre instituições, profissionais, políticas e famílias.

A particularidade analisada, o estado do Rio de Janeiro, também não se desloca dos limites históricos vivenciados pelas políticas públicas do país. A responsabilidade compartilhada entre os entes federados tem que lidar com o baixo financiamento destinado às áreas sociais e também com a ampla fragmentação que se coloca para o compartilhamento de recursos, fato que implica e direciona desafios ao enfrentamento de ações emergenciais como a que se verificou até aqui.

Apesar disso, ações colaborativas foram nitidamente verificadas, o que contribuiu para o andamento do atendimento de crianças e famílias e de tentativas da condução de processos

intersetoriais, haja vista que na maioria das ações era a política de saúde que estava à frente (convocando e buscando formas de articulação).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, Marta Tereza. **Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo**. Revista Brasileira de Ciências Sociais. Vol. 14 no 40 junho, 1999.

_____. **Tendências no estudo sobre avaliação**. In Avaliação de Políticas Sociais. Rico, EM (org.) São Paulo: Cortez; IEE, 1998. P 29-49.

BBC (BR, 2020). **'Não tem comida em casa': o drama das mães de crianças vítimas do zika na fila do INSS**. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51667912>. Acesso em 03 de junho de 2020.

BRASIL (MDS) [homepage na internet]. **Vigilância Socioassistencial** [acesso em 01 fev. 2020]. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>.

_____. (MS, 2018) [homepage na internet]. **Boletim Epidemiológico. vol49. N46, nov.**

_____. **Portaria nº 405/GM/MS**. 15 mar 2016. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/23/PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N-405-MS-e-MDS-de-15.03.2016.pdf>. Acesso em 5 de dezembro de 2018.

_____. (2015). **Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia no Brasil**. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/08/microcefalia-protocolo-de-vigilancia-e-resposta-v1.pdf>. Acesso em 10 de fevereiro de 2020.

_____. (2016). **Instrução Operacional Conjunta n. 1 MS-MDS**. 25 de fev de 2016.

Disponível em:

http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22671062/do1-2016-04-11-instrucao-operacional-conjunta-n-1-ms-mds-de-25-de-fevereiro-de-2016-22670920. Acesso em 5 de dezembro de 2019.

COSTA, André Monteiro. **A determinação social da microcefalia/zika no Brasil** (2016). Cadernos de trabalho da rede waterlat-gobacit. Serie Áreas Temáticas – AT5 Água e Saúde. In: Caderno Vol. 3, No 9. Desigualdades estrutural e microcefalia: a determinação social de uma epidemia. p. 44-61.

DINIZ, Débora. **Zika: do sertão nordestino à Ameaça Global**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

ELSTER, Jon. **The Cement of Society**, Cambridge University Press. 1989.

GATHERER, D.; KOHL, A. **Zika virus: a previously slow pandemic spreads rapidly through the Americas**. Journal of General Virology, v. 97, n. 2, p. 269-273, 2016.

IBGE (2010). **Censo 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 10 de abril de 2020.

MARICATO, Ermínia. **As cidades, o mosquito e as reformas**. Cadernos de trabalho da rede waterlat-gobacit. Serie Áreas Temáticas – AT5 Água e Saúde. In: Caderno Vol. 3, No 9.

Desigualdades estrutural e microcefalia: a determinação social de uma epidemia. p. 30-37, 2016.

MARTINELLI, Maria Lúcia (org.). **Pesquisa Qualitativa um instigante desafio**. São Paulo. Veras Editora, 1999.

MARTINEZ-PULGARIN, Dayron *et al.* **A bibliometric analysis of global Zika research**. Travel Med Infect Dis. 14(1): 55-7, 2016.

MENICUCCI, Telma; MARQUES, Alisson Maciel de Faria. **Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: o caso da saúde**. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, vol. 59, n.3. pp. 823 a 865, 2016.

MONNERAT, Giselle Lavinas. **Transferência Condicionada de Renda, Saúde e Intersetorialidade: lições do Programa Bolsa Família**. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado, 2009.

OLSON, Mancur. **The Logic of Collective Action**. Cambridge MA: Harvard University Press. 1965.

PETERS, Guy. **Managing horizontal government. The politics of coordination**. RESEARCH PAPER No. 21 Canadian Centre for Management Development. Canadian Centre for Management Development. January 1998.

PEREIRA, Potyara. **Política Social: temas e questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

SILKE, Adam; KRIESI, Hanspeter. **The Network Approach**. In: Theories of the Policy Processes, ed. Paul Sabatier, Westview Press, Boulder Colorado, 2007.

VAITSMAN, Jeni; LOBATO, Lenaura; ANDRADE, Gabriela. **Professionalisation of policy analysis in Brazil**. In: VAITSMAN, Jeni; RIBEIRO, José M.; LOBATO, Lenaura (Ed.). Policy analysis in Brazil. Bristol: Policy Press at University of Bristol, 2013. p. 13-26.

VAITSMAN, Jeni; RIBEIRO, José M.; LOBATO, Lenaura (Ed.). **Policy analysis in Brazil**. Bristol: Policy Press at University of Bristol, 2013a.

VAITSMAN, Jeni; RIBEIRO, José M.; LOBATO, Lenaura. **Policy analysis in Brazil: the state of the art**. In: VAITSMAN, Jeni; RIBEIRO, José M.; LOBATO, Lenaura (Ed.). Policy analysis in Brazil. Bristol: Policy Press at University of Bristol, 2013b. p. 1-12.

RIO DE JANEIRO (2016). **Nota Técnica Conjunta nº 001, de 01 de julho de 201**.

Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Nzc5MA%2C%2C>
Acesso em 5 de dezembro de 2019.

_____. (2018). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. **Informe CIEVS 009/2018**.