

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

INGRID KARLA DA NÓBREGA BESERRA

**POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERSETORIALIDADE FRENTE À EPIDEMIA DE ZIKA
VÍRUS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NOS CASOS DE PERNAMBUCO E DO RIO
DE JANEIRO**



NITERÓI – RJ, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

INGRID KARLA DA NÓBREGA BESERRA

**POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERSETORIALIDADE FRENTE À EPIDEMIA DE ZIKA
VÍRUS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NOS CASOS DE PERNAMBUCO E DO RIO
DE JANEIRO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense, por **Ingrid Karla da Nóbrega Beserra** como exigência à obtenção de título de doutora.

NITERÓI – RJ, 2021.

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

N754p Nóbrega Beserra, Ingrid Karla da
POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERSETORIALIDADE FRENTE À EPIDEMIA DE
ZIKA VÍRUS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NOS CASOS DE PERNAMBUCO E
DO RIO DE JANEIRO / Ingrid Karla da Nóbrega Beserra ;
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, orientadora. Niterói,
2021.
309 f. : il.

Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói,
2021.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGESS.2021.d.05776728436>

1. Zika Vírus. 2. Política Pública. 3. Política Social.
4. Estado. 5. Produção intelectual. I. Vasconcelos Costa
Lobato, Lenaura de, orientadora. II. Universidade Federal
Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD -

Bibliotecário responsável: Debora do Nascimento - CRB7/6368

INGRID KARLA DA NÓBREGA BESERRA

**POLÍTICAS PÚBLICAS E INTERSETORIALIDADE FRENTE À EPIDEMIA DE ZIKA
VÍRUS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NOS CASOS DE PERNAMBUCO E DO RIO
DE JANEIRO**

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em
Política Social da Universidade Federal Fluminense como
requisito para obtenção do título de Doutora em Política Social.

Data da Aprovação: 20/10/2021.

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Orientadora

Profª Dra. Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira – ENSP Sérgio Arouca/FIOCRUZ

Dra. Alessandra Gomes Mendes – IFF/FIOCRUZ

Prof. Dr. Gustavo Correa Matta - ENSP Sérgio Arouca/FIOCRUZ

Profª. Dra. Ana Cristina Brito Arcoverde– UFPE

Profª Dra. Eliane Hollanda – ENSP Sérgio Arouca/FIOCRUZ

Prof. Dra. Jeni Vaitsman – ENSP Sérgio Arouca/FIOCRUZ (Suplente)

Dedico este trabalho à amiga Thais Vieira Gaudard (in memorian) e ao primo querido João Mateus Pereira Alves (in memorian). “Foi um imenso prazer para mim dividir um planeta e uma época com vocês!” (Carl Sagan).

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Lenaura Lobato, uma das pessoas mais generosas que eu já conheci. Além de ser referência no debate da saúde pública do país, garantiu apoio irrestrito na minha jornada. O seu papel foi essencial para o meu amadurecimento e para a minha continuidade no doutorado. Obrigada por todo incentivo. Que mais alunos possam conhecer pessoas como a senhora, humanas e com o coração gigante!

Às professoras da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), Sandra Venâncio de Siqueira, Jeni Vaitsman e Eliane Hollanda, pelo apoio e parceria na construção dessa pesquisa. Muito obrigada por tudo e, principalmente, por acreditarem e confiarem em mim. Vocês nem imaginam o quanto são fundamentais na minha vida.

Às professoras do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, Mônica Senna, Rita Freitas, Nívia Barros e Luciene Burlandy, por todo conhecimento compartilhado durante a minha formação nesse curso.

À Doutora Alessandra Gomes Mendes e ao Instituto Fernandes Figueira (IFF) por contribuírem para a ampliação do meu conhecimento em torno desse debate, bem como de me aproximarem da realidade das famílias de crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus.

Ao Professor Gustavo Matta e à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) pela oportunidade na participação de suas pesquisas.

À Professora Ana Arcoverde por estar presente em mais essa etapa da minha vida, por tudo que fez para o meu crescimento profissional e por aceitar o convite em participar dessa banca.

Aos profissionais que atuam nas Secretarias Estaduais de Saúde e de Assistência Social, dos estados do Rio de Janeiro e de Pernambuco, pelo apoio e por aceitarem em participar dessa pesquisa.

Aos profissionais que atuam nas demais instituições do estado do Rio de Janeiro, como Instituto Estadual do Cérebro (IEC), Instituto Fernandes Figueira (IFF),

Ministério Público e Secretarias Municipais por contribuírem nesse estudo e por participarem das entrevistas.

Aos profissionais que atuam em outras instituições do estado de Pernambuco, como a Unidade de Pronto Atendimento Especializado (UPAE), da cidade de Caruaru/PE, no Centro Especializado em Reabilitação, da cidade de Arcoverde/PE (CER IV), e na 1ª Gerência Regional de Saúde.

Ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Cidadania por compartilharem os dados e as informações para a composição da análise.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo financiamento desse estudo.

À Universidade Federal Fluminense (UFF) pela estrutura garantida na minha formação.

Aos companheiros da Gestão do SUAS, da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (SEDSODH), por acreditarem em mim e por contribuírem diariamente para a finalização dessa etapa.

Aos meus colegas de turma, Thiago Defanti, Joice Brum, Thais Gaudard (*in memorian*) e Andréa Ouverney, por terem sido amigos grandiosos nesse processo. Obrigada pela acolhida e por terem me ensinado tanto sobre Niterói e o Rio de Janeiro.

Aos meus familiares por sempre torcerem e acreditarem em mim. Tia Jesus, obrigada por tudo e por sempre ter me incentivado a estudar. Agradeço à minha avó, Ninha, por tudo que já fez por mim. Obrigada, mainha! Sei que a senhora também tem muito orgulho de mais essa conclusão. Aos primos, tios e demais e familiares. É impossível mencionar todos vocês aqui, mas todos moram no meu coração. Que de alguma forma eu consiga me fazer presente na vida de cada um e que essa conquista seja espelho para que sonhem sempre mais alto.

À Luiza, Maggie, Lisa e Bart pelo companheirismo e apoio nesse período. Obrigada por estarem sempre comigo.

(...)

Só sei que é preciso acreditar

*Fazemos todos parte desta história
Mesmo que os tontos blefem com a morte
Num jogo de verdades e mentiras
Um jogo duplo de azar e sorte*

*A ciência abre as suas asas
A esperança à frente como um guia (...)*

- Sob Pressão - Chico Buarque.

RESUMO

A presente tese analisa a implementação intersetorial de políticas públicas para o enfrentamento da epidemia do Zika Vírus (ZIKAV) pelo Estado brasileiro, tendo como referências empíricas os estados do Rio de Janeiro e de Pernambuco. O período analítico compreende os anos de 2015 a 2019, tendo em vista o processo de emergência, descobertas, atuação estatal e direcionamento de respostas para o atendimento das particularidades vinculadas à saúde e à assistência social que deveriam ser operacionalizadas ao segmento mais afetado pelo processo, ou seja, as crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV) e suas famílias. O estudo está inserido no campo da análise de políticas públicas, por meio do diálogo com o neoinstitucionalismo e de sua abordagem histórica. Essa abordagem se justifica dado o papel assumido pelas instituições e do grau de legitimidade que elas assumem na condução de estratégias, seja num processo de curto prazo, seja em singularidades que demandam ações permanentes. Apesar da epidemia em questão emergir numa conjuntura adversa, com cenários políticos e sociais desafiadores, não se pode deixar de considerar as particularidades históricas que envolvem a conformação das políticas públicas brasileiras. Desse modo, um dos argumentos para a composição da pesquisa é justamente a relação existente entre o Estado e os agentes que atuam no campo da implementação de políticas. No contexto epidêmico, apesar das incertezas sobre os aspectos vinculados à síndrome em questão, foi possível verificar experiências importantes conduzidas nos estados analisados, por meio das instituições e dos atores que nelas atuam. O estudo é de natureza qualitativa. Para a análise dos casos, foram selecionadas as categorias: coordenação, cooperação, estratégias e intersetorialidade. A coleta de informações aconteceu através de entrevistas a profissionais inseridos nas instituições estaduais e que apresentaram articulação direta com a temática. Na primeira etapa, foram entrevistados dezessete (17) profissionais, atuantes no Ministério da Saúde e no estado do Rio de Janeiro. Na segunda etapa, entrevistou-se 11 pessoas atuantes no estado de Pernambuco. A técnica de “bola de neve” foi adotada para a composição da amostragem. Destaca-se que a escolha dos dois estados analisados não aconteceu de forma aleatória. Relacionou-se à dimensão da epidemia em cada um dos territórios. Além das entrevistas, a pesquisa analisou o conjunto de normativas e dados disponibilizados pelas secretarias estaduais de saúde e de assistência social, bem como pelos seus respectivos ministérios. Os resultados apontaram que houve a implementação de ações significativas, porém a estrutura e os modelos utilizados na gestão das políticas públicas do país desafiam a efetivação de uma intersetorialidade de alta intensidade em contextos como aquele vinculado à epidemia do Zika Vírus.

PALAVRAS-CHAVE: Análise de Políticas Públicas; Neoinstitucionalismo; Implementação; Políticas Públicas; Intersetorialidade; Zika Vírus.

ABSTRACT

The present academic work presented here analyzes the intersectoral implementation of public policies to fight the Zika Virus (ZIKAV) epidemic by the Brazilian State, having as empirical references the states of Rio de Janeiro and Pernambuco. The analytical period covers the years 2015 to 2019, in view of the emergency process, discoveries, state action and targeting responses to meet the particularities related to health and social care that should be operationalized to the segment most affected by the process, that is, children with Congenital Zika Virus Syndrome (SCZV) and their families. The study is inserted in the field of public policy analysis, through the dialogue with neoinstitutionalism and its historical approach. This approach is justified by the role assumed by the institutions and the degree of legitimacy they assume in conducting strategies, whether in a short-term process or in singularities that demand permanent actions. Despite the epidemic in question emerging in an adverse situation, with challenging political and social scenarios, one cannot fail to consider the historical particularities that involve the shaping of Brazilian public policies. Thus, one of the arguments for the composition of the research is precisely the relationship between the State and the agents that work in the field of policy implementation. In the epidemic context, despite the uncertainties about the aspects linked to the syndrome in question, it was possible to verify important experiences carried out in the analyzed states, through the institutions and actors who work in them. The study is qualitative. For the analysis of the cases, the following categories were selected: coordination, cooperation, strategies and intersectorality. The collection of information took place through interviews with professionals working in state institutions and who presented direct articulation with the theme. In the first stage, seventeen (17) professionals working in the Ministry of Health and in the State of Rio de Janeiro were interviewed. In the second stage, 11 people working in the State of Pernambuco were interviewed. The “snowball” technique was adopted for the sampling composition. It is noteworthy that the choice of the two analyzed states did not happen randomly. It was related to the scale of the epidemic in each of the territories. In addition to the interviews, the research analyzed the set of regulations and data provided by the state health and social assistance secretariats, as well as by their respective ministries. The results showed that there was the implementation of significant actions, but the structure and models used in the management of public policies in the country challenges the implementation of a high intensity intersectorality in contexts such as that linked to the Zika Virus epidemic.

KEYWORDS: Policy Analysis; Neoinstitutionalism; Implementation; Public policy; Intersectorality; Virus Zika.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de Áreas de Risco para o Zika Vírus.

Figura 2 - Distribuição do total de notificações de casos suspeitos relacionadas à infecção pelo vírus Zika, 2015-2019.

Figura 3 – Mapa Regiões de Desenvolvimento do estado de Pernambuco

Figura 4 – Mapa Regiões de Governo do estado do Rio de Janeiro

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro I – Entrevistas realizadas com o Ministério da Saúde e com instituições situadas no estado do Rio de Janeiro

Quadro II – Entrevistas realizadas com instituições situadas no estado de Pernambuco.

Quadro III – Exemplo de Quadro de Análise.

Quadro IV – Níveis de Atenção à Saúde.

Quadro V – Gestão Federativa no âmbito do SUS

Quadro VI – Gestão Federativa no Âmbito do SUAS

Quadro VII – Variáveis Analíticas na Análise dos Arranjos Institucionais.

Quadro VIII - Expressões e Tipos de Integração Intersetorial.

Quadro IX - Intensidade da Ação Intersetorial de Acordo com Níveis de Integração dos Mecanismos de Gestão e Execução e das Estruturas Organizativas.

Quadro X- Ações tomadas pelas autoridades sanitárias brasileiras para o enfrentamento da epidemia de microcefalia (2015-2017).

Quadro XI - Distribuição dos casos confirmados de SCZV por UF de residência e ano de notificação. Brasil, 2015-2019.

Quadro XII – Distribuição de casos de Crianças com Deficiência e de crianças com SCZV que tiveram acesso ao BPC. Brasil, 2015-2019.

Quadro XIII – Comparativo do número de casos confirmados, atendimentos a crianças com SCZ, óbitos neonatais e de crianças com SCZ que tiveram acesso ao BPC entre 2015 e 2019.

Quadro XIV – Total de Crianças e Adolescentes Privados por Dimensão (privações intermediárias ou extremas).

Quadro XV - Taxa de Fecundidade Total, Taxa de Mortalidade Infantil e Esperança de Vida ao Nascer no estado de Pernambuco.

Quadro XVI - Taxa de Fecundidade Total, Taxa de Mortalidade Infantil e Esperança de Vida ao Nascer no estado do Rio de Janeiro.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

- AACD - Associação de Assistência à Criança com Deficiência
- ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- ABRAÇO - Associação de Famílias com Crianças Portadoras de Microcefalia e Outras Más Formações Congênitas
- APAE - Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais
- APP – Análise de Políticas Públicas
- AR - Assessoria de Regionalização
- BPC - Benefício de Prestação Continuada
- CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
- CADÚNICO – Cadastro Único
- CADSUAS - Cadastro do SUAS
- CDC- Centers for Disease Control and Prevention
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CEPERJ - Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro
- CERs – Centros Especializados em Reabilitação
- CF – Constituição Federal
- CEAS – Conselho Estadual de Assistência Social
- CGR - Colegiados de Gestão Regional
- CHKV – Chikungunya
- CIB – Comissão de Intergestores Bipartite
- CID – Classificação Internacional de Doenças
- CIEVS – Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
- CIR - Comissão de Intergestores Regional
- CIT – Comissão de Intergestores Tripartite
- CMAS – Conselho Municipal de Assistência Social
- CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CNES- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil

CNSS - Conselho Nacional de Serviço Social

COES - Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública

CONDEPE/FIDEM - Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco

COVID – Corona Vírus Disease

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DGCDA - Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos

EAR - Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ERJ - Estado do Rio de Janeiro

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

E-SIC – Sistema de Informações ao Cidadão

ESPIN - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

ESP II - Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

FEDP - Fundação Estatal de Direito Privado

GEI-ESP II - Grupo Estratégico Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional

GM – Gabinete do Ministro

GERES – Gerência Regional de Saúde

HBL – Hospital Barão de Lucena

HUOC – Hospital Universitário Osvaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IEC - Instituto Estadual do Cérebro

IFF – Instituto Fernandes Figueira

IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Automotores

LBA - Lei Brasileira de Assistência

LBI – Lei Brasileira de Inclusão

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

MDSA- Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário

MC – Ministério da Cidadania

MP - Ministério Público

MRS - Movimento de Reforma Sanitária

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Atenção à Saúde da Família

NIDE - Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não-Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan Americana de Saúde

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OS – Organização Social

PAIF - Programa de Atendimento Integral à Família

PCD – Pessoa com Deficiência

PDR - Plano Diretor da Regionalização da Saúde

PE – Pernambuco

PEAS - Plano Estadual de Assistência Social

PES - Plano Estadual de Saúde

PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PLC - Projeto de Lei Complementar

PM – Polícia Militar

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PP – Política Pública

PSB - Proteção Social Básica

PSE – Proteção Social Especial

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RD – Região de Desenvolvimento

RENEZIKA - Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas

RESP – Registro de Eventos em Saúde Pública

RJ – Rio de Janeiro

RN – Resolução Normativa

RNA – Ácido Ribonucleico

RSI – Regulamento Sanitário Internacional

RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SCZ – Síndrome Congênita do Zika

SCZV - Síndrome Congênita do Zika Vírus

SEASDH - Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos

SECTIDS - Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia, Inovação e Desenvolvimento Social

SEDSODH - Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SEVS – Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde

SINASC - Sistema Nacional de Nascidos Vivos

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SNC – Sistema Nervoso Central

SNCC - Sala Nacional de Coordenação e Controle

STORCH - Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes Vírus

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS- Sistema Único de Saúde

SVS/MS - Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde

TFD – Transporte Fora de Domicílio

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFF – Universidade Federal Fluminense

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UMA - União de Mães de Anjos

UNB – Universidade de Brasília

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância

UPAE – Unidade Pernambucana de Atenção Especializada

ZIKAV- Zika Vírus

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
1.1 Procedimentos de Coleta de Dados e Caminhos da Pesquisa	25
2. ESTADO E ORGANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL	44
2.1 Estado e Políticas Públicas.....	44
2.2 Estrutura e Organização das Políticas Sociais no Brasil	55
2.3 Descentralização e Estrutura dos estados na condução das políticas públicas: particularidades acerca da saúde e assistência social no Rio de Janeiro e em Pernambuco	76
2.3.1 Saúde e Assistência Social no estado do Rio de Janeiro.....	94
2.3.2 Saúde e Assistência Social no estado de Pernambuco.....	106
3. ANÁLISE E INTERSETORIALIDADE NO CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: PERSPECTIVAS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS	115
3.1 A Análise de Políticas Públicas	116
3.2 O Neoinstitucionalismo na Análise de Políticas Públicas	124
3.3 A Intersetorialidade no âmbito das Políticas Públicas	140
4. A EPIDEMIA DE ZIKA VÍRUS NO BRASIL E AS RESPOSTAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	152
4.1 As Especificidades do Zika Vírus e as Demandas para a Saúde Pública	152
4.2 Especificidades do Zika Vírus, Emergência de Saúde Pública e as Respostas do Estado brasileiro	161

4.3 A Epidemia de Zika Vírus: Legislações, Protocolos e os desafios à Intersetorialidade como Estratégia de Atuação e Articulação das Políticas Sociais.....	190
4.4 O Pós Epidemia e as Famílias de crianças com Síndrome Congênita em Decorrência do Zika Vírus: impactos sociais e reflexões	197
5. OS CASOS DE PERNAMBUCO E DO RIO DE JANEIRO NO ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS	206
5.1 O Caso de Pernambuco	207
5.2 O Caso do Rio de Janeiro	230
5.3 Análise dos Dados: a atuação das políticas públicas no enfrentamento à epidemia do Zika Vírus, nos estados de Pernambuco e do Rio de Janeiro	252
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	273
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	279
8. ANEXOS	294
8.1 Anexo I - Número de casos confirmados de Síndrome Congênita do Zika Vírus em Pernambuco, segundo município de residência e ano de notificação. RESP, 2015-2019	295
8.2 Anexo II - Número de casos confirmados de Síndrome Congênita do Zika Vírus em Rio de Janeiro, segundo município de residência e ano de notificação. RESP, 2015-2019	299
9. APÊNDICES	301
9.1 Apêndice I- Roteiro de Entrevistas	302
9.2 Apêndice II- Considerações Éticas	305
9.3 Apêndice III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	307

1. INTRODUÇÃO

Eventos complexos, como a Epidemia de Zika Vírus no Brasil, direcionam enormes desafios ao Estado, às instituições e aos atores que nelas atuam. Com o aumento exponencial de casos de microcefalia no segundo semestre de 2015 e com os processos ainda em investigação sobre a origem e associações da doença, demandou-se a necessidade imediata de inclusão da problemática na agenda das políticas públicas.

O Zika Vírus não era desconhecido, não representava uma situação nova no mundo¹. No entanto, pesquisadores, médicos de beira de leito, mulheres anônimas e médicos clínicos 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).

Verifica-se que as epidemias possuem particularidades históricas e estão imbricadas a determinantes sociais, à estrutura de proteção social, condições de saneamento básico, capacidade de atendimento nas unidades de saúde, entre outros aspectos. Estudos que pretendem analisar ou avaliar tais problemáticas podem se desenvolver sob diversas perspectivas e estruturas metodológicas.

A Epidemia do Zika pode ser compreendida como uma das maiores emergências em saúde da história brasileira. O desconhecimento e as controvérsias da doença foram sendo enfrentados pelo Estado com o avanço das pesquisas e da atuação das políticas públicas.

Nesta tese, esse evento complexo em saúde é analisado sob a ótica da análise de políticas públicas, com foco na identificação das estratégias intersetoriais adotadas no enfrentamento à particularidade epidêmica, entre os anos de 2015 a 2019. Torna-se importante destacar que a periodicidade do estudo se estendeu até o ano de 2019, mesmo após a decretação do Fim da

¹ O ZIKAV foi isolado em 1947, pela primeira vez, na Floresta de Uganda no Continente Africano. Na década de 1970, detectou-se alguns casos na Indonésia. A partir do ano de 2007 foram identificadas algumas epidemias na Micronésia e em outras ilhas do Pacífico. Em 2014, foi identificado pela primeira vez no Continente Americano e em 2015 emerge com a epidemia no Brasil.

Emergência em Saúde Pública (em 2017), dadas as articulações e mobilizações normativas que foram sendo direcionadas posteriormente pelas instituições envolvidas no processo.

Cumprir destacar ainda que o Estado brasileiro passou a conviver com os impactos sociais direcionados às famílias e crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus. Tornou-se imperativo o investimento no âmbito da proteção social, considerando a necessidade de acesso a benefícios, bem como aos serviços de saúde.

Nessa esfera, destaca-se o papel assumido pelas diversas instituições e atores envolvidos na implementação de estratégias de enfrentamento das problemáticas afetas ao evento em saúde que ora se discute.

Na perspectiva adotada, foram utilizadas referências imbricadas ao neoinstitucionalismo histórico, à análise de políticas públicas e à intersectorialidade. Tais aspectos foram fundamentais para o desenvolvimento desse trabalho, dada a necessidade de compreensão dos processos decisórios, de articulação institucional e da interação criada pelos atores envolvidos.

No contexto analisado, verificou-se que a dinâmica organizacional das políticas públicas brasileiras - marcada por forte setorização e fragmentação, aviltado investimento no campo da proteção social e precarização de vínculos dos profissionais que atuam no atendimento à população - desafia o direcionamento de ações intersectoriais entre as instituições inseridas no campo da proteção social.

Entre as estratégias iniciais direcionadas pelo Estado brasileiro, identifica-se a atuação de mecanismos de coordenação e planejamento entre os níveis centrais e cooperação entre as unidades de atendimento em nível local. Coube à saúde e à assistência social a articulação local para a composição das ações a serem adotadas, conforme o cenário de cada estado. Embora houvesse a imediatidade de compreensão biológica dos fatores, inseriu-se também a demanda por benefícios e atendimentos socioassistenciais.

Nesse processo, gestores estaduais, distritais e municipais do SUS e do SUAS, deveriam criar espaços para a estruturação de redes, fluxos de

atendimento, sistematização de informações no Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP), bem como a articulação entre políticas públicas.

No período analisado, verificou-se que os estados desenvolveram estratégias particulares de implementação, apesar das orientações e protocolos nacionais para o enfrentamento da Epidemia do Zika Vírus. Nessa dinâmica, alguns se destacaram pelas perspectivas adotadas, pela forma de regionalização da gestão, pela estrutura da rede de atenção, pela existência de Programas de Primeira Infância, bem como pela capacidade técnica e de recursos humanos disponíveis no território.

Há que se ressaltar ainda que o contexto político vivenciado por cada estado interferiu no processo de tomada de decisões e na implementação de atividades continuadas, como por exemplo, o funcionamento de pontos focais da saúde e da assistência social ou, ainda, na permanência dos comitês gestores.

É nesse conjunto desafiador que se inseriu o desenvolvimento da presente pesquisa. Como já abordado, a mesma se projeta como uma análise da implementação das estratégias intersetoriais e do que fora sendo construído como mecanismos de coordenação e cooperação, por meio das referências vivenciadas por dois estados brasileiros, Pernambuco e Rio de Janeiro.

A escolha desses dois estados não aconteceu de forma aleatória. Especificidades referentes ao número de casos, atuação das instituições e capacidade da pesquisa foram determinantes para a escolha. Tais aspectos serão apresentados no item referente ao desenho metodológico logo abaixo.

Destaca-se que a experiência para a operacionalização dessa pesquisa resultou de estudo que já vinha sendo realizado em uma parceria entre pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e o Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, da Universidade Federal Fluminense (UFF), desde o ano de 2017.

O estudo vem sendo conduzido por pesquisadores da área de políticas públicas da Ensp e da UFF. Um dos produtos a serem apresentados à sociedade é a presente tese.

Os resultados apontam que eventos complexos como a epidemia contribuem para a formação de importantes redes colaborativas entre as

instituições envolvidas no campo das políticas públicas. Apesar disso, não se pode afirmar que tais reordenamentos impliquem na configuração de uma intersectorialidade de alta intensidade, de acordo com a perspectiva teórica defendida por Cunill-Grau (2005).

A estrutura e organização das políticas públicas brasileiras desafiam a condução de estratégias intersectoriais. Assim, utilizou-se a perspectiva de Cunill-Grau (2005) para compreender o grau da intersectorialidade, por meio da identificação da incorporação do problema no ciclo das políticas(I); do grau de compartilhamento de recursos (II) e do grau de alteração das formas organizacionais dos setores envolvidos (III).

Verifica-se que as normativas direcionadas pelo Governo Federal apontaram para a centralidade de atuação conjunta da saúde e da assistência social. Esta, por sua vez, enfrentou mais desafios de articulação do que o campo da saúde, dadas as singularidades históricas enfrentadas pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no que se refere à institucionalização, regionalização e gestão. Além disso, coube à saúde pública o papel primordial de articulação, tendo em vista que o envolvimento direto com o cenário.

Por todos os desafios vivenciados e pelas descobertas direcionadas pelas instituições de pesquisa, considera-se que esse estudo possui relevância. Cabe ressaltar que a produção teórica sobre a infecção por Zika ainda é recente quando comparada a outras infecções virais, fator que demanda a permanente discussão desse evento em saúde pública e de suas associações.

Além disso, verifica-se que a discussão dos fenômenos imbricados às políticas públicas e à intersectorialidade podem contribuir para o aprimoramento das gestões. A análise da implementação intersectorial, no período de 2015 a 2019, pode ser uma importante fonte de informação para outros eventos que possam vir a acontecer no país. E não só: as estratégias podem colaborar para a correção de erros que ainda persistam, além de contribuir para o reordenamento de ações que ainda estejam em desenvolvimento.

Do ponto de vista dos territórios analisados, considera-se que a problematização das estratégias adotadas se reveste de importância

substancial, dada à complexidade da epidemia. Além disso, possibilita analisar o contexto político e as capacidades institucionais; identificar as dificuldades que impediram o sucesso dos mecanismos de coordenação e cooperação no âmbito das políticas públicas; e analisar os elementos do processo de implementação que podem ajudar a entender possíveis fragilidades das ações intersetoriais.

Identificar as experiências dos dois territórios também é importante para que o Estado brasileiro possa estar organizado para eventos complexos como epidemias, tendo em vista que as particularidades atuais, inseridas no complexo das políticas públicas, desafiam a garantia dos direitos sociais.

A tese está organizada em quatro capítulos, além desta introdução, do tópico dos procedimentos de coleta de dados, das considerações finais, dos anexos e apêndices. Na seção 2, discute-se a estrutura e organização das políticas sociais no país e se apresenta o desenho da saúde e assistência social nos estados de Pernambuco e do Rio de Janeiro. A centralidade nesses dois campos se fez necessária tendo em vista a atuação de ambos no cenário da pesquisa.

A seção 3 desenvolve a problematização em torno da análise de políticas públicas, conceitos e referenciais metodológicos que articulam o debate do neoinstitucionalismo e da intersetorialidade. Esses aspectos deram suporte aos resultados identificados.

A seção 4 apresenta as especificidades articuladas à epidemia do Zika Vírus, considerando os protocolos, respostas e normativas adotadas entre os anos de 2015 a 2019 pelo Estado brasileiro. Além disso, provoca reflexões sobre a situação das famílias e das crianças no que se refere ao contexto no qual as mesmas estão inseridas. Cabe destacar aqui os importantes dados apontados com relação ao acompanhamento dos casos, disponibilizados pelo Ministério da Saúde e demais órgãos governamentais.

Por fim, a seção 5 destaca os resultados da pesquisa, com base nas entrevistas realizadas, nos documentos analisados e nos demais instrumentos metodológicos adotados. Esses últimos serão apresentados de forma mais detalhada no próximo item.

1.1 Procedimentos de Coleta de Dados e Caminhos da Pesquisa

O objetivo principal da pesquisa que se apresenta nessa tese foi analisar a epidemia do Zika Vírus, considerando as estratégias intersetoriais adotadas pelas políticas no âmbito do Estado brasileiro, tendo como referências empíricas os estados do Rio de Janeiro e de Pernambuco.

O estudo foi desenvolvido através de uma análise qualitativa em torno de aspectos específicos no âmbito da política pública e das ações direcionadas pelo país a um evento específico.

A aproximação com essa temática se deu através da minha inserção em um dos projetos que compõem um conjunto de estudos apoiados pelo Grupo de Pesquisas em Ciências Sociais, o *ZIKAlliance*². A pesquisa da qual faço parte é coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e é intitulada “A implementação de ações intersetoriais para assistência às crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus no Estado do Rio de Janeiro” O projeto vem sendo conduzido por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Ressalta-se que a proposta de pesquisa citada acima está articulada a uma rede, denominada “Ciências Sociais e Humanidades frente à Epidemia de Zika Vírus no Brasil”, da qual a Fiocruz faz parte. Essa rede está constituída por quatro eixos de estudo: dimensão sócio-histórica da epidemia (I); produção científica, mídia e controvérsias públicas (II); promoção da saúde no contexto da epidemia (III); e repercussões da epidemia de Zika sobre o sistema de saúde brasileiro (IV).

O eixo da pesquisa na qual essa tese se insere, teve como um de seus objetivos investigar a resposta das políticas públicas aos impactos vinculados ao evento em saúde em questão, tomando como referência inicial o estado o Rio de Janeiro.

² Para maiores informações, acessar: <https://zikalliance.tghn.org/>.

Considerando os aspectos imbricados à questão central da pesquisa, ou seja, de como o estado do Rio de Janeiro se organizou para assegurar a atenção e o acesso às políticas de proteção social às crianças acometidas pela Síndrome Congênita decorrente do Zika Vírus, a equipe de pesquisa desenvolveu o seu trabalho articulando entrevistas direcionadas a diversos profissionais que atuam no atendimento direto às famílias, bem como àqueles que atuam em órgãos de gestão.

Em todo esse processo, fui estabelecendo diálogos com a temática, além de me apropriar dos principais nós críticos inerentes às consequências da epidemia e ao seu contexto mais geral. Além de identificar o objeto de pesquisa para a consolidação da análise que ora se apresenta.

Por essa razão, pode-se afirmar que o desenvolvimento dessa pesquisa está dividido em dois momentos. O primeiro se refere à aproximação com a temática, estudos iniciais e coleta de dados no estado do Rio de Janeiro (fase exploratória e revisão bibliográfica; entrevistas, análise de documentos; e participação em espaços de discussão do objeto). A segunda etapa por sua vez está imbricada à atualização das informações identificadas no RJ; e aproximação, desenvolvimento de estudos e coleta de dados no estado de Pernambuco.

A pesquisa realizada pela equipe da Fiocruz em parceria com a Universidade Federal Fluminense (UFF)³ foi fundamental para a definição de estratégias e reorganização das ações a serem utilizadas no segundo momento.

Torna-se necessário considerar ainda que entre os atores transversais que constituem essa rede ampla de estudos direcionada pela Fiocruz, encontram-se pesquisas que vêm sendo desenvolvidas tanto em âmbito mundial quanto em âmbito regional, como por exemplo, aquelas que se desenvolvem no estado de Pernambuco, o “berço da epidemia”.

³ Compõem a equipe de pesquisa, as professoras: Sandra Siqueira (ENSP); Jeni Vaitsman (ENSP); Elliane Holanda (ENSP); Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (UFF) e Ingrid Beserra (UFF).

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, algumas estratégias importantes foram se desenvolvendo.

Assim sendo, no conjunto de descobertas e incertezas, inseriu-se a proposta de pesquisa que se apresenta. Conforme já afirmado, a mesma se projetou a partir de uma análise da implementação das estratégias intersetoriais e do que foi sendo construído como mecanismos de coordenação e cooperação, no âmbito da proteção social, a partir das referências vivenciadas por dois estados brasileiros, Rio de Janeiro e Pernambuco.

A escolha dos referidos estados para compor o quadro empírico da pesquisa não se deu de forma aleatória, tendo em vista a especificidade histórica do estado do RJ com relação à tradição em saúde pública e por ser o 3º em número de casos confirmados de recém-nascidos e crianças vivas com alterações no crescimento e desenvolvimento, possivelmente relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, entre o período de 2015 a 2019⁴.

Já o estado de PE foi considerado o “berço da epidemia”. O estado responsável por mobilizar os sistemas de vigilância e indicar, através da competência e cuidado dos profissionais de “beira de leito”, nos termos de Diniz (2016), a prevalência e o crescimento dos casos de microcefalia, bem como a necessidade de uma intervenção imediata na situação complexa que se estruturava. Além disso, é o 2º em número de casos confirmados para alterações no desenvolvimento de bebês, como possível consequência do Zika Vírus⁵.

⁴ Segundo dados do Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP), em 13/04/2020, foram identificados 305 casos confirmados de crianças com SCZV.

⁵ Segundo dados do RESP, em 13/04/2020, foram identificados 473 casos confirmados de crianças com SCZV. O 1º estado em número de casos foi o da Bahia, apresentando um total de 577.

O período de análise desse estudo compreendeu as ações estratégicas que se desenvolveram entre os anos de 2015 a 2019. O período escolhido levou em conta o início da epidemia e do aumento considerável dos casos de crianças nascidas com microcefalia, no ano de 2015; a decretação da Situação de Emergência em Saúde Pública Internacional (ESPII) e a confirmação da relação do ZIKAV com a microcefalia, no ano de 2016; e as principais respostas direcionadas pelo Estado brasileiro até o ano de 2019.

É importante destacar que o enfrentamento à epidemia permaneceu mesmo com a Decretação da Emergência Nacional para o Zika, em 11 de maio de 2017, considerando ainda o número de nascimentos com casos confirmados e em investigação. Visualiza-se que ainda em 2017 foi publicada a Portaria 3.502 de 19 de dezembro de 2017. Esta portaria, além de lançar novas ações de coordenação e financiamento, previu também que os estados realizassem novas pactuações sobre o tema, num prazo máximo de cento e oitenta dias, a contar da data de publicação.

A Portaria também considerava 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).

Além das questões organizacionais direcionadas pela Portaria 3.502, de 2017, outro aspecto normativo importante sobre os direitos das crianças com SCZ foi a sanção da Lei 13.985, de 2020, que tem como objetivo a destinação de uma pensão vitalícia a crianças acometidas pela epidemia do ZIKAV, que nasceram entre 2015 e 2019⁶.

⁶ A discussão da pensão vitalícia é ainda controversa, já que a mesma reflete o acesso já garantido por meio do BPC, previsto pela Lei 8.142, de 1990. No entanto, utilizar-se-á a terminologia de pensão vitalícia em alguns parágrafos, já que está preconizada na Lei 13.985, de 2020. Esse é um debate que precisará de aprofundamento posterior para que sejam compreendidos os impasses.

Considerando esses aspectos, os referidos prazos foram considerados na análise a ser desenvolvida nas realidades empíricas já apontadas.

Em torno das estratégias direcionadas pelo Estado brasileiro para o enfrentamento da epidemia no período citado acima, buscou-se identificar como os determinantes sociais estiveram relacionados à emergência e expansão da epidemia do Zika Vírus no Brasil; como as dimensões da proteção social e da promoção à saúde se desenvolveram, no contexto da realidade brasileira e na conjuntura na qual se desenvolveu a epidemia do Zika Vírus; como os mecanismos de coordenação e cooperação que se direcionaram no âmbito do Governo Federal e dos governos dos estados do Rio de Janeiro e de Pernambuco atuaram; e como a implementação de ações intersetoriais foi se consolidando durante e no pós-epidemia, nos estados mencionados.

Para direcionar a análise de tais elementos, a definição da dimensão metodológica foi central. A metodologia está para além de um método de compreensão da realidade. Envolve as etapas exploratórias, de investigação, definição do problema, coleta de dados, abordagem e tipo da pesquisa.

No que se refere a esse aspecto, concorda-se com Gil (2010) quando afirma que nos estudos das áreas sociais deve haver o desenvolvimento de metodologias capazes de esclarecer o processo de investigação, tendo em vista que os métodos envolvem elevado grau de abstração e de decisão do pesquisador em relação ao alcance da pesquisa, das regras a serem adotadas e viabilidade da proposta.

Como a pesquisa está articulada a uma análise qualitativa em torno da implementação de políticas públicas, assevera-se que todo o aspecto de desenvolvimento dialogou com os desenhos propostos pela política e com as relações que estes assumem nas particularidades das instituições que os implementam.

Em relação a isso, ressalta-se ainda que a análise de uma política se configura como o exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas. Dessa maneira, na análise, busca-se reconstituir as diversas características e a forma de apreendê-la o mais coerente possível (ARRETCHE, 1998).

A proposta teve como característica a análise do aspecto qualitativo do problema. A pesquisa qualitativa tem como objetivo conhecer as experiências, fatos, percepções e significados atribuídos pelos sujeitos sociais a uma determinada questão que está sendo investigada (MARTINELLI, 1999).

Durante o processo de investigação, esses elementos foram fundamentais para a apreensão de como as instituições e atores que atuam/atuaram na saúde, assistência, previdência e outras políticas transversais foram se articulando para atender a uma situação de emergência no país, o enfrentamento à epidemia de ZIKAV.

Em relação aos estudos dessa natureza, Richardson (2010) ainda afirma que

Em princípio, podemos afirmar que, em geral, as investigações que se voltam para uma análise qualitativa têm como objeto situações complexas ou estritamente particulares. Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos. (RICHARDSON, 2010, p. 80).

Os aspectos imbricados ao problema da pesquisa - como os estados de Pernambuco e Rio de Janeiro se organizaram para assegurar, de forma intersetorial, a atenção e o acesso às políticas de proteção social às crianças acometidas pela Síndrome Congênita da Zika (SCZ) - foram identificados e analisados a partir de um conjunto de técnicas e métodos de investigação.

O trabalho de campo foi realizado a partir de entrevistas a gestores e profissionais que atuam em instituições centrais para o desenvolvimento de estratégias de coordenação, cooperação e para o direcionamento de respostas intersetoriais, no contexto da epidemia.

Para tanto, definiu-se uma amostra intencional, considerando o envolvimento dos atores, bem como sua função no âmbito da proteção social, no contexto analisado. É importante destacar que vários informantes foram indicados por atores já entrevistados, por meio da técnica “bola de neve”.

A técnica de bola de neve foi fundamental para a análise dos dois casos, tendo em vista que o contexto da epidemia mobilizou instituições específicas e dentro delas vários profissionais foram indicados para assumir posições importantes e estratégicas.

De acordo com Vinuto (2014), a técnica é entendida como

O tipo de amostragem nomeado como bola de neve é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados (VINUTO, 2014, p. 203).

Assim, considerando a expertise e a atuação de algumas pessoas com a problemática da SCZV no momento de início e no pós-epidemia, de acordo com o período já citado, os profissionais indicaram pessoas-chave. Os sujeitos da pesquisa que compuseram essa rede foram de suma importância para a consolidação dos dados e informações.

A partir dos aspectos estruturais da técnica de bola de neve e considerando as particularidades do problema da pesquisa, a seleção da amostra inicial foi definida com base nas instituições e atores centrais que atuaram/atuam nesses setores, identificando ainda a sua importância no processo de epidemia.

Como já destacado, o contexto da infecção por ZIKAV no país teve início no segundo semestre de 2015. Assim, as ações estatais têm início a partir desse período e mobilizaram várias políticas públicas para a prevenção de possíveis novos casos e também para o atendimento das consequências. É claro que pela particularidade complexa, a política de saúde foi a mais demandada inicialmente. Apesar disso, os demais aspectos imbricados ao problema também foram mobilizando outras áreas, tanto considerando as normativas federais quanto pelas necessidades apontadas com o desenvolvimento e expansão da epidemia.

A multiplicidade de aspectos associados à SCZV colocou para os órgãos governamentais a necessidade de atuar com estratégias rápidas, intersetoriais e de forma coordenada. As principais medidas foram então baseadas nessa

questão e com base no Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, lançado em 5 de dezembro de 2015, e nas demais portarias e instrumentos orientadores que foram sendo construídos a partir das novas necessidades e descobertas.

As estratégias do Plano se organizavam em três eixos, Mobilização e combate ao mosquito (1); Atendimento às pessoas (2); e Desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa (3) (BRASIL, 2015a).

Um dos eixos fundamentais para a análise dessa pesquisa e que envolveu diretamente vários atores e instituições das políticas públicas imbricadas à proteção social brasileira foi o de atendimento e apoio às crianças e suas famílias (2).

Como decorrência do Plano, o Ministério da Saúde e o então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) definiram a *Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia (EAR)*, como um elemento fundamental para o enfrentamento às consequências da epidemia.

Uma das propostas era a participação conjunta e intersetorial do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na localização, diagnóstico, cuidado, reabilitação e assistência às crianças acometidas pela SCZV. Essa estratégia direcionou principalmente a necessidade de instituir processos de coordenação e cooperação entre as instituições envolvidas e necessárias ao processo.

Essa informação é de suma importância para se compreender a etapa de realização das entrevistas, tendo em vista que a maioria dos informantes atuou/atua no âmbito das políticas de saúde e de assistência social. Esse fato se deu considerando a centralidade dessas duas políticas para o enfrentamento das principais questões relacionadas à epidemia, bem como pela necessidade de articulação conjunta delas. A Instrução Operacional Conjunta n. 1 MS-MDS, de 25 de fevereiro de 2016, já apontava a importância dessas duas políticas para o contexto.

Considerando os mecanismos fundamentais desenvolvidos desde o ano de 2015 e a importância dos profissionais que atuaram diretamente nos comitês

gestores e nos núcleos criados para a estruturação das ações, identifica-se mais uma vez a importância da técnica de “bola de neve” na articulação com os objetivos da pesquisa.

Conforme já apontado, a amostra inicial foi escolhida com base nos atores-chave imbricados ao processo. Os profissionais deveriam ainda ter atuado ou estar atuando diretamente com a Temática do Zika ou outras questões associadas, entre os anos de 2015 e 2019.

Identificando a importância das instituições, as entrevistas ficaram concentradas nas Secretarias Estaduais de Assistência e de Saúde; em outras instituições que executaram Políticas transversais articuladas ao problema de pesquisa, como foi o caso do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); e outras que foram sendo indicadas pelos informantes-chave, desde que apresentado o grau de envolvimento e importância ao processo.

Os profissionais entrevistados e que compuseram as informações se inserem nas instituições como gestores, superintendentes, técnicos e outros profissionais que apresentaram graus de envolvimento com a temática e com as políticas sociais.

Na primeira etapa desse estudo, considerando a minha inserção no Eixo específico da pesquisa da Fiocruz/UFF, conforme já apontado, dezessete (17) profissionais foram entrevistados. Um deles era representante do Ministério da Saúde e trabalhou diretamente nas primeiras ações direcionadas pelo Estado brasileiro no contexto da epidemia. Os demais, dezesseis (16), foram profissionais que atuaram no estado do Rio de Janeiro – entre eles gestores; superintendentes vinculados à assistência social e à saúde; apoiadores institucionais e técnicos. Essa etapa teve início em setembro de 2017 e o processo se estendeu até o ano de 2019.

É importante destacar que para complementar as informações dessa primeira etapa alguns profissionais precisaram ser entrevistados mais de uma vez, tendo em vista a necessidade de atualização dos aspectos identificados logo no início das entrevistas.

Em relação à segunda etapa, estimou-se aplicar uma média de 15 entrevistas a profissionais que estivessem articulados a essa problemática no estado de Pernambuco. No entanto, o total de informantes se consolidou em 11 pessoas. Considerando a técnica adotada - a amostragem em “bola de neve” - as indicações de participantes e os dados observados foram se tornando saturadas. Não existiam novos nomes e nem novas elementos foram sendo fornecidos nas últimas entrevistas. Assim, no tocante à coleta de informações esse número foi considerado suficiente⁷.

Nesse conjunto, buscou-se atingir as instituições centrais e estruturas estatais que fizeram parte diretamente desse processo.

A todos os profissionais foi aplicado um roteiro semiestruturado (Apêndice I), indicando perguntas que tinham como objetivo compreender o contexto de implementação, de articulação com outras políticas, dos desafios enfrentados e de ações exitosas no processo.

Destacamos que as entrevistas foram realizadas individualmente ou em dupla, quando os entrevistados acharam importante a participação de outro colega, no sentido de complementarem informações que pudessem não ser citadas ou esquecidas.

A todos os profissionais foram apresentadas as considerações éticas, riscos da pesquisa e benefícios (Apêndice II) e a partir disso foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III).

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP Humanas/UFF) por meio do CAAE: 19118619.1.0000.8160.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Afirmamos que o anonimato dos sujeitos informantes foi garantido na fase de sistematização, análise e divulgação dos dados. Para manter o sigilo, o

⁷ Para a realização das entrevistas vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde do estado de Pernambuco foi necessário o envio do projeto com a devida aprovação do Comitê de Ética à Secretaria Executiva da Gestão em Trabalho e Educação na Saúde. A mesma autorizou a realização das entrevistas e aprovou através de Carta de Anuência em 17 de outubro de 2019.

anonimato e a ética, utilizamos, na apresentação dos resultados e discussões, uma codificação para referenciar trechos dos sujeitos informantes.

A coleta dos dados, conforme previsto nas considerações éticas⁸, foi realizada em sala fechada, apenas com a presença do (s) entrevistado (s) e da pesquisadora.

Na etapa de coleta das entrevistas, priorizou-se a realização de forma presencial. No caso do estado do Rio de Janeiro, todas foram realizadas nesse formato. Dessa primeira etapa, apenas uma foi realizada à distância, através de Skype, tendo em vista que o (a) informante residia na cidade de Brasília e trabalhava no Ministério da Saúde.

Considerando esse panorama, pode-se identificar o seguinte quadro de informações, consolidando as instituições e profissionais participantes do processo:

Quadro I – Entrevistas realizadas com o Ministério da Saúde e com instituições situadas no estado do Rio de Janeiro

MINISTÉRIO DA SAÚDE E RIO DE JANEIRO		
INSTITUIÇÃO	FUNÇÃO	PAPEL ASSUMIDO NO CONTEXTO DA PANDEMIA
Ministério da Saúde	Gestão da Política	Acompanhou e desenvolveu estratégias de coordenação e integração voltadas à epidemia, desde 2015.
Instituto Fernandes Figueira (IFF)	Profissional com Atendimento Direto ao Usuário	Articulador com outras instituições; atendimento a famílias e diagnóstico.
Instituto Fernandes Figueira (IFF)	Profissional com Atendimento Direto ao Usuário	Articulador com outras instituições; atendimento a famílias e diagnóstico.

⁸ O presente projeto segue os termos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, para a pesquisa em seres humanos. Afirma-se que a coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP competente e que o cronograma proposto foi cumprido conforme o resultado da avaliação e indicação do CEP.

Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Chefia	Coordenação das ações no âmbito da Atenção Básica.
Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Gestão da Política	Articulação com os municípios, acompanhamento de dados e participação em Comitê Gestor.
Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Gestão da Política	Articulação com os municípios, acompanhamento de dados e participação em Comitê Gestor.
Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Chefia	Coordenação das ações no âmbito da Atenção Especializada, Controle e Avaliação.
Secretaria Estadual de Assistência Social ⁹	Chefia	Participou ativamente da construção de normativas e ações intersetoriais no início da epidemia.
Instituto Fernandes Figueira (IFF)	Profissional com Atendimento Direto ao Usuário	Articulador com outras instituições; atendimento a famílias, diagnóstico e reabilitação.
Secretaria Estadual de Assistência Social	Gestão da Política	Participou do Comitê Gestor e das Ações construídas por meio desse espaço.
Secretária de Assistência Social Municipal	Chefia	Coordenou as ações em um dos municípios mais atingidos pela Epidemia.
Secretária de Assistência Social Municipal	Gestão da Política	Coordenou ações no âmbito do Centro de Referência de Assistência Social (Cras)
Secretária de Assistência Social Municipal	Profissional com Atendimento Direto ao Usuário	Atendimento a famílias e orientação sobre serviços e benefícios sociais.
Instituto Estadual do Cérebro (IEC)	Profissional com Atendimento Direto ao Usuário	Articulador com outras instituições; atendimento a famílias e diagnóstico.
Instituto Estadual do Cérebro (IEC)	Profissional com Atendimento Direto ao Usuário	Articulador com outras instituições; atendimento a famílias e orientação sobre serviços e benefícios sociais.
Secretaria Municipal de Saúde	Chefia	Coordenou as ações em um dos municípios mais atingidos pela Epidemia.
Ministério Público	Chefia	Atendimento de demandas protocoladas pela sociedade civil e organizações de mães.

Fonte: Elaboração Própria.

⁹ A Secretaria Estadual de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro vivenciou diversas mudanças desde o ano de 2015. Com as alterações nas estruturas de Governo, optou-se por utilizar a nomenclatura citada no quadro para a identificação, tendo em vista que a estrutura da assistência já esteve inserida na: Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH); Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia, Inovação e Desenvolvimento Social (SECTIDS); e Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (SEDSODH).

Em relação ao estado de Pernambuco, apenas 2 entrevistas puderam ser realizadas de forma presencial, na cidade do Recife. O período programado para a realização da coleta de dados foi afetado pela Pandemia da Covid-19. As 9 entrevistas à distância foram realizadas por meio da Plataforma Zoom ou do Meets e atenderam a expectativa de identificação das informações necessárias.

Assim, as entrevistas realizadas nesse estado podem ser apresentadas da seguinte maneira:

Quadro II – Entrevistas realizadas com instituições situadas no estado de Pernambuco

PERNAMBUCO		
INSTITUIÇÃO	FUNÇÃO	PAPEL ASSUMIDO NO CONTEXTO DA PANDEMIA
Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Gestão da Política	Coordenação das principais ações e estratégias durante e no pós-epidemia.
Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Gestão da Política	Coordenação e articulação interna e externa; cooperação; desenvolvimento de ações intersetoriais; e atendimento a demandas de crianças e famílias.
Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude	Gestão da Política	Coordenação e articulação interna e externa; cooperação; e desenvolvimento de ações intersetoriais.
Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)	Gestão da Política	Articulação interna e externa; cooperação; participação de ações intersetoriais; e atendimento a crianças e famílias.
Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude	Gestão da Política	Desenvolvimento de ações intersetoriais entre assistência social, saúde e educação no atendimento a crianças com deficiências/crianças com SCZV
Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Gestão da Política	Atuou no Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVs) e participou da elaboração das primeiras estratégias no estado.
Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Gestão da Política	Participação em ações intersetoriais entre assistência social, saúde e educação no atendimento a crianças com deficiências/crianças com SCZV
Unidade de Pronto Atendimento Especializado (UPAE)	Profissional com Atendimento Direto ao Usuário	Atendimento a famílias e orientação sobre serviços e benefícios sociais.

Centro Especializado em Reabilitação (CER IV)	Profissional com Atendimento Direto ao Usuário	Articulador com outras instituições; atendimento a famílias, diagnóstico e reabilitação.
Centro Especializado em Reabilitação (CER IV)	Profissional com Atendimento Direto ao Usuário	Articulador com outras instituições; atendimento psicossocial a famílias, diagnóstico e reabilitação.
Secretaria Estadual de Saúde (SES) – 1ª Gerência Regional de Saúde (Geres)	Gestão da Política	Coordenação e atendimento das principais demandas de saúde relacionadas às crianças com SCZ a nível regional.

Fonte: Elaboração Própria.

Após a realização das entrevistas e das transcrições delas, buscou-se fazer uma leitura das informações disponibilizadas, considerando tanto as orientações e normativas direcionadas no contexto da epidemia, quanto identificando categorias-chave necessárias à análise do objetivo de pesquisa. Essa análise foi realizada com base na construção do quadro abaixo:

Quadro III – Exemplo de Quadro de Análise

DIRETRIZES DE ANÁLISE	A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Indicadores Sociais		
Cenário Político		
Instrumentos criados a nível local (Instruções, Normas Técnicas etc)		
Ações estratégicas envolvendo políticas intersetoriais		
Coordenação Interna e Coordenação entre os Setores		
Envolvimento do Setor Público com outros Atores da Sociedade Civil		
Desafios		
Estratégias Bem Sucedidas		
Estratégias Mal Sucedidas		
Apoio a Associações/Organizações da Sociedade Civil, através do		

envolvimento de políticas intersetoriais		
Recursos Humanos para Execução das Estratégias		
Ação Territorial para Execução das Estratégias		

Fonte: Elaboração Própria.

Os itens acima foram importantes na medida em que tornaram possível a identificação de questões imbricadas ao objeto de estudo, tais como:

- Relação entre mecanismos de coordenação e cooperação na saúde, assistência e previdência nos dois estados-chave;
- Formas de exposição desses mecanismos e das relações intersetoriais;
- Organização das atividades entre as políticas;
- Construção de estratégias comuns de comunicação;
- Articulação entre instituições e profissionais envolvidos no processo;
- Relações formais e informais na condução das estratégias intersetoriais;
- Particularidades dos estados-chave em relação à construção de rede de tratamento, diagnóstico e reabilitação;
- Definição de serviços e formas de encaminhamento.

A análise dos dados primários foi então realizada com base nos resultados das entrevistas aos profissionais que atuam/atuaram na rede estadual do RJ e de PE, buscando verificar mecanismos; lacunas; desafios e possibilidades diante da epidemia do ZIKA e suas consequências a crianças e famílias.

É importante destacar que as questões disponíveis no roteiro foram construídas buscando compreender o contexto geral desenvolvido por cada informante. No entanto, a depender da sua inserção profissional em dado espaço de trabalho, outros aspectos foram sendo questionados, buscando identificar melhor a atuação no contexto pesquisado.

Além da realização das entrevistas, a pesquisadora também se inseriu em espaços estratégicos articulados à discussão da pesquisa, como por exemplo, a participação em reuniões dos Comitês Gestores, vinculados ao Eixo II da Estratégia de Ação Rápida, no estado do Rio de Janeiro.

Tais comitês envolviam a participação de profissionais de todos os setores estratégicos que vinham construindo as ações no estado do Rio de Janeiro. Participavam desses espaços: gestores e técnicos de municípios e das instituições que realizavam o atendimento às crianças, como foi o caso do Instituto Fernandes Figueira (IFF) e do Instituto Estadual do Cérebro (IEC). Os encontros aconteciam uma vez ao mês, entre os anos de 2017 e 2018, na sede da Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio de Janeiro.

A participação nos comitês foi importante para que pudessem ser observadas dificuldades, limitações e a construção das articulações entre todos os atores envolvidos com o diagnóstico, tratamento e assistência social às famílias e crianças acometidas pela SCZV.

Além disso, a pesquisadora também se inseriu em eventos que envolviam a temática e atores vinculados ao problema da Síndrome Congênita do Zika. Considera-se importante citar a participação em:

- **Oficina:** "Epidemia de Zika no Brasil: lições aprendidas e recomendações", no Pré-Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), nos dias 24 e 25/07/2018.
- **Participantes:** pesquisadores, famílias e trabalhadores vinculados à temática do Zika.
- **Local:** Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz/RJ).
- **Forma de Participação:** Relatoria do Grupo de Trabalho I – Diagnóstico.
- **Produto:** Relatório.

- **Curso de Atualização:** "Atenção Intersetorial às Crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus e suas Famílias", em 2018.
- **Participantes:** profissionais que atuam em várias unidades de atendimento a famílias e crianças no estado do Rio de Janeiro.
- **Local:** Instituto Fernandes Figueira (IFF/RJ).
- **Forma de Participação:** discente.
- **Produto:** Trabalho Final.

- **Fórum:** Fórum de Intersetorialidade e Cuidado a Criança e famílias afetadas pelo Zika e outras condições crônicas de saúde, em 2020.
 - **Participantes:** profissionais que atuam na rede estadual e municipal, de saúde e de assistência social, dos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro.
 - **Local:** Instituto Fernandes Figueira (IFF/RJ) /Atividade EAD.
 - **Forma de Participação:** ouvinte.
 - **Produto:** construção de um Plano de Cuidados Intersetorial.
-
- **Fórum:** II Encontro do Fórum de Intersetorialidade e Cuidado a Crianças e Famílias Afetadas pelo Zika Vírus e Outras Condições Crônicas de Saúde, em 2021.
 - **Participantes:** profissionais que atuam na rede estadual e municipal, de saúde e de assistência social, dos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro.
 - **Local:** Instituto Fernandes Figueira (IFF/RJ) /Atividade EAD.
 - **Forma de Participação:** palestrante.

Esses espaços garantiram além de um importante aprendizado, a oportunidade de estar construindo relações e observações em torno do cotidiano de vários profissionais e instituições. Além disso, como a pesquisa não previa a realização de entrevistas às mães de crianças com SCZV, foi possível manter um contato com as mesmas e suas experiências de forma a contrapor o que estava sendo identificado nas entrevistas.

Além da realização dessa forma de coleta de dados, da participação e da observação nos eventos vinculados à temática, o estudo também contou com a utilização de outros métodos fundamentais, como por exemplo, a revisão bibliográfica e consulta periódica a sites oficiais e notícias de jornais. Esses elementos além de fundamentarem o estudo, contribuíram também para a construção das análises das entrevistas.

Um estudo analítico como este também dependeu de uma profunda análise documental e de dados estatísticos. De acordo com Gil (2010), a análise

documental considera a utilização de normativas e documentos institucionais que contribuem de forma fundamental para a investigação de um determinado fato.

Assim, considerando o conjunto de normativas necessárias à estruturação das estratégias de enfrentamento à epidemia do ZIKAV, foram analisados documentos, legislações e dados estatísticos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, Ministério da Cidadania e outros órgãos governamentais¹⁰.

Essa pesquisa foi realizada, portanto, através de um conjunto de técnicas e do envolvimento de diversos profissionais. O processo se mostrou satisfatório para aquilo que se pretendia.

Algumas dificuldades para a realização da pesquisa de campo, no entanto, merecem destaque. Todas as entrevistas que seriam realizadas de forma presencial no estado de Pernambuco estavam programadas para o ano de 2020. Com a eclosão da Pandemia de Covid-19¹¹, a forma de coleta de dados precisou ser alterada para o formato à distância, considerando tanto a necessidade do isolamento social como o envolvimento dos profissionais que atuavam em setores diretamente vinculados ao atendimento de mais esse evento complexo em saúde pública.

É claro que a realização das entrevistas presenciais seria fundamental para a identificação e observação de muitas particularidades. No entanto, a pesquisadora já conhecia a rede de serviços de Pernambuco, dada a sua

¹⁰ Muitos dados foram solicitados diretamente ao Ministério da Saúde, Ministério da Cidadania e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através do Sistema Eletrônico de Informações ao Cidadão (e-SIC), através da abertura de protocolos no site: <https://esic.cgu.gov.br/falabr.html>. Todas as informações solicitadas foram prontamente respondidas pelos Órgãos Federais. As mesmas foram fundamentais para a construção dos resultados dessa pesquisa.

Além disso, as Secretarias Estaduais de Saúde e Assistência Social, através dos setores de Vigilância também se colocaram disponíveis, enviando informações sempre que solicitado.

¹¹ A pandemia de COVID-19 foi identificada em 01 de dezembro de 2019, em Wuhan, na província de Hubei, República Popular da China. A doença é provocada pelo coronavírus e causa uma crise respiratória aguda grave. Essa doença rapidamente se espalhou por todos os países e o isolamento social, articulado a outras medidas sanitárias, foi considerado a melhor forma de prevenção (OPAS/OMS, s/d). Informação disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em 30 de setembro de 2020.

trajetória acadêmica e profissional naquele estado, fato que possibilitou o direcionamento e busca por profissionais que pudessem auxiliar na coleta e busca de informações.

Destaca-se ainda que as entrevistas nem sempre puderam acontecer nos dias e horários planejados e agendados. Muitos profissionais estavam na linha de frente, no atendimento às demandas da Pandemia da Covid-19. Alguns pedidos de adiamento foram solicitados. Apesar disso, todos os convites realizados foram aceitos.

Pelo compromisso com a ética e com a ciência, esse estudo prevê a devolutiva dos resultados a todos os profissionais e instituições que participantes. Será disponibilizada uma cópia desse material a todos os envolvidos e será marcada uma data para a apresentação dos resultados.

Entende-se que estudos dessa natureza podem contribuir para a reflexão das ações cotidianas e para a estruturação do planejamento a ser desenvolvido no âmbito das políticas públicas.

2. ESTADO E ORGANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Esse capítulo se inicia com o debate em torno da relação entre Estado, sociedade e políticas públicas, tendo em vista a ampla heterogeneidade de teorias e aplicações que estão inseridas nesse campo. Prossegue com a discussão da estrutura e organização das políticas sociais no Brasil, tomando como referência o caso dos estados do Rio de Janeiro e de Pernambuco.

A estruturação das políticas sociais no país não se configura como o foco desse estudo, porém é essencial para a compreensão dos desafios e complexidades enfrentadas pelos estados analisados no enfrentamento à epidemia do Zika Vírus.

No direcionamento de estratégias de enfrentamento ao evento em questão, a saúde e a assistência social assumiram um papel fundamental, tanto em relação às vigilâncias epidemiológica e socioassistencial, quanto do atendimento às diversas expressões vinculadas às famílias e crianças acometidas pela Síndrome Congênita do ZIKAV.

Com o objetivo de identificar as particularidades e responsabilidades dos entes federados no direcionamento da coordenação de políticas, o item 2.3 ainda apresentará uma análise da trajetória da descentralização e do cenário dos dois estados-chave na estruturação da saúde e assistência social.

2.1 Estado e Políticas Públicas

A discussão em torno conceito de políticas públicas perpassa pela compreensão das relações que se estabelecem entre Estado, sociedade e campos do conhecimento nos quais esses aspectos se transversalizam. Isso porque se entende que diferentes elementos se manifestam no contorno da função e das ações estatais.

Dessa maneira, a relação entre Estado e sociedade é analisada como um processo histórico e complexo e, portanto, impossível de padronizações. Essa

processualidade é composta também de reciprocidade e antagonismos próprias dos interesses e particularidades de ambas as partes.

O Estado é entendido como criatura da sociedade, nos termos de Ianni (1986). Nessa compreensão, o Estado só se torna uma instituição política a partir do século XVII quando vai se afastando das influências religiosas, bem como a partir do surgimento da burocracia e do controle da sociedade civil.

A respeito do surgimento do Estado, Pereira (2008) aponta que existem perspectivas controversas, considerando os estudos dos primeiros autores da ciência política. De acordo com ela, o desenvolvimento da estrutura técnico-administrativa, imbricada aos impostos, possibilitou a criação do aparelho repressor do Estado que passou também a ter o uso legítimo da força como poder. Esse poder foi descrito como o monopólio legal da violência por Weber (1973) e como Estado restrito nos termos de Gramsci (2000).

O fato é que vários autores foram elaborando ao longo dos anos muitas concepções teóricas sobre o surgimento e desenvolvimento do Estado. Pereira (2008) entende que muitos desses trabalhos se tornaram intentos de elaboração teórica ou, em outras palavras, manuais preparados para orientar governantes.

Considerando esses aspectos, entende-se que a compreensão de Estado deve se relacionar ao entendimento do mesmo como uma instituição social e historicamente construída. Além disso, observa-se que as razões do seu surgimento são importantes para identificar a sua função na contemporaneidade e nas relações que vão se estabelecendo com a sociedade.

Para Pereira (2008), o entendimento do Estado para além das perspectivas religiosas ou dos “manuais preparados para orientar governantes”, é essencial para a análise dos conceitos e formas que foram se constituindo na modernidade.

Nesse rol, há perspectivas que afirmam não haver concepções divergentes ou rivais em relação à definição de Estado. Considerando essa premissa, essa instituição deveria ser composta de:

1. Um conjunto de instituições e prerrogativas, como por exemplo, o *poder coercitivo*.
2. O território, entendido como um espaço onde o poder estatal é exercido.
3. A máquina burocrática.
4. Um conjunto de condutas e comportamentos gerais regulados pela máquina burocrática.

Já os estudos que compreendem a relação entre Estado e sociedade dentro de uma estrutura conflituosa afirmam que a definição estatal precisa considerar:

1. Os diferentes entendimentos acerca das noções de Estado.
2. Considerar a historicidade e a formação dos Estados, entendendo que não há um padrão absoluto.
3. O entendimento acerca da diferenciação entre Estado e os seus órgãos e elementos constitutivos.

Considerando ambas as perspectivas, concorda-se com Pereira (2008) quando afirma que o Estado deve ser percebido como uma instituição histórica porque não existe uma forma absoluta e inalterável. Por essa razão também se articula ao passado, presente e futuro. Além disso, entende-se que essa instituição não é um fenômeno autônomo e isolado. É, sobretudo, uma entidade dialética e, portanto, não linear.

É fundamental ressaltar que Estado e governo são categorias distintas. Assim, utiliza-se a compreensão de Höfling (2001) quando afirma que o Estado se refere a um conjunto de instituições permanentes (órgãos legislativos, tribunais e outras que não se resumem a um bloco monolítico). Já o governo se refere a um conjunto de programas e projetos que surge direcionado pela sociedade (políticos, instituições da sociedade civil, entre outras).

Ainda em relação a isso, assevera-se que o Estado precisa se orientar através de uma lógica pública que, apesar de pública, é permeada por interesses e contradições que se confrontam permanentemente.

Na sociedade capitalista, esses interesses se tornam cada vez mais complexos já que além dos antagonismos conflituosos entre Estado e sociedade, expandem-se relações de dominação e de poder.

Dessa forma, não é possível analisar o Estado como instituição separada da sociedade, assim como não é possível analisar esta sem a compreensão da origem e desenvolvimento daquele.

A opção teórica por uma análise dessa natureza leva em consideração também que a sociedade não se imbrica apenas ao conceito da soma de indivíduos, mas, sobretudo, está articulada às relações tanto no âmbito da produção, quanto da reprodução.

Os principais autores contratualistas (Hobbes, Locke e Rosseau) apresentam contribuições fundamentais ao direcionamento e elaboração das diversas teorias que foram se processando na era da modernidade em torno da relação entre Estado e sociedade. Nas obras de autores como Hegel e Marx, no século XIX, é possível perceber tais contribuições.

Para Hegel, a sociedade civil é, inicialmente, um momento do Estado e, posteriormente, se transforma neste. Apesar disso, há, entre ambos, distinções tais como pensavam Hobbes e Locke. Diferentemente de Hegel, Marx faz uma crítica ao Estado e entende a sociedade dentro do modo de produção capitalista. A sociedade civil (sociedade civil burguesa) é entendida como um campo mais amplo, sociopolítico e cultural no qual ocorre a divisão e organização do trabalho.

Ainda de acordo com a perspectiva crítica, Gramsci (2000) apresenta uma teoria bastante consistente acerca da relação entre Estado e sociedade. Para o autor, ao contrário de Marx e Hegel, a sociedade civil integra um dos eixos que compõem a superestrutura. O eixo que integra a sociedade civil está imbricado a um conjunto de organismos e instituições de caráter privado e que se articulam à função da hegemonia. No outro eixo está o Estado, identificado como sociedade política, a qual corresponde à função de coerção.

Concordando com a perspectiva gramsciana, Pereira (2008) assevera que:

Trata-se, portanto, a sociedade civil em Gramsci, de um momento da superestrutura, da hegemonia, diferente do momento do puro domínio. Nela não prevalece a força, mas a direção espiritual e cultural, voltada para todo o complexo das relações ideológico-culturais- escolas, religião, comunicação – por meio do qual as classes exercem a sua hegemonia de forma consensual. Em contrapartida, a sociedade política constitui o momento da coerção e da força, usada por um Estado restrito, dominador. E o conjunto formado pela sociedade civil e pela sociedade política constitui o que Gramsci chama de Estado Ampliado (p. 158).

Nessa perspectiva, o Estado Ampliado reflete a diferença entre a compreensão clássica do pensamento de Marx que percebe as relações estatais como pertencentes apenas à base material.

Concordando com Pereira (2008), observa-se que essa perspectiva aborda a relação conflituosa entre Estado e sociedade e, concretamente, possibilita direcionamentos importantes à compreensão e discussão conceitual de política social.

As sociedades modernas apresentam heterogeneidades de ideias, valores, renda e outras características subjetivas que impõem certa complexidade e geração de conflitos, projetando a necessidade direta de administração dessas questões por parte do Estado. Para tanto, Rua (s/d) aponta que os dois principais meios para isso são a coerção pura e simples e a política.

O fato é que o uso contínuo da coerção acaba tendo impacto reduzido e um custo cada vez mais elevado, dada à complexidade dos conflitos sociais. Esse aspecto faz com a política seja a opção mais racional, tendo em vista que esta se configura como sendo o conjunto de “procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos” (RUA, s/d, p.1).

Por sua vez, as políticas públicas (*policies*) seriam o resultado da atividade política (*politics*) e envolvem um conjunto de decisões e estratégias para implementar ações que foram tomadas. As atividades políticas, no entanto,

seriam escolhas dentro de um rol de alternativas, de acordo com a hierarquia da preferência dos atores - envolvendo certa adequação entre fins pretendidos e meios disponíveis. Assim, nem toda atividade política implica no direcionamento de uma política pública (RUA, s/d).

Assim, entende-se que o fato é que a política pública pode ser tanto ação estatal quanto campo do conhecimento. Como campo do conhecimento, essa política coloca tanto o governo em ação, quanto propõe análises e avaliações para propor mudanças às estratégias que vêm sendo executadas.

Assim, concorda-se que a discussão da política pública vem se expandindo mundialmente, tendo em vista a heterogeneidades de aplicações teóricas e práticas. Este tema que vem sendo abordado no âmbito das ciências humanas, políticas e sociais, bem como em outras áreas é ainda transversal a diversos aspectos da vida em sociedade.

Como campo do conhecimento, esse debate surge nos Estados Unidos, superando a discussão que até então vinha sendo feita na Europa. Esta tinha como foco análises que discutiam o papel do Estado e suas instituições.

De acordo com Souza (2007), a área da política pública na tradição europeia surge como desdobramento das teorias sobre o papel do Estado – entendido, nesse caso, como o produtor por excelência de políticas públicas. Nos Estados Unidos, pelo contrário, essa área se amplia devido ao crescimento de disciplinas específicas que tinham como foco a ação dos governos.

Souza (2007) define a política pública como sendo

[...] o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o “governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)”. A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2007, p. 69).

No Brasil, até a década de 1980, os estudos sobre políticas sociais se dedicaram a análises muito macrossociológicas sobre a relação do Estado com as suas políticas direcionadas a vários aspectos da sociedade, como a formação

da nação, o desenvolvimento econômico, a constituição da cidadania, a formação de classes, entre outros. De forma contraditória, os detalhes dessas ações estatais, assim como os aspectos que se relacionam a esse funcionamento foram pouco debatidos ou tematizados pela literatura (MARQUES; FARIA, 2013).

Segundo Marques e Faria (2013), a década de 1980 se direciona como um marco na discussão conceitual sobre políticas públicas no país, através da aplicação em várias disciplinas. Essa particularidade se constituiu considerando a ampla necessidade de se discutir o país, o Estado e suas ações no contexto de redemocratização e do modelo de proteção social que seria implementado a partir de então, tendo em vista a aprovação da Constituição Federal de 1988 e da garantia de importantes direitos sociais como responsabilidades estatais.

No que se refere às pesquisas e à produção de conhecimentos no âmbito das políticas públicas, as décadas seguintes foram ainda mais decisivas. De acordo com Arretche (2003), o interesse e a ampliação dos estudos nessa direção estão imbricados às mudanças da sociedade brasileira. Tais mudanças se referem ao intenso processo de inovação e experimentação de programas governamentais, da autonomia dos governos locais, dos programas de reforma do Estado, bem como da participação em diversas políticas setoriais. Todos esses aspectos foram abrindo espaço para o debate em torno dos “micro” mecanismos de funcionamento do Estado brasileiro.

Muitos estudos apontam que as políticas públicas assumem um papel importante no enfrentamento a problemas críticos. Apesar disso, vários autores são contrários a essa definição porque consideram que estudos dessa natureza não reconhecem a essência das políticas, de suas disputas e de suas ideias.

No âmbito da política pública, tem-se também a especificidade da política social. Ambos são campos multidisciplinares, apesar de cada uma ter um foco específico. De acordo com Souza (2007),

Existem importantes diferenças, notadamente nos seus focos. Enquanto estudos em políticas públicas concentram-se no processo e em responder questões como “por quê” e “como”, os estudos em políticas sociais tomam o processo apenas como “pano de fundo” e se concentram nas consequências da política, ou seja, o que a política faz ou fez (p.71).

Apesar dessa distinção, a autora reitera que os estudos em torno das políticas públicas não estão focados necessariamente no conteúdo substantivo da política, mas que estão demarcados pelo objeto daquelas, tendo em vista as questões que envolvem os problemas da área e os resultados que elas impõem (SOUZA, 2007).

De acordo com Marques (2013), as políticas públicas se referem ao conjunto de ações implementadas pelo Estado e pelas autoridades governamentais em um sentido amplo. Trata-se do estudo do “Estado em ação”. Ou seja, o estudo relacionado às PPs se direciona a entender as formas como o Estado age, considerando as condições que o cercam (p. 24).

Torna-se importante ressaltar também que a política pública apresenta um conceito baseado em um grupo de ações que podem ser estatais, mas também podem incluir intervenções públicas e de instituições não governamentais. Essa característica interfere na constituição da agenda e na tomada de decisões (FLEXOR & LEITE, 2006).

Pereira (2009) também considera que a política pública não se resume à política estatal, tendo em vista a presença de outros aspectos que se inserem no âmbito da reprodução social:

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, 2009, p. 94).

A autora também aponta que a política social está inserida numa arena política de disputas e interesses antagônicos, tendo em vista a relação conflituosa que se estabelece entre Estado e sociedade. Essa processualidade é composta também de reciprocidade e antagonismos próprios dos interesses e particularidades de ambas as partes (PEREIRA, 2011).

No âmbito da sociedade capitalista, as políticas sociais são consideradas mediações importantes e necessárias nas respostas à questão social. Behring

(2006) aponta que o surgimento dessas políticas está imbricado à constituição da sociedade burguesa, sobretudo quando se tem um reconhecimento da questão social inerente às relações sociais no referido modo de produção, “vis a vis” ao momento em que os trabalhadores assumem um papel político (BEHRING, 2006).

Para Faleiros (2000) ainda,

A análise da política social implica, assim, metodologicamente a consideração do movimento do capital e, ao mesmo tempo, dos movimentos sociais concretos que o obrigam a cuidar da saúde, da duração da vida do trabalhador, da sua reprodução imediata e a longo prazo. É necessário considerar também as conjunturas econômicas e os movimentos políticos em que se oferecem alternativas a uma atuação do Estado (FALEIROS, 2000: 59).

Embora a maioria dos autores reconheça que o desenvolvimento das políticas sociais está associado ao surgimento da sociedade capitalista, essa não é uma visão homogênea, já que envolve a relação que se estabelece entre a função social do Estado, da sua interlocução com a sociedade e da conjuntura na qual se delineia esse processo.

Nesse conjunto de teorias e dilemas, existem aqueles que se subsidiam em uma visão unilateralista que identifica as políticas sociais como iniciativas exclusivas do Estado para responder as demandas da sociedade e garantir hegemonia. Outras, ainda, explicam a sua existência como relacionadas apenas à luta e pressão da classe trabalhadora (BEHRING, 2011).

Assim, entende-se que as análises unilateralistas se equivocam em tal maneira, por desconsiderarem a existência das contradições e do campo de disputas na sociedade. Desconsideram a sociedade civil e a disputa por hegemonia, bem como a processualidade histórica que projeta a humanidade e as suas instituições.

Entende-se assim que a implementação das políticas sociais foi se desenvolvendo em uma formação contraditória e metamorfoseada por disputas, práticas conservadoras e progressistas em relação ao tratamento dado às diversas expressões da questão social.

Sobre isso, concorda-se com Behring (2011) quando afirma que a implementação das políticas sociais acompanhou as dissonâncias e a dinâmica da própria conformação do Estado.

Para ela, a política social não se fundou sob o capitalismo, como um elemento distribuidor de riquezas. Ela ocupa certa posição político-econômica a partir de dado período histórico. Assim, essa política não pode ser compreendida pela sua inserção no modo produtivo que tem como foco o capital, mas historicamente na relação de todos os processos que dialogam com a totalidade (BEHRING, 2011).

Concorda-se com Höfling (2001) quando afirma que as políticas sociais se referem às ações que materializam o padrão de proteção social implementado pelo Estado. Esse padrão pode acontecer de diversas formas, como por exemplo, a redistribuição dos benefícios sociais.

No que se refere à particularidade brasileira, alguns aspectos imbricados à formação sócio-histórica interferem permanentemente no direcionamento das intervenções estatais.

De acordo com Iamamoto (2008), as raízes oligárquicas das elites ajustaram as suas formas de dominação através da “civilização ocidental” com vistas à intensiva consolidação da economia monopolista. Entre as diversas formas de dominação, encontram-se as raízes oligárquicas, o conservadorismo e o patrimonialismo:

Em síntese, no caso brasileiro, a expansão monopolista faz-se, mantendo, de um lado, a dominação imperialista e, de outro, a desigualdade interna do desenvolvimento da sociedade nacional. Ela aprofunda as disparidades econômicas, sociais e regional e racial de renda, prestígio e poder. Engendra uma forma típica de dominação política, de cunho contrarrevolucionário, em que o Estado assume um papel decisivo não só na unificação dos interesses das frações e classes burguesas, como na imposição e irradiação de seus interesses, valores e ideologias para o conjunto da sociedade [...] (IAMAMOTO, 2008: 32).

Ainda de acordo com Carvalho (2002), apesar dos avanços existentes na condução das ações estatais, inclusive no direcionamento de políticas públicas, as características da formação da sociedade brasileira pesam sob a forma de desigualdade social. A renda geral da população cresce, mas não há diminuição das desigualdades entre ricos e pobres. Para ele,

Os resíduos da escravidão sobrevivem no preconceito racial e nas desigualdades entre brancos e não-brancos no que se refere à renda e a educação. O índice de analfabetismo entre não-brancos é duas vezes superior ao dos brancos. Estes têm, em média, dois anos a mais de escolaridade que os primeiros. Igualmente, a renda média dos brancos é o dobro da dos não-brancos. Essa desigualdade é a razão da discussão atual sobre meios de corrigir a injustiça histórica cometida contra os africanos (CARVALHO, 2002: 31).

Esses aspectos, transversalizados ainda por outras formas de desigualdade que foram se aprofundando com o passar dos anos, resultaram numa massa populacional pauperizada, aglutinada nos grandes centros urbanos, sem condições dignas de sobrevivência, habitação e de empregabilidade.

Além das questões históricas, identifica-se que o sistema de proteção social brasileiro apresenta especificidades que vieram se configurando como um agregado de políticas sociais setorizadas, cujo desenvolvimento institucional ocorreu de forma bastante diferente:

Isto significa que, para além das distinções derivadas de sua engenharia operacional, estas políticas sociais também divergem no que diz respeito às regras constitucionais pelas quais sua oferta é normatizada e aos mecanismos de policy feedback que interferem no processo setorial se reformas (ARRETCHE, 2000, p.18).

Essa processualidade implica reconhecer que a construção do sistema de proteção social brasileiro envolveu um processo de amplas reformas na condução de um Estado federativo, em um país marcado por uma formação social particular, que direcionou amplas desigualdades sociais, políticas e econômicas.

Considerando esses elementos, apresentar-se-á no próximo tópico a

configuração adotada pelo Estado brasileiro na condução de políticas sociais, no período que marca a criação da Constituição Federal de 1988 e o redimensionamento que ela apresenta às políticas sociais.

2.2 Estrutura e Organização das Políticas Sociais no Brasil

No Brasil, as décadas de 1930 e 1940 são entendidas como marcos na condução de intervenções estratégicas no campo da proteção social. Nesse período, criaram-se vários institutos nacionais e normativas que se estavam voltados ao direito do trabalhador, como é o caso da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943.

Apesar disso, os longos períodos autoritários vivenciados pelo país fazem com que somente no pós-1988 seja possível perceber uma reconfiguração importante na condução de direitos e políticas sociais, tanto no que se refere às obrigações estatais quanto no direcionamento da organização político-administrativa das instituições.

A unificação das ações e serviços públicos de saúde, assistência social e previdência social foi firmada na Constituição Federal de 1988. Com a institucionalização da Seguridade Social novos arranjos institucionais passaram a ser definidos com base na descentralização.

A descentralização é entendida, de acordo com Arretche (2000), como a “institucionalização no plano local de condições técnicas para a implementação de tarefas de gestão de políticas sociais” (p.16). O local, para a autora, refere-se à unidade de governo para a qual se transferem responsabilidades.

Com o desenho da descentralização, a implementação das políticas sociais passa a se organizar com base na autonomia de municípios para a execução de serviços e garantem a institucionalização local de novos atores, arenas, novas formas de governança e relação entre Estado e sociedade civil (VAITSMAN, ANDRADE E FARIA, 2009).

Sobre a implementação de políticas públicas envolvendo diferentes entes federados, Rúa (s/d) afirma que isso pode se mostrar como uma questão

problemática, considerando as particularidades complexas que permeiam o processo:

Mesmo quando se trata apenas do nível local, há que se considerar, ainda, a importância dos vínculos entre diferentes organizações e agências públicas no nível local para o sucesso da implementação. Geralmente, quando a ação depende de um certo número de elos numa cadeia de implementação, então o grau necessário de cooperação entre as organizações para que esta cadeia funcione pode ser muito elevado. Se isto não acontecer, pequenas deficiências acumuladas podem levar a um grande fracasso (p.14).

Arretche (2000) também considera que a responsabilidade pela gestão de políticas sociais no Brasil veio sendo utilizada como um instrumento de barganha federativa, dadas as dimensões da formação sócio-histórica do país, fazendo com que alguns entraves se manifestassem na consolidação da proposta de descentralização.

As reformas presentes no texto constitucional passaram a direcionar novas definições de competências e atribuições da gestão das políticas sociais através das bases de um Estado Federativo, ou seja, com o novo ordenamento, os governos locais agora assumem funções de gestão das políticas e das instituições que nelas operam.

Nessa composição, estados e municípios — dotados de autonomia política e fiscal — assumem funções de gestão de políticas públicas, tanto em parceria com os outros entes federados quanto por iniciativa própria, por adesão a algum programa proposto por outro nível central de governo, ou ainda por expressa imposição constitucional (ARRETCHE, 1999).

Sobre isso, Arretche e Marques (2007) asseveram que:

Políticas organizadas de forma a prover bens e/ou serviços públicos de modo descentralizado podem assumir uma diversidade de formatos institucionais. No desenho institucional das políticas, variam significativamente a extensão da autoridade do governo central e, por consequência, o espaço de autonomia dos governos locais, quer entre países, quer entre políticas de um mesmo país (ARRETCHE, MARQUES, 2007, p. 173).

Abrucio e Franzese (s/d) ainda argumentam que a redemocratização brasileira significou um fortalecimento de estados e municípios, representando uma peculiaridade de federalização com três entes federados - somente Bélgica e Índia dão ao poder local particularidade semelhante. Com isso, os municípios passaram a ter maior autonomia política, administrativa e financeira, incluindo a descentralização de recursos e atribuições. Segundo os autores,

Apesar do ápice da descentralização fiscal ter sido atingido na Constituição Federal de 1988, a municipalização de políticas públicas foi se consolidando apenas ao longo dos anos 1990, assumindo variados ritmos, dependendo da área. Cabe frisar que a Constituição Federal, no seu artigo 23, estabelece um modelo baseado fortemente em competências comuns. Em seus doze incisos, tal dispositivo constitucional diz que “é de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (...)” as seguintes áreas de política pública: conservação do patrimônio público; saúde e assistência social; acesso à cultura e educação; proteção ao meio-ambiente; fomento à produção agropecuária e ao abastecimento alimentar; moradia e saneamento básico; combate às causas da pobreza; e política de educação para a segurança no trânsito.

A autonomia dos municípios, por outro lado, não é sinônimo do desenvolvimento de capacidades fiscais e sociais, tendo em vista que existem localidades que não possuem densidade econômica, populacional e estrutural que permitam a projeção de ações concretas na condução de políticas públicas.

Arretche (2000) afirma que o país é estruturalmente caracterizado pela existência de um conjunto de municípios com pequeno porte populacional e densidade econômica pouco expressiva, inserindo esses territórios como dependentes dos governos estaduais para compensar possibilidades técnicas da gestão das políticas:

[...] dotado de uma esmagadora maioria de municípios de pequeno porte e historicamente dependentes da capacitação institucional dos governos estaduais e federal para a prestação de serviços sociais, o Brasil, para reformar ou descentralizar – seu Sistema de Proteção Social depende da ação política deliberada dos níveis mais abrangentes de governo (p.71).

Apesar disso, as mudanças que se verificaram do final dos anos 1980 até o início dos anos 1990, evidenciam fortes reconfigurações na estrutura de organização das políticas públicas brasileiras, sobretudo quando comparada à estrutura centralizadora do regime anterior. A partir desse período, as estratégias

de descentralização ganham força e se somam aos mecanismos de participação da sociedade na formulação, execução e controle das políticas públicas.

De acordo com Vaitsman, Andrade e Farias (2009), as alterações verificadas no campo da “proteção social” a partir dos anos oitenta aconteceram quando os países centrais começaram a reformar políticas clássicas de seguridade social, diante dos efeitos da crise fiscal. Os ideais de restrição dos gastos em políticas universalistas passaram a ser difundidos pelas organizações multilaterais e lançaram um novo pacote de ações e programas para enfrentamento do aumento da pobreza e da vulnerabilidade social.

A nova estruturação da proteção social que passa a ser verificada no Brasil a partir da CF/88 também reflete as demandas de movimentos sociais como é o caso do Movimento de Reforma Sanitária (MRS). As proposições do MRS se referiam a um conjunto de ideias que propunham mudanças necessárias à condução da política de saúde e resultaram na universalização desse direito no âmbito do Estado.

Tais proposições consolidaram a Seguridade Social e definiram a organização das políticas de saúde, assistência social e previdência da seguinte maneira:

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

Os recursos dessas políticas são provenientes da arrecadação de tributos pelos entes estatais. Estes, através do cofinanciamento, contemplarão o orçamento anual com o financiamento destinado a cada setor. Nesse sentido, têm-se as seguintes diretrizes:

- Previdência Social: contribuição e de filiação obrigatória; benefícios destinados à cobertura dos riscos de doença, invalidez, morte, idade avançada, proteção à maternidade e à família.

- Saúde pública: atendimento gratuito e universal, através das suas formas de atenção (primária/ básica; média e alta complexidade).
- Assistência Social: universal para quem dela necessitar, através de 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.

Observa-se que o novo aparato político e organizacional que passa a ser vivenciado pelo país é significativo na medida em que estabelece novos parâmetros normativos e estruturais. Entre esses parâmetros, verifica-se a construção dos sistemas nacionais de assistência e de saúde e a participação da população no controle democrático, nos três entes federados.

No âmbito da Seguridade Social, a Política de Saúde, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) é a que apresenta a estrutura federativa e descentralizada mais avançada. Seguindo os moldes desses avanços, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004) também tem conseguido inovar através da implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), instituído no ano de 2005.

As mudanças identificadas a partir desse período, lançam um novo entendimento nas práticas de implementação e passam a compreender a saúde em seu conceito ampliado (decorrente das condições de vida e de trabalho da população).

De acordo com Piola *et al* (2008), a criação da Constituição Federal de 1988, da Política de Saúde no Brasil e de um Sistema Único de atendimento representou um reforço nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças; além da expansão da cobertura e melhor acessibilidade aos serviços assistenciais.

Na política de saúde, o principal avanço se verifica na condução dos modelos de assistência adotados, tendo em vista que antes da CF/88, as intervenções eram pontuais, baseadas em estratégias campanhistas ou com atendimento voltado a quem contribuía para a Previdência Social. A garantia

normativa da participação dos usuários era inexistente e quem não atendia os critérios ou não poderia pagar, dependeria apenas das ações de caridade e filantropia.

Com os avanços verificados no modelo implementado a partir da década de 1990, a Política de Saúde passa a ser regida pelos seguintes princípios:

- Princípios Doutrinários:
 1. Universalidade: atendimento a todos os cidadãos, independentemente de sexo, raça, classe, renda etc;
 2. Equidade: acesso e garantia de igualdade à assistência dentro do SUS. Atenção às necessidades da população – alocar recursos em setores nos quais as necessidades são maiores.
 3. Integralidade: entendimento de que sujeito social é múltiplo e as ações devem procurar atender a todas às necessidades de assistência, prevenção, cuidado, reabilitação etc.
- Princípios Organizativos:
 1. Regionalização e Hierarquização: os serviços devem se organizar em áreas geográficas, considerando todas as necessidades existentes e por níveis de atenção.
 2. Controle Social: garantia de participação e fiscalização da população, através dos Conselhos Democráticos e Conferências.
 3. Descentralização: descentralização de responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo.

Além da perspectiva instituída por esses princípios, a Política de Saúde preza pela estratégia da regionalização e do atendimento territorial, através de níveis de complexidade:

Quadro IV – Níveis de Atenção à Saúde

ATENÇÃO PRIMÁRIA	MÉDIA COMPLEXIDADE	ALTA COMPLEXIDADE
Primeiro nível de atenção. Porta de Entrada dos Usuários ao Sistema. Exemplo: Unidade Básica de Saúde (UBS).	Ações que atendam os agravos à saúde, através de profissionais especializados, para apoio e diagnóstico- demandam um maior apoio tecnológico. Exemplo: cirurgias ambulatoriais especializadas.	Procedimentos de alta tecnologia e de complexidade maior: cirurgia neurológica; cirurgia cardiovascular etc.

Fonte: Elaboração própria, com base na Lei 8.080/1990.

Nesses níveis de proteção, o SUS se configura como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público. Nesse sistema, a iniciativa privada pode participar em caráter complementar.

No que se refere à política de assistência social, observa-se que ela foi marcada por práticas clientelistas, filantrópicas e caritativas até a década de 1940 e apresentava pouca visibilidade no direcionamento de ações estatais. A partir desse período, algumas estratégias passam a ser oficialmente reconhecidas com a criação de algumas instituições executoras (Conselho Nacional de Assistência Social (CNSS, 1938) e Legião Brasileira de Assistência (LBA, 1942)). Esse período, apesar de importante, foi marcado por características embrionárias, restritas e fragmentadas¹².

Prevista na Constituição Federal de 1988, a assistência social ganha novo estatuto com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em 1993. A partir de então, a assistência é entendida como direito do cidadão e dever do Estado, enquanto política da seguridade social não-contributiva, que providencia os mínimos sociais, sendo realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade para garantir o

¹² Embora essas práticas marquem o início da trajetória dessa política não se pode afirmar que a refilantropização dos atendimentos não aconteça mesmo com o amadurecimento e normatização das ações e com a conseqüente implementação do SUAS. Essa é uma política em permanente disputa entre as possibilidades da sua plena efetivação e avanço do conservadorismo.

atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 1993).

Com as definições de descentralização dispostas na LOAS, o município é considerado o *locus* privilegiado da execução dos serviços assistenciais. O estado por sua vez é considerado o “ente mediador”, no sentido de que ele compartilha funções nas quais os municípios não são capazes de desempenhar. Além disso, a referida legislação prevê a participação de instituições filantrópicas na política de assistência, através de convênios:

Em outras palavras, o modelo de descentralização da LOAS consistiria em que o governo federal repassaria recursos para que os Estados e municípios – e fundamentalmente estes últimos – selecionem e controlem as instituições conveniadas. A nova institucionalidade proposta implica que doravante a política federal de assistência social será gerida preferencialmente segundo uma distribuição de funções pela qual cabe ao governo federal o papel de financiador e normatizador e, aos municípios o papel de formulador e executor das políticas no plano local. No modelo proposto pela LOAS, resta um papel residual a ser desempenhado pelos Estados e fortalecem-se as relações entre executivo federal e municípios (ARRETCHE, 2000, p.175).

Apesar de tais conquistas, cabe ressaltar que a assistência social opera de maneira lenta ainda na década de 1990. Ou seja, o reconhecimento da assistência social como um direito na CF/88 e da criação da LOAS, em 1993, não significou grandes avanços. As entidades privadas sem fins lucrativos, financiadas por transferências governamentais e isenções fiscais, permaneceram como principais executoras dos serviços ainda durante bastante tempo (VAITSMAN, ANDRADE E FARIAS, 2009).

Com isso, os principais avanços em relação à assistência social se deram a partir dos anos 2000 com a regulamentação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004). Com ela, a assistência social passa a ter como objetivos:

1. A proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:
 - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
 - o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
 - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

- a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- e a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

2. A vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;

3. A defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

Além disso, a assistência passa a se organizar através do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), instituído a partir de 2005. Esse sistema se integra a partir da composição dos entes federativos; dos Conselhos de assistência social; e das entidades e organizações de assistência social.

No que se refere à organização, a PNAS define os seguintes níveis de proteção:

- Proteção Social Básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 2004).
- Proteção Social Especial (Média e Alta Complexidade): conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos (BRASIL, 2004).

Nas reconfigurações que foram se delineando a partir da década de 1990, identifica-se que especificamente nas áreas sociais houve políticas cujo objetivo

era de melhorar a coordenação federativa. Entre elas, os casos mais interessantes emergem das políticas de saúde e educação, por meio da vinculação de recursos à prestação mais controlada de serviços, tanto através da fixação de metas quanto pela adoção de padrões nacionais (ABRUCIO, 2010).

A política educacional brasileira segue os mesmos parâmetros organizacionais de outras políticas setoriais, com destaque ao cofinanciamento e descentralização. Apesar disso, é organizada em um sistema educacional com leis específicas e de uma lógica de implementação particular, de acordo com a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional).

Complementar a ela, a Lei 13.146, de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão) aponta, entre outras coisas¹³, para a necessidade de o sistema educacional brasileiro e das demais políticas setoriais apresentarem as condições de acesso, permanência, participação e aprendizagem das pessoas com deficiência (PCD).

No âmbito educacional, essa legislação assevera que a inclusão das PCDs deve acontecer através do direcionamento de práticas pedagógicas e do atendimento especializado, inclusive com a contratação de profissionais específicos para apoio escolar.

Para tanto, reafirma-se que apesar de apresentarem direcionamentos específicos no âmbito da proteção social, as políticas setoriais se integram

¹³ Também no aspecto relativo ao acesso à saúde, a Lei 13.146, de 2015, assegura em seu artigo 18, a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário. E em relação à assistência social, o artigo 39 aponta que os serviços, programas, projetos têm como objetivo a garantia da segurança de renda, da acolhida, da habilitação e da reabilitação, do desenvolvimento da autonomia e da convivência familiar e comunitária, para a promoção do acesso a direitos e da plena participação social, através dos serviços ofertados no âmbito da Proteção Social Básica (PSB) e da Proteção Social Especial (PSE) (BRASIL, 2015).

permanentemente no sentido de dar respostas à população usuária dos serviços.

Eventos complexos como é o caso de epidemias, situações de emergência e calamidades públicas acabam contrastando um rol de instituições, políticas e setores nacionais ou internacionais na condução de normativas, recomendações, financiamento e ações. Em epidemias como, por exemplo, as de varíola e malária, em meados do século XIX, observa-se forte interação setorial, tanto de autoridades nacionais como de autoridades internacionais (HOCHMAN, 2007).

No que se refere à centralidade da análise que ora se disserta, entende-se que discutir a estrutura e organização das políticas de saúde e de assistência social é fundamental, tendo em vista que elas foram consideradas essenciais no direcionamento das ações estatais para o enfrentamento da epidemia do Zika Vírus no Brasil.

Apesar disso, outras políticas estiveram imbricadas ou foram se integrando com o passar do tempo, tendo em vista a evolução dos casos ou crescimento das crianças acometidas pela Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV). Nesse rol, tem-se, por exemplo, a política de educação que passa a atender a geração de crianças com SCZ, nascida no ano de 2015.

Contudo, as estratégias adotadas pelo Estado brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988 e de suas legislações específicas, acabam sofrendo os impactos do reforço das políticas neoliberais e de ajuste fiscal, iniciados nos anos 1990, ainda durante o governo do então presidente Fernando Collor de Mello.

De acordo com Draibe (2005), tais reconfigurações podem ser explicadas a partir da conformação de dois ciclos reformistas. O primeiro, na década de 1980, que se projeta a partir de um quadro de instabilidade econômica e do processo de democratização. E o segundo, a partir da segunda metade dos anos 1990, que vai se desenvolvendo no contexto de estabilização econômica e das reformas institucionais que avançam com os processos de descentralização e

participação, bem como através da organização dos fundos para o financiamento das políticas, órgãos, conselhos estaduais e municipais.

Em relação ao modelo que se instala a partir dos anos 1990, verificam-se mudanças complexas no então governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC). As reformas iniciadas a partir de então foram responsáveis por grandes alterações no campo da gestão pública e, conseqüentemente, na área das políticas sociais (estruturas e financiamento).

Assim, essas políticas acabam ocupando lugar central na discussão em torno da maneira como o governo deve conduzir a sua atuação. Essa centralidade não diz respeito a maiores investimentos governamentais, mas pelo contrário, implica em formas de conduzir eficiência e produtividade para a destinação de recursos públicos para as áreas sociais.

Sobre esse movimento, concorda-se com Pereira (2012) quando afirma que as mudanças que se verificaram a partir de 1990 fazem parte de uma conjuntura mais ampla. A particularidade que se delineia no Brasil a partir de então não ocorre de forma isolada, unilateral e autônoma. Tais mudanças estão inseridas em um processo que tem sua origem, mais especificamente, no processo de reestruturação do sistema capitalista que teve início ao final dos anos 1970 e que estava imbricado às estratégias neoliberais, tendo em vista que essas ganhavam força a partir de então.

As mudanças na função social do Estado e o investimento em políticas neoliberais direcionaram impactos às políticas sociais, aos profissionais que atuam na mesma e aos usuários que são atendidos nos serviços. A proposta que se manifestou nessa conjuntura veio se pautando através das estratégias de refilantropização; privatização; aviltamento das políticas sociais públicas; e alterações na gestão do setor público.

Essas alterações, como conseqüências da adesão ao projeto neoliberal, inserem a gestão pública brasileira num novo cenário político, com implementação de mudanças macroeconômicas e administrativas nos serviços.

Assim sendo, no governo de FHC o Estado passa por uma ampla reforma, através da criação do Estado Social Liberal¹⁴. Essa estratégia expressa um novo modelo para a administração pública de base gerencial.

O período que se projeta a partir do governo de FHC traz novas reformulações, sobretudo no âmbito da gestão das instituições de saúde, com a consequente criação dos novos modelos de gestão¹⁵.

Assim, o que se verifica na década de 1990, na contramão do avanço das respostas estatais que se materializaram a partir da Constituição Federal de 1988, foi o crescimento do neoliberalismo - movimento amplo e global que surge como forma de reestruturar o sistema capitalista.

Concorda-se com Sposati (2013) quando afirma que esse movimento dimensiona estratégias individualistas e de estímulo à autonomia em detrimento da proteção social:

Argumentos de corte liberal ou neoliberal partem da orientação de que é necessário — para favorecer a autoestima, a liberdade, a autonomia do indivíduo — superar sua condição improdutiva de beneficiário, introduzindo no modelo de proteção social a disciplina de frequência a treinamentos para que se reduzam situações de dependência que requerem proteção e se ampliem oportunidades de “exercício de autonomia” isto é, ocupação remunerada de mão de obra, para que o beneficiário se transforme em provedor de sua própria proteção (SPOSATI, 2013, p.657).

Tais estratégias além de evidenciarem a proposta de aviltamento de investimento nas áreas sociais acabam por favorecer a política econômica, já

¹⁴ O termo Estado Social Liberal foi elaborado por Luiz Carlos Bresser-Pereira. Segundo Bresser-Pereira (1997, p :7), “reconstrução do Estado que significa: recuperação da poupança pública e superação da crise fiscal; redefinição das formas de intervenção no econômico e no social através da contratação de organizações públicas não estatais para executar os serviços de educação, saúde e cultura; e reforma da administração pública com a implantação de uma administração pública gerencial. Reforma que significa transitar de um Estado que promove diretamente o desenvolvimento econômico e social para um Estado que atue como regulador e facilitador ou financiador a fundo perdido desse desenvolvimento.”.

¹⁵ Entre eles, pode-se citar as Organizações Sociais (OSs), através da criação da Lei 9.637, de 15 de maio de 1998, e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips)¹⁵, através da Lei Federal n.º 9.790, de 23 de março de 1999, ambas no Governo FHC. Nos Governos Lula e Dilma, criam-se as Fundações Estatais de Direito Privado (Fedps), criadas pelo Projeto de Lei Complementar – PLC nº 92/2007, e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), constituída a partir da Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011.

que condicionam e estimulam o desenvolvimento de procedimentos ocupacionais com foco na emancipação e no empreendedorismo. Como se sabe, a lógica que se instala com esses mecanismos é a de formação de um cidadão consumidor e com redução da proteção social.

Ainda em relação a isso, Mota (2015) assevera que a estruturação da Seguridade Social brasileira se constituiu com certa fragilidade, ainda que esta tenha sido construída conceitualmente, equiparada aos sistemas de proteção social de países desenvolvidos:

Vale destacar, ainda, que a nova definição da seguridade social, apesar de equiparar-se conceitualmente aos sistemas de proteção social existentes no mundo desenvolvido, não equaliza as condições históricas sob as quais os diversos países instituíram seus sistemas de proteção social, nem tampouco autoriza atribuir a fragilidade das políticas de seguridade no Brasil ao excesso de intervenção social do Estado, como diagnosticam os neoliberais (p.161).

Os impactos dessas fragilidades impulsionam reordenamentos institucionais às políticas de saúde, assistência e previdência e ganham escopo normativo, inclusive condicionando a participação de parcerias público-privadas na condução das esferas de gestão.

Sobre os impactos dessas propostas à Política de Saúde, Fleury (2008, p. 72) assevera que

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada na Constituição Federal de 1988, ocorreu em um contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS.

Ainda nessa perspectiva, Menicucci (2006) argumenta que

Duas lógicas operam na política de saúde: uma publicista, no sentido de viabilizar o SUS – processo que, de certa forma, se tornou irreversível – e outra privatista, no sentido de ampliar a cobertura por planos e seguros de saúde, constituindo ou consolidando dois segmentos diferenciados, que se traduzem em duas estruturas institucionais e em um sistema de saúde dual (MENICUCCI, 2006: 190).

No âmbito da assistência social, o ideal conservador, os traços do clientelismo e os interesses econômicos e políticos fazem com que esse campo seja marcado por uma estratégia que refilantropiza as ações e a institucionalização das práticas. Inseridos nessa proposta, evidencia-se o crescimento de fundações, Organizações Não-Governamentais (ONGs) e instituições religiosas que apontam para um grande reforço no aviltamento das funções estatais.

Para Mota (2015),

Uma outra referência, no campo das práticas emergentes, é a proliferação das organizações não governamentais (ONGS) que, também, vêm fomentando a cultura das iniciativas autônomas, por fora das instituições governamentais, construindo uma antinomia entre eficácia pública e eficácia privada; em certa medida, surgem no cenário político e cultural, ao lado da também revalorizada rede de atividades filantrópicas, a revalorização do privado, do voluntarismo político e do apoliticismo (MOTA, 2015, p.114).

Além dessas estratégias que tem como foco o completo desenvolvimento da política neoliberal, identifica-se que algumas áreas ainda não avançaram no atendimento a segmentos específicos que demandam cuidado e níveis de proteções mais complexos, como é o caso das pessoas com deficiência ou doenças raras.

Em relação a isso, concorda-se com Vieira (2019) quando afirma que este século vivencia grandes desafios no que se refere à saúde da população brasileira, considerando novos paradigmas como, por exemplo, a transição demográfica que impõe novas formas de organização da rede de serviços e de cuidados à saúde. E, também, questões antigas como a persistência de doenças infecciosas, imbricadas a motivações externas e com a expansão do adoecimento crônico, provocando também modificações importantes no perfil da população usuária.

Somadas a essas questões, outras problemáticas que até então não vinham sendo vivenciadas na particularidade brasileira também vêm se somando às necessidades citadas acima. Dentre elas, a sobrevivência de crianças e adolescentes com malformações congênitas e o nascimento de bebês

prematturos externos, nascidos após a emergência de novas epidemias como a do Zika Vírus (VIEIRA, 2019).

Sobre as pessoas com deficiência, concorda-se com Diniz (2007) quando afirma que a deficiência não se resume apenas a uma lesão que impõe restrições a uma pessoa, mas que faz refletir sobre diversas formas de segregações existentes na sociedade:

Deficiência é um conceito complexo que reconhece o corpo como lesão, mas que também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa deficiente. Assim como outras formas de opressão pelo corpo, como sexismo ou racismo, os estudos sobre deficiência descortinaram uma das ideologias mais opressoras da nossa vida social: a que humilha e segrega o corpo deficiente (DINIZ, 2007, p. 9).

Assim, a deficiência não se resume a um conceito biomédico, mas também às sucessivas relações sociais que se estabelecem, devendo ser, portanto, matéria de ações das políticas públicas e do Estado.

No Brasil, o cuidado e acesso à saúde por pessoas com deficiência vieram ganhando novos reforços a partir da implementação da Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que trata dos direitos desse segmento e dispõe também sobre a criação da Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência¹⁶ (Corde), regulamentada pelo Decreto nº 3.298, de 20 de novembro de 1999.

Nesse bojo a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) passa a regulamentar as disposições da Convenção dos Direitos da Pessoa com deficiência, proclamada pela Organização das Nações Unidas em 2006. A LBI passa a considerar a pessoa como deficiência para além das questões médicas, ou seja, considera também um conjunto de determinantes sociais, conforme o disposto no Artigo 2º:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

¹⁶ Ressalta-se que esse termo sofreu uma alteração, considerando as demandas do segmento, e foi substituído por Pessoa com Deficiência (PCD).

No que se refere ao direito da pessoa com deficiência, outro avanço importante direcionado ao segmento foi o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Esse benefício está previsto no artigo 2º, inciso IV, da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993) e é regulamentado pelo Decreto nº 1.744, de 08 de dezembro de 1995 e pela Lei nº 9.720, de 20 de novembro de 1998.

O BPC prevê a garantia de um salário mínimo mensal a pessoas com deficiência e idosos que comprovem não ter condições de se manter financeiramente ou de ter a sua sobrevivência mantida por sua família. O salário destinado a esses segmentos é pago pelo Governo Federal, tendo a participação dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para a verificação dos requisitos e pagamento. É importante ressaltar que o BPC não se configura como um benefício previdenciário de longa duração, como pensões e aposentadorias e, portanto, não gera direito ao pagamento do 13º salário, nem pensão por morte a dependentes da pessoa beneficiada.

Os avanços normativos, no entanto, se confrontam com o aviltamento do investimento nas áreas sociais já citados, com a estigmatização histórica em torno das pessoas com deficiência e ainda com padrões biomédicos que vêm se comportando como elementos de ordenamento no cuidado.

Sobre isso, concorda-se com Vieira, Nascimento e Attianezi (2019) quando afirmam que:

O paradigma biocentrado no cuidado pode servir para reforçar o estigma e desconsiderar as formas próprias com que as pessoas se reorganizam e constroem projetos de vida possíveis. Do mesmo modo, o poder biomédico estabelece os meios técnico-científicos sobre os corpos, buscando normatizá-los e, muitas vezes, desconsidera outras formas e soluções possíveis de se viver (p. 87).

A heterogeneidade na compreensão do conceito de pessoa com deficiência ainda demanda maiores discussões e operacionalização de novas estratégias, pois esses fatores passam a refletir nas formas de como a proteção social é direcionada, inclusive para se pensar no cuidado das PCDs e dos cuidadores

desse segmento, tendo em vista que existem graus de deficiência ou de adoecimento que impõem certa dependência.

Dessa maneira, analisando os pressupostos e as experiências na condução de políticas públicas setorizadas, bem como a interação que elas assumem com a estrutura e organização do Estado brasileiro, é possível perceber que existem fatores institucionais e conjunturais que incidem diretamente no desenho e no ciclo das políticas.

De acordo com Abrucio e Franceze (s/d), entre os fatores institucionais que mais impactam a ação estatal estão o peso do sistema de governo, a variável político eleitoral, a burocracia e o papel que o Estado desempenha em torno de uma determinada questão. Na particularidade brasileira, somam-se a essas questões, a influência federalismo sobre as decisões dos gestores e a organização territorial de poder.

Considerando as questões expostas em relação ao aspecto descentralizado que as políticas públicas assumem no país, não se pode afirmar que a federalização e a descentralização entre estados e municípios significaram maior articulação entre instituições e políticas públicas, já que estas foram se estruturando através de forte setorização, especificidade e fragmentação na condução das suas ações.

Esse modelo setorizado está condicionado a um entendimento fragmentado do sujeito social que, conseqüentemente, implica também em um atendimento fragmentado das demandas e das respostas com as quais as políticas públicas se direcionam. Isso significa que muitas estratégias, dentro de um mesmo setor, passam a se direcionar de formas isoladas.

De acordo com Sposati (2013) esse condicionamento se manifesta em outras áreas e implicam no estímulo a outros princípios:

As marcas de descontinuidade, não integralidade, fracionamento, não igualdade de acesso e de reconhecimento presentes na dinâmica da proteção social brasileira se expressam de múltiplas formas, estimulando que princípios como da distinção, da competição, do individualismo, invadam e se apropriem da proteção social. A fundamentação da proteção social em valores de solidariedade, ou do “solidarismo cidadão”, firmados no reconhecimento horizontal de

igualdade, é subsumida e submetida ao individualismo e fragmentação (SPOSATI, 2013, p. 660).

Também é fundamental ressaltar que a institucionalização da proteção social no país não significou a conquista igualitária de direitos e cidadania pelos trabalhadores brasileiros, tendo em vista a inclusão seletiva da força de trabalho.

Santos (1979) assevera que a cidadania que se desenvolveu no país é marcada por um sistema de estratificação social e ocupacional que define o lugar a ser ocupado por cada membro da comunidade:

[...] Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do espaço dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei (...) (SANTOS, 1979, 9.76).

Considerando esse entendimento, cabe ainda destacar que as condições que se estabeleceram historicamente entre cidadania e ocupação irão direcionar condições institucionais que podem interferir na condução das estratégias estatais e na condução do nível de proteção que será direcionado ao universo da população.

A setorização que opera em níveis organizacionais e institucionais implica também na condução de uma diversidade orçamentária, fiscal e gerencial para os governos locais e materializam grandes desafios à implementação das políticas sociais.

Em relação a isso, concorda-se com Abrucio e Franceze (s/d) quando afirmam que o processo de descentralização que veio sendo implementado na particularidade brasileira resultou em um primeiro momento na falta de atuação dos níveis federal e estadual e direcionou uma municipalização exacerbada e de maneira bastante desigual:

[...] o processo descoordenado de descentralização que sucedeu a Constituição Federal de 1988 resultou, em um primeiro momento, na

falta de atuação dos níveis federal e estadual de governo e, por outro lado, em uma exacerbação do municipalismo autárquico. A municipalização de políticas públicas se deu de maneira bastante desigual no país, tanto pela diversidade de situações financeiras e capacidade administrativa dos municípios brasileiros, quanto pela vontade política de cada governo municipal de utilizar seus recursos na promoção de políticas públicas, ou continuar solicitando auxílio das esferas estadual e federal para viabilizar ações de governo (ABRUCIO; FRANCEZE, s/d, p.14).

Os reflexos desse processo inicial trouxeram interferências à própria compreensão da descentralização e federalização na elaboração e implementação de políticas públicas. Para os autores, os entes federados assumem um rol de competências compartilhadas que podem condicionar União, estados e municípios a se omitirem diante de alguma questão e ainda fazer com que a população permaneça sem uma ação governamental ou não saiba de quem efetivamente cobrar. “Isto é, tem-se um processo não transparente e de responsabilização difusa, que possibilita que cada esfera de governo culpe a outra pelo problema, sem que nenhuma ação efetiva seja tomada” (ABRUCIO; FRANCEZE, s/d, p.14).

Além disso, observa-se que mesmo com a existência de normativas que condicionam as responsabilidades a serem executadas pelos entes federados, as diferentes esferas de governo podem vir a assumir iniciativas de políticas públicas com direções heterogêneas. É claro que existem diferenças regionais que demandam certa diferenciação no direcionamento de estratégias, porém, por outro lado, esse aspecto pode contribuir para a construção de intervenções sobrepostas em torno de um mesmo problema, aspecto que reafirma o desenvolvimento de ações cada vez mais setorializadas.

Abrucio e Franceze (s/d) destacam que algumas das relações que se estabelecem entre os municípios podem acontecer via consórcios, formalizando uma cooperação intermunicipal em torno de uma determinada questão que ultrapassa os limites municipais e alcança uma dimensão microrregional ou regional. No entanto, na adoção desses consórcios o que se pode verificar é que as obrigações são definidas pela esfera de governo superior, implicando a uma adesão por uma das partes, no que de fato numa proposta de cooperação.

Dessa maneira, concorda-se com Arretche (2000) quando aponta que a efetiva descentralização depende de que as políticas públicas venham a ser implementadas de modo coordenado:

Finalmente, a extensão da descentralização depende ainda diretamente de que tais políticas sejam implementadas de modo coordenado; isto é, quanto maior for o grau de coincidência das ações dos níveis mais abrangentes de governo – no nosso caso, governo federal e governos estaduais -, maior será o alcance da municipalização. Na mesma direção, o escopo da descentralização depende diretamente da continuidade no tempo da implementação de estratégias de indução destinadas a compensar obstáculos derivados da (in) capacidade fiscal e/ou administrativa dos governos locais (p.74).

Ainda sobre isso, com vias de garantir que as políticas públicas possam assumir mecanismos que assegurem melhor equacionamento na proposta de descentralização, Abrucio e Franceze (s/d) apontam cinco aspectos centrais:

- 1) Fortalecimento das estruturas de governança democrática e modernização da burocracia de estados e municípios.
- 2) Criação de mecanismos que favoreçam a cooperação entre os níveis de governo.
- 3) Adoção de novos marcos políticos territoriais do país, garantindo formas de governança regional.
- 4) Melhor definição dos papéis de coordenação do Governo Federal e dos estados.
- 5) Reforço da participação dos atores intergovernamentais, garantindo maior democratização e efetividade das ações.

Apesar da pertinência dessas questões, não se pode negar a interferência de diversos fatores/disputas institucionais e políticas no direcionamento da estrutura estatal, conforme já apontado.

Como forma de estabelecer relações com os elementos discutidos nesse tópico, será apresentado no item 2.3 uma análise em torno das estruturas dos estados na condução das políticas públicas, tomando como referência a saúde

e a assistência social, no âmbito dos dois estados que compõem esse estudo (Rio de Janeiro e Pernambuco).

2.3 Descentralização e Estrutura dos estados na condução das políticas públicas: particularidades acerca da saúde e assistência social no Rio de Janeiro e em Pernambuco

Como se viu no tópico anterior, a estrutura federativa brasileira está organizada na união indissolúvel dos seus entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), de acordo com o artigo 1º da Constituição Federal de 1988 (CF/1988).

Considerando essa estrutura, é importante destacar a relação existente entre federalismo e descentralização. De acordo com Affonso (2000), ambos se configuram como respostas do Estado à necessidade de atender demandas territoriais com vistas a enfrentar as particularidades da gestão pública.

Apesar disso, cada um desses elementos possui um objetivo específico. Como já visto nesse capítulo, a descentralização se relaciona à redistribuição de espaços, decisões e responsabilidades. Desse modo, esse aspecto representou a distribuição de poderes entre União, Estados e Municípios, em níveis de gestão, financiamento e função. Já o federalismo é a difusão de poderes, direcionando a autonomia dos níveis de governo. Com isso, uma gestão descentralizada não implica obrigatoriamente no estabelecimento de uma federação (AFFONSO, 2000).

Em relação ao federalismo brasileiro, Parada (2002) chama atenção para uma característica marcante de sua estrutura. O autor afirma que ao contrário de países mais avançados, o Brasil ainda demanda a concretude de políticas, definição transparente e clara das competências e responsabilidades de cada ente federado, além de mecanismos de repactuação federativa entre legislativo e outras instâncias de participação. Tais aspectos são fundamentais para o planejamento das ações, coordenação e cooperação entre cada nível de governo.

Essa nebulosidade ainda existente tem como marca a disputa ou manutenção de poderes regionais que persistem durante toda a trajetória da formação sócio-histórica brasileira, conforme já pautado nesse capítulo. Por essa razão, o federalismo brasileiro apresenta nas disputas de suas estruturas experiências centralizadoras e descentralizadoras (PARADA, 2002).

A descentralização da gestão das políticas públicas brasileiras foi uma das grandes reivindicações dos anos 1970 e 1980. Esse processo ganhou força principalmente a partir do período da redemocratização e da necessidade de garantir a construção de poderes e estratégias locais.

Essa configuração, presente na CF/1988, foi resultado do papel político assumido por governadores e movimentos locais no período de redemocratização. Apesar disso, a descentralização territorial foi marcada por heterogeneidades e complexidades em dimensões fiscais e administrativas. Nesse processo, foi possível observar que não houve uma preocupação em compatibilizar maior descentralização fiscal, na mesma proporção da descentralização administrativa (SOARES; MACHADO, 2018).

Em relação a isso, os autores ainda asseveram que

As principais políticas sociais, como educação e saúde, foram estabelecidas como competências concorrentes, e União, estados e municípios variaram consideravelmente na forma como assumiram tais competências, gerando duplicidades e omissões e ainda grandes inequidades na oferta dessas políticas ao longo do território nacional. A descentralização fiscal também não foi acompanhada de regras de responsabilização fiscal dos entes federados, e o endividamento foi uma constante na primeira metade dos anos 1990, com ameaças à estabilidade econômica do país, que estava mergulhado em um contexto de hiperinflação (SOARES; MACHADO, 2018, p.81).

Considera-se que a trajetória que veio consolidar esse novo modelo foi resultado técnico-político das críticas à centralização das decisões presentes no período ditatorial e de sua ineficiência na condução das ações em âmbito nacional.

Affonso (2000) chama atenção aos aspectos da descentralização no país e reflete que ele apresenta duas particularidades. A primeira está relacionada à iniciativa para a implementação do processo que, ao contrário do que aconteceu

em outros países da América Latina, não foi organizada pelo Governo Federal. As demandas aconteceram através dos papéis assumidos por estados e municípios muito antes da crise fiscal da década de 1980.

A segunda particularidade em relação a essa questão é o desenvolvimento paralelo das demandas pela descentralização com o processo de redemocratização. Essa simultaneidade acabou favorecendo o reconhecimento dos dois debates (AFFONSO, 2000).

De acordo com Arretche (2000), ao longo dos anos 1980 foi possível recuperar as bases de um Estado federativo, através da retomada das eleições em todos os níveis de governo e da descentralização fiscal da Constituição Federal de 1988. Com isso, a autoridade política dos municípios e dos estados não dependia do governo federal, mas do voto direto.

Em relação a isso, a autora ainda assevera que

Nestas condições, a redefinição de competências e atribuições da gestão das políticas públicas tem se realizado sob as bases institucionais de um Estado federativo, o que significa dizer que o modelo pelo qual estes assumem funções de gestão de políticas públicas é inteiramente distinto daquele sob o qual vinham a assumir-las no regime militar (ARRETCHE, 2000, p. 47).

Com isso, verifica-se que houve avanços políticos e organizacionais no âmbito das políticas públicas, desde a Constituição Federal de 1988, mesmo com a acentuada desigualdade social e das disparidades regionais que ainda persistem no âmbito da federação.

Sobre o período de transição democrática, Lobato e Senna (2015) afirmam que há uma retomada dos anseios de um “federalismo real”, em oposição ao regime centralizador vivenciado na ditadura. A estrutura defendida na Constituição Federal de 1988 entende a descentralização a partir do aumento da capacidade tributária e uso de recursos próprios por estados e municípios, bem como uma redução da atuação da instância federal na divisão de receitas.

Soares e Machado (2018) identificam que, em termos políticos, é possível verificar melhorias em termos de participação nas instituições de controle, bem

como de aperfeiçoamento do federalismo e das políticas públicas. E, ainda, uma evolução significativa dos gastos em áreas importantes, como saúde e assistência social.

Por outro lado, as conquistas da descentralização e da redemocratização, implicadas na CF/1988, geraram também tensões e disputas entre estados, dadas as relações com as agendas internacionais e da necessidade do governo federal em fazer cumprir as reestruturações e os conflitos de interesse (PARADA, 2002).

Reconhece-se ainda que o fortalecimento das estruturas federativas debatidas até então entra em confronto com as estratégias e ideários de aviltamento dos gastos com políticas sociais e da defesa do enxugamento da função social do Estado, fatores que ganham cena a partir da década de 1990, como já discutido.

Apesar dessas particularidades, visualiza-se de forma concomitante a esse período uma ampliação das distribuições de funções do governo federal a estados e municípios. Esse fato impactou um novo direcionamento na gestão de políticas públicas e garantiu que os entes federados pudessem construir uma agenda independente daquela planejada a nível federal.

Sobre esse outro momento que se manifesta a partir da década de 1990, Affonso (2000) assevera que foi marcado pela demora na implantação de reformas estruturais. Pelo contrário, verifica-se a instalação de uma agenda neoliberal.

No direcionamento dessas intervenções, concorda-se com Leite e Fonseca (2011) quando afirmam ainda que é necessário destacar o papel dos organismos multilaterais na construção das agendas descentralizadas das políticas sociais, através do discurso da eficiência das ações. Com isso, nem sempre as pautas e demandas dos segmentos organizados da sociedade brasileira confluíram com os determinantes das agências multilaterais.

Até que de fato fossem definidos os papéis e responsabilidades de cada ente federado, identifica-se que a coordenação de políticas públicas e a

reorganização de um padrão de relações entre Governo Federal, estados e municípios enfrentou muitas dificuldades.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em 2005, representam a construção desse desenho institucional descentralizado. Ambos tiveram como objetivos a padronização e o rompimento com as lógicas fragmentadas das ações no país.

Para a discussão do objeto de estudo dessa pesquisa, o debate em torno da descentralização e da coordenação das políticas de saúde e de assistência social é essencial. Por essa razão, a problematização desses dois setores e das particularidades inerentes a eles serão tomados como referência. Considerando-se ainda o escopo das singularidades de análise, serão apresentadas as discussões que envolvem dois estados da federação, Rio de Janeiro e Pernambuco.

De acordo com o Artigo 198 da CF/88, a saúde deve se organizar de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo. E a assistência social, de acordo com o Artigo 204 da CF (1988), funcionará com base em “uma descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social” (CF, 1988).

A proposta delineada no âmbito da CF/88 coloca a necessidade de uma ampla mudança na prestação do modelo de proteção social brasileiro. No setor saúde, essa reestruturação está articulada à necessidade de superação de um formato centralizado. No âmbito da assistência social, os desafios se tornam ainda mais complexos porque implicam na superação de paradigmas conservadores e de propostas fragmentadas.

De acordo com Parada (2002), o desafio que se colocou com a descentralização ao setor saúde foi a mudança de uma estrutura já existente, que não possuía mecanismos organizacionais para a formação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ou, em outras palavras, a reestruturação implicou na

passagem de um modelo de assistência centralizado para outro descentralizado, bem como com a definição de competências de cada ente federado.

Ainda sobre isso, Parada (2002) reflete que as alterações que se verificaram com o modelo descentralizado impuseram a necessidade de reorganização de alguns aspectos:

- A superação de um modelo excludente para a implantação de uma proposta universal, através do avanço e articulação com outras políticas públicas;
- A importância do papel político a ser desempenhado pelos novos atores (prefeitos e governadores) envolvidos no cenário;
- A necessidade de direcionar uma proposta de financiamento que seja compatível com o modelo assistencial e com as competências de cada unidade federativa; e
- A necessidade de estruturação de um sistema com comando único, universal, igualitário, com integralidade e hierarquização, num país que teve por longos anos uma característica centralizadora na organização das políticas sociais.

Apesar dos desafios que perduram até hoje, pode-se afirmar que a implementação do SUS, com base nas diretrizes descentralizadoras, possui institucionalidade e importantes estratégias de coordenação.

De acordo com Lima *et al* (2010), a função do Estado na condução do setor saúde implica necessariamente em características de articulação e de um modelo próprio de intervenção. Segundo os autores, existem quatro macrofunções estatais nessa área:

1. Formulação de políticas e planejamento: essas ações envolvem a tomada de decisões, proposição de intervenções, articulação com outros setores e políticas necessárias à operacionalização de estratégias.
2. Financiamento: função articulada à capacidade de garantia de recursos financeiros à materialização dos direitos imbricados à saúde.

3. Regulação: ação que envolve um conjunto de estratégias voltadas à regulamentação, coordenação, avaliação das ações e controle de processos e procedimentos.
4. Prestação de serviços: responsabilidade e disponibilização de serviços entre entes governamentais e não governamentais, em caráter universal.

Considerando a característica da gestão descentralizada das políticas públicas brasileiras, identifica-se que o ente federal tem um papel importante na conformação de um modelo que coordene, construa intervenções e regule as ações vinculadas ao SUS. Ainda nesse setor, os estados possuem como principais competências o acompanhamento, o assessoramento, a descentralização, apoio técnico e financeiro aos municípios.

A delimitação de competências desses entes federados é essencial para a consolidação de um modelo descentralizado e participativo entre os entes federados. Apesar das definições de atribuições, Lima *et al* (2010) chamam atenção que o novo papel da esfera estadual no setor apresenta um conjunto de desafios, podendo representar uma das principais complexidades do pacto federativo.

Verifica-se que as normativas que foram sendo criadas desde a implantação do SUS vêm delimitando as competências de cada ente federado no direcionamento de suas ações. Apesar disso, identifica-se que há ainda uma disparidade nas capacidades de gestão de estados e municípios, dada a imensa desigualdade territorial presente no país, bem como de antagonismos existentes na definição de competências de cada unidade da federação.

Lima *et al* (2010) observam ainda que a partir dos anos 2000 houve uma valorização da esfera estadual no marco normativo do SUS. Para os autores, essa década pode ser considerada importante porque são identificados avanços em relação ao conceito de descentralização e de relevância da regionalização para o planejamento das ações. Isso se dá, em grande medida, porque mesmo com a importância do papel assumido pelos municípios, os estados atuaram de

forma coordenada e contribuíram para a resolutividade de questões pontuais e fragmentadas.

Um mecanismo importante nesse período foi o reforço à perspectiva da regionalização, por meio da qual os estados assumiriam um papel central na coordenação. O Pacto pela Saúde, em 2006, é entendido como um passo importante na relação entre o governo central e os demais entes federados. Com essa estratégia, destaca-se o compromisso com o fortalecimento da gestão compartilhada no SUS (LOBATO; SENNA, 2015).

Nesse cenário, pode-se afirmar que a autonomia para o planejamento e estruturação dos serviços de saúde no âmbito municipal não vem acontecendo sem dificuldades. Como se viu, a existência de desigualdades regionais, a baixa capacidade de gestão e de equipe técnica geram desafios ao provimento do atendimento aos usuários da política. Aos estados cumpre também o papel de prestar o apoio técnico e financeiro para a garantia do funcionamento das unidades de saúde.

Sobre isso, Lima *et al* (2010) afirmam que

A permanência desses problemas se deve, entre outros fatores, ao fato de extrapolarem a governabilidade das instâncias municipais e requererem a participação dos gestores estaduais na condução de estratégias que contemplem o planejamento e a consolidação de sistemas regionais de saúde. Sistemas regionais que, na sua maioria, não se coadunam com as fronteiras político-administrativas dos municípios, mas que favoreceriam a coordenação das ações e dos serviços de saúde no território (LIMA *et al*, 2010, p. 52).

No campo das atribuições dos entes federados na condução da política de saúde no país, verifica-se que muitos municípios possuem forte dependência das instâncias estaduais na condução de suas ações. Como se viu, essa questão pode estar vinculada à baixa capacidade técnica e financeira no fornecimento de equipamentos e recursos (humanos e materiais), bem como dos desafios de coordenação e cooperação que se manifestam cotidianamente.

Sobre esse aspecto, Lobato e Senna (2015) afirmam que

Apesar dos avanços, persistem grandes problemas e desafios à questão federativa da saúde no Brasil. As disparidades regionais e desigualdades sociais que atravessam os mais de cinco mil municípios

brasileiros e que se manifestam também em distintas capacidades desta esfera governamental na assunção das responsabilidades pela gestão e provisão dos serviços de saúde ainda não foram resolvidas, o que reforça a necessidade da coordenação federativa como estratégia necessária para compensar tais desigualdades.

Com base nas definições de competências presentes na Lei Orgânica da Saúde (1990), o que se observa no tocante às responsabilidades de cada ente federado é o que se apresenta a seguir:

Quadro V – Gestão Federativa no âmbito do SUS

GESTÃO FEDERATIVA NO ÂMBITO DO SUS	
ENTE FEDERADO	COMPETÊNCIAS
UNIÃO	<p>Formular, participar, avaliar e apoiar políticas, programas e projetos;</p> <p>Coordenar os sistemas;</p> <p>Elaborar e Participar da definição de normas no âmbito do SUS;</p> <p>Promover articulação com outras políticas públicas;</p> <p>Identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;</p> <p>Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;</p> <p>Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios;</p> <p>Promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;</p> <p>Acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;</p> <p>Elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.</p>
	<p>Promover a descentralização para os municípios dos serviços e ações de saúde;</p> <p>Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas SUS;</p>

ESTADOS	<p>Prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios;</p> <p>Executar supletivamente ações e serviços de saúde;</p> <p>Coordenar e executar (em caráter suplementar) ações e serviços no âmbito do SUS;</p> <p>Participar da formulação e avaliação da política;</p> <p>Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;</p> <p>Formular e estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;</p> <p>Acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.</p>
MUNICÍPIOS	<p>Planejar, organizar, controlar, avaliar, gerir e executar os serviços públicos de saúde;</p> <p>Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;</p> <p>Formar consórcios administrativos intermunicipais;</p> <p>Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;</p> <p>Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação;</p> <p>Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.</p>

Fontes: Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990.

O quadro acima, ao apontar as principais competências entre os entes federados no âmbito da política de saúde, projeta mais uma vez um destaque ao papel dos municípios na execução das ações. Aos estados, firma-se a importância para a articulação, cooperação, controle e avaliação dos processos.

Apesar das definições de competências de cada ente federado, conforme disposto na Lei Orgânica da Saúde (LOS) e em todas as Normas Operacionais que foram direcionando o planejamento e estruturação do SUS, identifica-se ainda que a separação de atribuições ainda se coloca como uma tarefa difícil, dados os espaços territoriais e as particularidades de cada unidade federativa.

As heterogeneidades de cada região imputam ainda a necessidade constante de ações de cooperação e coordenação entre os entes federados. Destaca-se aqui, por exemplo, a importância da função dos estados na condução

de interlocuções entre aquilo que é coordenado em âmbito federal com as singularidades que se manifestam nos municípios.

Lima *et al* (2010) destacam que a tensão entre regionalização e descentralização da política de saúde brasileira se acentuou por pelo menos duas questões. A primeira está relacionada aos processos históricos que marcaram a trajetória da sociedade brasileira. A implantação de um modelo regionalizado não aconteceu de forma planejada e tampouco antecedeu o processo de descentralização. E a segunda questão é que esse não planejamento acabou por imputar um regime regionalizado de forma tardia.

Por toda a complexidade que o SUS representa e por atender tanto questões imediatas, quanto de prevenção e recuperação, os gestores e técnicos que atuam nas áreas de planejamento assumem o compromisso de planejar e articular tanto em âmbito interno ou externo um processo de planejamento que seja capaz de atender às necessidades da população.

Esse compromisso acontece tanto pela função de coordenação que está normatizada na legislação imbricada ao setor, quanto pela cooperação técnica e financeira assumida pela União, estados e municípios. Apesar disso, torna-se importante destacar que os princípios e diretrizes que orientam essa política pública contribuem para o fortalecimento ideológico dos profissionais que atuam nas unidades de saúde, de modo que eles tanto planejam e colocam em prática as proposições, quanto direcionam estratégias para os atendimentos e necessidades cotidianos.

Como foi possível identificar, a estrutura normativa que veio sendo direcionada às políticas públicas brasileiras implicou num redesenho dos papéis dos entes federados, tendo como referência a diretriz da descentralização.

Além da política de saúde, outras políticas setoriais como a assistência social passaram por amplas mudanças na condução de suas ações. A estrutura que vinha se consolidando no âmbito do SUS desde a década de 1990, por exemplo, foi capaz de dar as bases para a estruturação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e, conseqüentemente do SUAS.

O processo de implementação de uma política pública de assistência social, com ênfase na função estatal e direito do cidadão, enfrentou particularidades próprias de uma trajetória marcada pela caridade, filantropia e assistencialismo.

Sabe-se que mesmo com a implementação do Sistema Único de Assistência Social, vários serviços, benefícios e projetos, ainda assumem um caráter de barganha institucional entre atores públicos de municípios, estados e governo federal.

Assim sendo, é possível afirmar que a história dessa política pública não tem início com a Lei Orgânica da Assistência Social, tampouco tem o seu fim com a publicação da Política Nacional de Assistência Social. Toda a processualidade que veio se estabelecendo desde a década de 1930 fornecem subsídios para a compreensão dos embates ideológicos que marcam o seu período de consolidação normativa e de transição estrutural.

A criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA) em 1947 foi um passo importante na institucionalização da assistência social, apesar do caráter conservador de muitas ações.

A alteração do modelo assistencialista só passa a sofrer alterações a partir da Constituição Federal de 1988. Com isso, a descentralização e a territorialização ganham centralidade no processo e passam a dar suporte para a construção dos novos aspectos normativos.

Apesar disso, ainda na década de 1990, período de implantação da LOAS, identifica-se que a LBA estava presente em cerca de 4.000 municípios e contou com a força de trabalho de aproximadamente 6.375 servidores. Nesse período, a sua estrutura organizacional contava com implantação de gerências regionais, com foco na criação de sistema descentralizado e participativo. Além disso, desenvolveu diversas parcerias com instituições não governamentais e atendimento a crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, famílias e outros segmentos populacionais (GOIÁS, 2000).

A instituição em questão, vinculada ao então Ministério do Bem-Estar, foi extinta em 1995, por meio do artigo 19, inciso I, da Medida Provisória nº 813/95.

Com isso, inicia-se uma importante fase de transição, tendo como perspectiva a implantação das diretrizes da LOAS.

Em 1996, os estados assumiram os serviços de ação continuada, além de abrigarem os conselhos de áreas afins, como assistência, crianças e adolescentes. Inseriu-se ainda a necessidade e responsabilidade de elaboração/criação dos instrumentos previstos na LOAS (conselhos, fundos e dos Planos de Assistência Social) (GOIÁS, 2000).

Em toda essa fase de transição é possível perceber o caráter descontinuado que vinha dado à assistência social. Apesar disso, Azeredo (2020) chama atenção para a aprovação, por unanimidade no CNAS, da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e da primeira Norma Operacional Básica de Descentralização, elaborada em parceria com estados e municípios, em 1998.

A partir desse período, visualiza-se uma importante mudança estrutural dessa política que vai culminar no direcionamento de uma gestão descentralizada e normativa da assistência social. Nessa perspectiva, identifica-se que os municípios passaram a assumir novos desafios na operacionalização de serviços, programas e projetos, dado o escasso número de recursos humanos e materiais disponíveis no território.

Em 2004, instituiu-se a PNAS, documento que teve como principal proposta de gestão o pacto federativo e as atribuições de cada nível de governo, tendo como referências as diretrizes definidas pelos conselhos e pelas instâncias pactuação, como a Comissão de Intergestores Tripartite (CIB) e a Comissão de Intergestores Bipartite (CIB).

Mesmo com a implementação da PNAS (2004), reconhece-se o desafio de se instituir uma gestão descentralizada no âmbito da assistência social, dada a sua trajetória centralizadora e fragmentada na condução de programas e projetos:

Frente ao desafio de enfrentar a questão social, a descentralização permitiu o desenvolvimento de formas inovadoras e criativas na sua implementação, gestão, monitoramento, avaliação e informação. No entanto, a compreensão de que a gestão democrática vai muito além de inovação gerencial ou de novas tecnologias é bastante limitada neste País. A centralização ainda é uma marca a ser superada. Junto ao processo de descentralização, a Política Nacional de Assistência Social traz sua marca no reconhecimento de que para além das

demandas setoriais e segmentadas, o chão onde se encontram e se movimentam setores e segmentos faz diferença no manejo da própria política, significando considerar as desigualdades socioterritoriais na sua configuração (BRASIL, 2004, p.13).

Em continuidade a esse processo, visando garantir a materialização da diretriz da descentralização, cria-se o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2005. A inspiração para tal, conforme afirmado, veio do modelo que já vinha sendo utilizado pelo SUS, tendo como foco o atendimento e oferecimento de serviços no âmbito dos municípios e com uma organização que envolva a participação de estados ou regiões.

A coordenação do sistema é do Ministério/Secretaria Nacional correspondente e a gestão ocorre de forma descentralizada entre estados e municípios. Os Conselhos (nacional, estaduais e municipais), compostos por representantes do governo e da sociedade civil, realizam a fiscalização dos atos desenvolvidos em cada unidade federativa.

Por todas as normativas que foram sendo direcionadas ao longo dos últimos anos no âmbito dessa política, visualiza-se a importância da descentralização político-administrativa e do território como uma forma de referência à população usuária.

Considerando os aspectos normativos instaurados com o SUAS, apresenta-se abaixo as principais competências de cada ente federado:

Quadro VI – Gestão Federativa no Âmbito do SUAS

GESTÃO FEDERATIVA NO ÂMBITO DO SUAS	
ENTE FEDERADO	COMPETÊNCIAS
	Responder pela concessão e manutenção dos benefícios de prestação continuada; Cofinanciar, por meio de transferência automática, o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito nacional;

UNIÃO	<p>Atender, em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, às ações assistenciais de caráter de emergência;</p> <p>Realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social e assessorar Estados, Distrito Federal e Municípios para seu desenvolvimento;</p>
ESTADOS	<p>Destinar recursos financeiros aos Municípios, a título de participação no custeio do pagamento dos benefícios eventuais, prestados aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública, mediante critérios estabelecidos pelos Conselhos Estaduais de Assistência Social;</p> <p>Cofinanciar, por meio de transferência automática, o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito regional ou local;</p> <p>Atender, em conjunto com os Municípios, às ações assistenciais de caráter de emergência;</p> <p>Estimular e apoiar técnica e financeiramente as associações e consórcios municipais na prestação de serviços de assistência social;</p> <p>Prestar os serviços assistenciais cujos custos ou ausência de demanda municipal justifiquem uma rede regional de serviços, desconcentrada, no âmbito do respectivo Estado;</p> <p>Realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social e assessorar os Municípios para seu desenvolvimento.</p>
DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS	<p>Destinar recursos financeiros para custeio do pagamento dos benefícios eventuais, prestados aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública, mediante critérios estabelecidos pelos Conselhos de Assistência Social do Distrito Federal;</p> <p>Efetuar o pagamento dos auxílios natalidade e funeral;</p> <p>Executar os projetos de enfrentamento da pobreza, incluindo a parceria com organizações da sociedade civil;</p> <p>Atender às ações assistenciais de caráter de emergência;</p> <p>Prestar os serviços assistenciais, de atividades continuadas, que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidos em Lei;</p> <p>Cofinanciar o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito local; • realizar o monitoramento e a avaliação da política de assistência social em seu âmbito.</p>

Fonte: NOB/SUAS (2012).

As proposições estabelecidas para cada esfera de governo, de acordo com os princípios delimitados na LOAS, na NOB (2005) e na PNAS (2004), evocam a importância de os entes federados coordenarem, executarem o cofinanciamento, monitorarem e avaliarem as ações.

Considerando todo o histórico dessa política, pode-se observar que a reestruturação que delineou e institucionalização e o formato do SUAS, foi capaz de evidenciar a perspectiva da assistência como um direito social, além de promover uma articulação com o território, através da implementação de equipamentos, serviços e benefícios.

De acordo com a Norma Operacional Básica de 2005, os eixos que estruturam o SUAS, tendo como foco esse novo formato, são:

- Precedência da gestão pública da política;
- Alcance de direitos socioassistenciais;
- Matricialidade sociofamiliar;
- Territorialização e Descentralização político-administrativa;
- Financiamento partilhado entre os entes federados;
- Fortalecimento da relação entre estado e sociedade civil;
- Valorização do controle social;
- Participação popular;
- Qualificação de recursos humanos;
- Informação, monitoramento, avaliação e sistematização de resultados.

De forma a efetivar a descentralização desse sistema e instituir o território como referência para a implementação dos serviços, a PNAS (2004) utiliza como referência a organização de municípios como sendo de pequeno porte, médio, grande porte e metrópole com base nas definições estabelecidas pelo IBGE.

De acordo com a PNAS (2004),

A referida classificação tem o propósito de instituir o Sistema Único de Assistência Social, identificando as ações de proteção básica de atendimento que devem ser prestadas na totalidade dos municípios brasileiros e as ações de proteção social especial, de média e alta complexidade, que devem ser estruturadas pelos municípios de médio, grande porte e metrópoles, bem como pela esfera estadual, por prestação direta como referência regional ou pelo assessoramento técnico e financeiro na constituição de consórcios intermunicipais. Levar-se-á em conta, para tanto, a realidade local, regional, o porte, a capacidade gerencial e de arrecadação dos municípios, e o aprimoramento dos instrumentos de gestão, introduzindo o geoprocessamento como ferramenta da Política de Assistência Social (PNAS, 2004, P.46).

Dessa maneira, pode-se afirmar que o desenvolvimento de uma estrutura que teve como referência o papel do federalismo e da descentralização, redesenhou também o modelo de proteção social brasileiro, com foco nas ações dos municípios e do apoio técnico e financeiro de estados e união.

Assim é possível asseverar que as definições e critérios normativos estabelecidos no âmbito das políticas públicas apontam para experiências heterogêneas na construção do SUS e do SUAS, num país que guarda em seu legado grandes diferenças regionais, sociais e econômicas.

Por essa razão, é possível identificar que municípios e estados podem consolidar essas políticas públicas com determinadas variáveis ou características próprias em cada unidade federativa, tanto do ponto de vista da gestão quanto da participação popular.

Como já citado nesse capítulo, os arranjos institucionais se consolidam a partir das disputas e dos processos políticos que envolvem o cenário interno e externo do país, além da trajetória histórica que envolveu cada território e a formação de significativas particularidades.

Considerando o objeto dessa pesquisa e identificando a centralidade das atribuições dos entes federados no âmbito das duas políticas discutidas acima, serão apresentadas abaixo particularidades importantes da estrutura e organização da saúde e assistência social em dois estados que se apresentam nesse contexto como o *lócus* do problema a ser analisado, Rio de Janeiro e Pernambuco.

Para esse trabalho, há uma importância substancial em se recuperar o cenário de cada um dos territórios citados acima. O estudo de Gerschman (2010) aponta para o escasso número de publicações que tratam do caso do Rio de Janeiro no âmbito do setor saúde. As reflexões e construções apontadas pela autora, bem como aquelas trazidas por Parada (2002), irão compor a exposição da particularidade em questão.

No âmbito da assistência social, o trabalho de Mesquita (2014) e as reflexões apontadas por Azeredo (2020) serão tomadas como referências para a compreensão do modelo adotado no âmbito desse estado.

A partir de todos os aspectos identificados, é possível asseverar que para a saúde e assistência social, o estado do Rio de Janeiro direcionou um aspecto vanguardista tanto do ponto de vista de fundação das instituições, quanto na proposição de projetos que serviriam de referência para outros estados do país. Esse protagonismo se deu graças à importância assumida pela cidade do Rio de Janeiro, já que a mesma foi capital do país até 1960, pelas instituições de pesquisa que estão inseridas nesse território e pelos programas que foram sendo lançados através dessas políticas públicas e que contribuíram para a formação de diretrizes nacionais.

Já em relação ao estado de Pernambuco, é notória a mesma carência no que se refere à análise ou avaliação dos processos que envolveram a estruturação dessas duas políticas públicas. Em pesquisa ao Banco de Tese da Capes, sites oficiais do governo do estado e consultas a gestores ou profissionais foi possível identificar a ausência de documentos que possam contar essa trajetória.

Contudo, referências como Arretche (2000), Anjos Júnior (1998) e outros documentos permitem afirmar que o estado de Pernambuco historicamente veio sendo responsável por apresentar importantes programas no atendimento a diversos segmentos da população. No âmbito da saúde, por exemplo, identifica-se uma importante estrutura organizativa na coordenação da descentralização. No âmbito da assistência, alguns programas criados em anos mais recentes demonstram a capacidade de intersectorialização para a execução de ações.

Dessa forma, compreende-se que as relações que se desenvolvem no âmbito de cada um desses estados envolvem particularidades históricas e estruturais, ainda que todos os entes federados estejam condicionados às normativas e diretrizes nacionais. Além disso, sabe-se que as políticas dos estados em questão se organizam ainda a partir dos interesses dos atores envolvidos e das pactuações que são efetuadas nas instâncias de participação.

Apesar de todos os desafios, reconhece-se a importância da estrutura existente para a condução dos atendimentos à população tanto no setor saúde, quanto no âmbito da assistência social.

No aspecto que envolve a epidemia do Zika Vírus, os dois estados apresentaram experiências importantes no direcionamento da coordenação, cooperação e intersectorialização das políticas públicas para o atendimento emergencial a um evento complexo, bem como para a proteção e atenção às famílias.

Por essa razão, visando construir uma análise mais integrada do processo que envolve o objeto dessa pesquisa, será apresentado um pequeno cenário da estrutura dessas duas políticas públicas nos dois estados-chave. A necessidade em dar destaque apenas a essas duas áreas, refere-se a importância assumida pelas mesmas na condução do enfrentamento à epidemia, bem como na capacidade de integração setorial que foi direcionada nos campos em questão.

2.3.1 Saúde e Assistência Social no estado do Rio de Janeiro

Os processos históricos que marcam a história recente do estado do Rio de Janeiro, sobretudo a partir dos eventos que marcam as décadas de 1960 e 1970, com a transferência da capital do país e com a fusão do estado da Guanabara com o Rio de Janeiro, incidiram notoriamente na estrutura política, econômica e, conseqüentemente, na condução das políticas sociais¹⁷.

Tais acontecimentos direcionam à região fluminense um processo político complexo, quando comparado aos demais estados da federação.

Essa trajetória ainda recebe conseqüências das processualidades desencadeadas com o texto constitucional de 1988 e de suas repercussões, que passam a incidir em todo território nacional. Desse modo, traçada a nova estrutura federativa e descentralizada, pode-se afirmar que o estado do Rio de Janeiro ingressa na década de 1990 com a necessidade de adequar o seu

¹⁷ “A transformação de dois estados em um propiciou o desaparecimento do Estado da Guanabara, que passou a ser município e sede capital do novo estado, enquanto, no antigo estado fluminense, a cidade de Niterói, então capital, é abandonada e substituída pelo novo município do Rio. Cabe mencionar que já havia acontecido, nos anos 70, com a mudança da Capital Federal para Brasília, uma importante alteração da vida política da cidade com significativa perda de espaço e poder político e a conseqüente transformação da cidade capital em Estado da Guanabara” (GERSCHMAN, 2010, p.80).

sistema político-institucional. Também, **no setor saúde**, insere-se com a necessidade de gerenciar uma rede de saúde sob outro prisma.

De acordo com Parada (2002),

O estado do Rio de Janeiro ingressa na década de 90, na área de saúde, enfrentando dois desafios. O primeiro se refere à necessidade de adequação de seu papel político-institucional de organizar, planejar e regular o sistema de saúde nos âmbitos estadual e regional, sob o manto da Constituição Federal e Estadual. O segundo, ao papel da Secretaria de Estado de Saúde, de gerenciar uma rede de hospitais gerais, de perfil municipal, que não foram municipalizados e os hospitais especializados, de referência estadual (PARADA, 2002, p.38).

Do ponto de vista normativo, a Lei Orgânica da Saúde (1990) já lançava novas responsabilidades aos entes federados. A descentralização já apontada na CF/1988, por exemplo, vinha direcionando novas responsabilidades na operacionalização de políticas públicas e, conseqüentemente, lançou um novo reordenamento a estados e municípios que, naquele momento, ainda não tinham a estrutura necessária para a materialização de uma nova organização.

Em relação à implantação do SUS no Rio de Janeiro, Parada (2002) assevera que esse estado estava mergulhado em turbulências políticas que dificultaram a organização do sistema de saúde com integralidade e hierarquização. No âmbito estadual, o cenário daquele período colocou o setor saúde diante de acordos de governabilidade que contribuíram para a sua formação técnica e política.

Ainda sobre isso, Gerschman (2010) afirma que a descentralização da política de saúde no estado é um dos pontos complexos para discussão. Para a autora, o Rio de Janeiro pode ser considerado como “estado-problema” (p. 77), em decorrência da ausência de políticas próprias e da dependência orçamentária da união.

Como já se afirmou, a implementação das políticas públicas depende das estruturas estabelecidas nos territórios, bem como das forças políticas que atravessam o processo. Em relação a isso, concorda-se com Gerschman (2010) quando afirma que esse é um problema que ultrapassa os limites da saúde ou

da coordenação em âmbito federal. Situa-se nas modalidades do exercício político e das lideranças que executam o diálogo entre governo e sociedade civil.

Visando criar parâmetros a serem seguidos por todos os estados, começaram a ser editadas Normas Operacionais Básicas (NOBs) com o objetivo de garantir a criação de protocolos e modos de atuação entre as unidades federadas.

Tais instrumentos são criados com vistas a gerar autonomia e colocar em prática os aspectos dispostos na Lei Orgânica da Saúde e nos espaços de pactuação.

No início dessa transição para um sistema com comando único, destaca-se a publicação da NOB 01/91 que define o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo o primeiro documento a definir a nova lógica de funcionamento desse sistema.

Em seguida, foram editadas a NOB/93, que trata dos critérios para a gestão e habilitação dos municípios no âmbito do SUS, e a NOB/96, que representou um avanço no processo da descentralização dessa política, além de definir e dar as condições normativas à atuação de estados e municípios.

Sobre esse momento, Parada (2002) assevera que as gestões municipais tiveram mais possibilidades de organização, dado o descompasso entre a edição das Normas Operacionais e a capacidade de planejamento dos estados. Com a lógica da municipalização, os municípios estiveram à frente do ponto de vista da definição mais clara dos papéis, bem como de uma maior possibilidade de organização dos serviços.

Esse descompasso também se manifestou no estado do Rio de Janeiro, pois não havia corpo técnico qualificado, nem agenda política preparada para as mudanças. Para o autor,

Esse fato produziu alguns descompassos nas habilitações: alguns municípios tinham a plena de sistema, enquanto o estado não atingiu todos os pré-requisitos para sê-lo e, com isso, embora sem nenhuma evidência formal, foram criadas dificuldades, como na captação de recursos para investimentos no estado. O estado do Rio de Janeiro não fugiu à regra: ele não é pleno de sistema, ao passo que alguns municípios o são (PARADA, 2002, p.54).

Apesar da existência de desafios para a estruturação do novo modelo de saúde pública, Gerschman (2010) chama atenção para as complexidades vivenciadas na esfera política do estado do Rio de Janeiro, na década de 1990. Para a autora não foi a ausência da definição de atribuições, mas a falta de acordos políticos que dificultou o processo:

Não é a ausência de definição de atribuições da esfera estadual que inviabilizou a implementação do SUS no estado. O problema obedece à falta de acordos políticos para o andamento de políticas integradas entre instâncias federadas. O estado não assumiu um projeto próprio para a saúde, nem de financiamento, aplicação e fiscalização de recursos capazes de desenvolver o SUS no marco da política nacional de saúde (GERSCHMAN, 2010, p.77-78).

Todo o desenvolvimento e consolidação das estruturas normativas do SUS a nível nacional foram determinantes para o aperfeiçoamento das instâncias de governança, bem como de uma materialização das competências de cada ente federado. Esse processo, conseqüentemente, contribuiu para o desenvolvimento de relações importantes entre o estado do Rio de Janeiro e o Governo Federal.

Esse período é analisado por Parada (2002) como substancial para o amadurecimento das estruturas federadas. A necessidade de criar formas de habilitação entre o Governo Federal para a obtenção de recursos, levou estados e municípios a se organizarem para a garantia de autonomia e financiamento.

Para o ente estadual, as décadas de 1990 e 2000 apontaram a necessidade de superar o velho padrão centralizador da política de saúde e de assumir novas responsabilidades, demonstrando capacidade de gestão e de desenvolvimento de relações de apoio e cofinanciamento junto aos municípios.

Nos anos 2000, é iniciada a política de regionalização da SES/RJ que, conforme pactuação na CIB, deveria ter como objetivo a reorganização dos serviços e do modelo de assistência no estado. O lançamento da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) acabou orientando o processo, bem como a necessidade de publicização do papel do estado e revisão das habilitações dos municípios (RIO DE JANEIRO, 2002).

As décadas seguintes foram destinadas ao aperfeiçoamento das ações e reestruturação dos serviços estaduais. Um fator indicativo importante nesse processo foi o lançamento do primeiro Plano Estadual de Saúde (2001-2004).

Em 1999, com vistas a garantir a regionalização das ações estaduais foi instituído o Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico (NIDE), que atuou como facilitador do processo de integração de diferentes unidades de trabalho, bem como possibilitou um avanço na superação da fragmentação (RIO DE JANEIRO, 2002).

Até o presente ano (2021), a SES/RJ deu publicidade a 5 Planos Estaduais, instrumento que contribui para o planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pelo ente federado, num período de 4 anos.

Como forma de organizar a atenção à saúde com redes prioritárias, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM/MS nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, que instituiu diretrizes para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em todo país. O objetivo da RAS é garantir a integralidade do cuidado, através dos serviços de saúde, bem como incrementar o desempenho do sistema, com humanização, qualidade, eficiência econômica, equidade e eficácia (BRASIL, 2010).

Nesse estado, a saúde está organizada de acordo com as redes prioritárias instituídas pelo MS: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (RIO DE JANEIRO, s/a).

O estado do Rio de Janeiro possui 92 municípios, organizados em nove Regiões de Saúde¹⁸, sendo elas:

1. Baía da Ilha Grande: é a menor região do ERJ, composta por três municípios: Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty.
2. Baixada Litorânea: composta por nove municípios (Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema).

¹⁸ Maiores informações podem ser obtidas na página da Secretaria Estadual de Saúde, através do link: <https://www.saude.rj.gov.br/planejamento-em-saude/regioes-de-saude/planejamento-regional-integrado>. Acesso em 04 de janeiro de 2021.

3. Centro Sul: formada por 11 municípios (Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras).
4. Médio Paraíba: formada por 12 municípios (Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda).
5. Metropolitana I: fazem parte dessa região por 12 municípios, sendo eles: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica.
6. Metropolitana II: composta por 7 municípios (Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá).
7. Noroeste: essa é a segunda maior região de saúde do estado, composta por 14 municípios (Aperibé, Bom Jesus de Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai).
8. Norte: oito municípios fazem parte dessa região (Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra).
9. Serrana: é a terceira mais populosa região do ERJ. É formada por 16 municípios (Bom Jardim, Cachoeira de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis e Trajano de Moraes).

O processo de regionalização no estado veio sendo fortalecido a partir dos anos 2000. Nessa década, identifica-se a criação do Plano de Diretor da Regionalização (2001), do Programa Saúde na Área e do Pacto pela Saúde (2007) e de oficinas regionais, com o objetivo de criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR). Já na década seguinte, observa-se um avanço desse debate com a revisão das regiões de saúde, criação da Comissão de Intergestores Regional (CIR), em 2011, e da Assessoria de Regionalização (AR), em 2015 (RIO DE JANEIRO, 2017).

Na estrutura organizativa da SES/RJ, os aspectos regionais se tornam fundamentais para uma aproximação das particularidades que envolvem a gestão e o atendimento no âmbito dos territórios. Além disso, as regiões de saúde citadas acima contribuem nesse processo, com a finalidade de integralizar, organizar e garantir o planejamento com base nas identidades geográficas presentes em cada território.

Como o princípio da descentralização é fundamental para a organização da política de saúde, entende-se que a União e os estados devem contribuir de forma técnica e financeira para a atuação dos municípios. Como já se viu, o ente estadual deve ser capaz de coordenar as ações, gerenciar unidades ou situações complexas, além de cofinanciar os serviços. Para cada uma dessas regiões citadas acima, o ente estadual deve garantir o assessoramento necessário à construção de estratégias para o atendimento dos usuários do sistema, bem como apoiar a capacidade de atendimento.

Sabe-se que muitos municípios possuem dificuldades de governança e dependem das demais estruturas federadas para planejar os seus atendimentos. Além de serem os principais responsáveis pela atenção básica, devem ainda ser capazes de administrar os demais serviços e programas de saúde no seu território.

Nesse caso, as regiões de saúde possuem um papel essencial pois podem contribuir para o fortalecimento do território e das redes de atenção. As capitais, como é o caso do Rio de Janeiro, possuem em sua maioria os maiores aglomerados de serviços de referência, fazendo com que muitos usuários ainda precisem se deslocar até os grandes centros urbanos para atendimentos especializados.

Na capital do RJ, existem unidades estaduais e federais de referência e contrarreferência que realizam os atendimentos encaminhados pelos municípios. Todas as unidades de urgência vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde devem estar preparadas para o primeiro atendimento e, caso seja necessário, devem providenciar o encaminhamento para a unidade mais especializada¹⁹.

Como já citado, o estado em questão sempre apresentou dificuldades para a estruturação da sua rede de atenção. Esse fato decorre em grande medida pelas relações estabelecidas com questões históricas e políticas vinculadas a esse

¹⁹ Mais informações sobre as unidades de saúde vinculadas à SES/RJ, podem ser verificadas em: <http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/unidades-de-atendimento-tags.html>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

território. A última década, por exemplo, vem sendo desafiadora à gestão estadual e, conseqüentemente, às gestões municipais.

Sobre esse aspecto, concorda-se com Parada (2002), quando assevera que

A governabilidade do estado do Rio de Janeiro, como já dito, é diretamente proporcional ao equilíbrio em ser gestor de sistema e gerente da rede. É o embate entre o velho modelo de gestão da SES–RJ, preocupado em administrar os hospitais próprios da rede do estado, e o novo, pós-Constituição, Lei Orgânica e NOBs, em que o estado assume o papel de liderança estadual e regional, com comando único na construção do sistema. A clareza política e técnica desses papéis, e a maneira como a secretaria se organiza para exercê-los dão consistência e direcionalidade às ações de saúde (PARADA, 2002, P.48).

Verifica-se ainda que as graves crises políticas e econômicas que marcam a estrutura do estado desde o final de 2015 vêm impactando a organização dos serviços, o pagamento dos servidores, a transferência do cofinanciamento das políticas públicas e o atendimento da população usuária, fazendo com que o ente estadual dependa frequentemente de apoio da União para arcar com a continuidade dos atendimentos.

Também é importante asseverar que a rede de saúde do Rio de Janeiro é gerenciada por Organizações Sociais de Saúde que são permanentemente investigadas por desvios ou cenários de corrupção, fatores que complexificam ainda mais as particularidades históricas e de estruturação da rede de atenção.

Em que pese todo o cenário político, econômico e social de cada um dos estados brasileiros, é possível afirmar que tanto do ponto de vista normativo, quanto organizacional, que há um movimento significativamente importante para a direção dos processos vinculados à política de saúde pública. Ou seja, tanto do ponto de vista da coordenação, quanto da cooperação, houve avanços fundamentais aos direitos sociais da população usuária e à tecnicidade que vem solidificando as estratégias e ações.

Em relação à **trajetória e estruturação da política de assistência social** no estado do Rio de Janeiro é possível verificar que todo o cenário já destacado de mudanças na esfera político-administrativa das décadas de 1960 e 1970, impactou o processo de operacionalização institucional e normativa das ações

que passaram a se manifestar com a criação da Lei Orgânica da Assistência Social, da PNAS e do SUAS.

De acordo com Maciel (2014), o processo de fusão do Rio de Janeiro com o estado da Guanabara gerou a união de duas unidades federativas com histórias heterogêneas na organização da proteção social.

Antes de 1975, as principais ações vinculadas à proteção social no estado do Rio de Janeiro estavam vinculadas ao programa de “desfavelamento”. Em todo esse processo, algumas instituições como é o caso da Fundação Leão XIII assumiram um papel importante na condução das ações que estavam sendo desenvolvidas nas comunidades e no atendimento de outras vulnerabilidades, como é o caso daquelas vinculadas a pessoas em situação de rua, mulheres, empregos, entre outras questões.

Em relação a esse período, Maciel (2014) afirma que havia uma sobreposição de ações no direcionamento de programas assistenciais, mesmo com a existência do modelo gerencial utilizado no antigo estado da Guanabara:

Em que pese o modelo gerencial do antigo Estado da Guanabara estar organizado por unidades administrativas regionais, não se identifica uma diretriz de articulação entre os diferentes órgãos prestadores de serviços. Ou seja, as ações não eram orquestradas no território e tendiam a serem concorrentes gerando uma pulverização dos recursos públicos (MACIEL, 2014, p.71).

Verifica-se que até a década de 1970, coube à Secretaria de Serviços Sociais da Guanabara o trabalho vinculado à assistência social no território. Segundo Maciel (2014), a estrutura existente antes da fusão deu as referências para a organização do período que se consolidaria após 1975, ainda que muitos dos atendimentos se direcionassem de forma fragmentada e com proteção destinada a segmentos específicos.

Com o reconhecimento da assistência social no âmbito da Seguridade Social em 1988, começou-se a traçar um novo cenário para esse campo. Como se viu a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) só foi aprovada em 1993. Já as diretrizes para a efetivação da assistência como um direito social foram regulamentadas em 2004 através da Política Nacional de Assistência Social.

Com isso, torna-se importante ressaltar a importância da PNAS, bem como a criação do Sistema Único de Assistência Social, na busca de superação dos programas descontínuos, fragmentados e clientelistas que caracterizaram essa política em anos anteriores.

Na longa trajetória de institucionalização da política em questão, o estado do Rio de Janeiro assumiu um papel de vanguarda com a criação do Programa de Atendimento Integral à Família (PAIF), coordenado pela então Secretaria Estadual de Ação Social e Esporte e Lazer do Rio. O projeto piloto contou com uma ampla estratégia metodológica de trabalho com as famílias, bem como deu os primeiros direcionamentos efetivos para atuação no âmbito dos territórios.

Assim sendo, pode-se afirmar que o Decreto Estadual nº 25.919, de 27 de dezembro de 1999, que formalizou o PAIF, foi a primeira iniciativa no país que se apoiava nos princípios e diretrizes regulamentados pela LOAS.

Azeredo (2020), uma das idealizadoras do programa, assevera que o PAIF tem um papel fundamental na institucionalização da assistência social como uma política pública. De acordo com ela,

O PAIF/RJ foi idealizado como uma ampla estratégia de trabalho social com vistas ao atingimento do objetivo maior da assistência social que é a defesa e a garantia dos direitos de cidadania. Esta estratégia pautou-se no reconhecimento da complexidade das necessidades das famílias e do caráter fortemente articulador da assistência social. Partindo deste ponto, propomos a instalação de espaços estatais nos municípios nomeados como núcleo de atendimento a família em territórios de maior vulnerabilidade e uma metodologia de acompanhamento familiar psicossocial que direcionasse todas as ações, programas, serviços e benefícios desenvolvidos no âmbito da assistência social e promovesse a integração desta com as demais políticas setoriais. Tratava-se de organizar a rede local, potencializando os resultados das ações ofertadas na perspectiva do atendimento integral às famílias (AZEREDO, 2000, p. 39).

Com isso, verifica-se que o Rio de Janeiro entra nos anos 2000 com o objetivo de consolidar normativas importantes para o funcionamento da assistência social em seus 92 municípios.

Essa década foi substancial para a assistência social no país, tendo em vista a criação da PNAS, do SUAS, de Normas Operacionais e de materialização de equipamentos, programas e serviços voltados ao atendimento da população usuária.

De acordo com o Plano Estadual de Assistência Social do estado do Rio de Janeiro (2020-2023), os anos 2000 foram essenciais à estruturação organizacional dessa política pública. Assistiu-se à criação e formalização de conselhos de direito, de Planos de Assistência Social e do início do estabelecimento dos Fundos de Assistência Social, ações entendidas como essenciais para a descentralização político-administrativa e para a adesão ao cofinanciamento estadual.

É importante destacar em toda essa processualidade que a gestão administrativa do município do Rio de Janeiro sempre veio desenvolvendo uma postura mais autônoma em relação aos planos e estratégias coordenados pela gestão estadual, particularidade que se verifica tanto no âmbito da saúde, quanto da assistência social. Tal fato pode ser verificado com a iniciativa de adesão a programas, bem como a participação em espaços decisórios ou de pactuação.

No âmbito da gestão estadual da assistência social, identifica-se um amadurecimento das ações que foram sendo coordenadas a partir dos anos 2000. A estrutura desse ente federado vem implementando assessoramento técnico, capacitações e cofinanciamento, apesar de desafios conjunturais que marcam a trajetória local.

É importante destacar que o quadro estadual de recursos humanos se mostra insuficiente para o atendimento de todas as demandas apresentadas pelos municípios. Além disso, as crises econômicas e políticas que vem acompanhando o estado, desde o final de 2015, trazem interferências diretas à coordenação da assistência social, dada a conseqüente troca de gestores na pasta, bem como atraso no repasse de cofinanciamento.

Em relação a isso, concorda-se com Senna (2016), quando assevera que a descontinuidade administrativa é uma marca da gestão pública brasileira, sobretudo nos governos estaduais e municipais, dados os diversos momentos de trocas e alterações nas equipes, o que dificulta a consolidação de políticas públicas.

Ainda é importante destacar que a assistência social permanece em todo o país com longos desafios a sua materialização efetiva, tendo em vista as disputas ideológicas em torno da mesma e dos interesses de controle dos usuários, através de “regras clientelistas”, nas palavras de Senna (2016, p. 58), que passam a interferir na institucionalização dessa política pública.

Apesar disso, identifica-se importantes conquistas para a estrutura organizacional e de atendimento. De acordo com dados do Censo Suas (2018), existem 24.506 trabalhadores atuando na assistência social no estado do Rio de Janeiro em diversos equipamentos, como unidades de acolhimento, centros de convivência, Centros Dia, Centros de Referência de Assistência Social (Cras), Centros de Referência Especializados em Assistência Social (Creas), Fundos de Assistência Social, Gestão e Conselhos de Assistência Social.

Ainda de acordo com dados do CadSUAS (2021), há 438 Cras, 119 Creas, 18 Centros Pop, 233 unidades de acolhimento governamentais e 206 unidades de acolhimento não governamentais que compõem a rede de proteção social estadual.

Dessa maneira, pode-se afirmar que importantes elementos de qualificação da gestão vêm acontecendo de forma permanente, o que garante um avanço nas estruturas de financiamento, a nível estadual e municipal. Tais aspectos, podem ser verificados com a realização periódica das CIBs, das pactuações decorrentes desse processo e das assembleias/reuniões promovidas pelo CEAS e pelos CMAS.

Além disso, verifica-se o direcionamento de permanentes formas de capacitações aos técnicos da equipe estadual e das equipes municipais, sobretudo a partir do ano de 2015, com a execução dos cursos do Programa de Capacitação do SUAS (CapacitaSUAS).

Nos últimos anos, as ações do estado vêm se concentrando no cumprimento do pagamento do cofinanciamento estadual (ainda que persistam os desafios já citados), de garantia de assessoramentos técnicos e do atendimento às demandas municipais, sejam elas cotidianas, ou àquelas que se manifestam em situações de calamidade pública ou emergências.

É importante destacar que os cenários da saúde e da assistência social no estado dependem de uma análise mais aprofundada, o que não se configura como objeto desse estudo. No entanto, essas informações se tornam essenciais para que seja possível discorrer sobre a atuação das políticas públicas diante da epidemia do Zika Vírus nos estados-chave.

Considerando-se essa assertiva, apresenta-se abaixo um quadro das políticas em questão também no estado de Pernambuco. Previamente, destaca-se o desafio em se encontrar informações de organização das políticas no

território em questão, tendo em vista o escasso referencial bibliográfico e documental para tal.

2.3.2 Saúde e Assistência Social no estado de Pernambuco

A **implementação da Política de Saúde no estado de Pernambuco**, tal como preconizado na Lei 8.080/90 e na Lei 8.142/90, não difere muito dos principais aspectos que moldaram a trajetória da saúde pública no país. Isso implica dizer que todas as particularidades já elencadas em relação ao período que antecede a década de 1980 estiveram presentes no direcionamento das ações locais (ressalvadas às particularidades conjunturais do território).

Cita-se aqui mais uma vez que a produção bibliográfica em torno dessa questão tem se apresentado de forma bastante fragmentada, o que dificultou a construção de um cenário mais detalhado. Para o desenvolvimento da discussão que ora se apresenta foram realizadas pesquisas no Banco de Tese da Capes, revistas indexadas, documentos históricos, instrumentos de gestão e outros referenciais.

Por essa razão, os estudos de Arretche (2000) e de Anjos Júnior (1998), assim como os Planos Estaduais de Saúde e de Assistência Social, configuram-se como a base bibliográfica e documental para a estruturação do debate em torno do caso de Pernambuco.

Nessa construção, pode-se verificar que até a década de 1980 não havia estruturas integradas da Secretaria Estadual de Saúde e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), bem como não existia uma hierarquização entre o ente estadual com os municípios. Assim, o estado se conformou como o principal responsável pelos serviços de saúde, como postos e hospitais de referência (ARRETCHE, 2000).

Para Anjos Júnior (1998), um aspecto importante para o direcionamento da descentralização no estado foi verificado durante o governo de Miguel Arraes (1987-1990), com a implantação de unidades de atendimento hospitalar e

laboratórios nas Diretorias Regionais de Saúde. Esses equipamentos estavam integrados à Secretaria Estadual de Saúde/PE, porém tinham autonomia de atendimento e planejamento nos territórios nos quais foram implantados.

Ainda sobre isso, torna-se importante destacar que Arraes era um defensor da municipalização dos atendimentos e serviços de saúde, com estímulo à participação dos usuários, à medicina preventiva e às ações estratégicas que deveriam ser tomadas por iniciativa dos governos locais (ANJOS JÚNIOR, 1998).

Apesar desses elementos importantes à organização descentralizada da saúde no estado, identifica-se que a gestão governamental do período seguinte não deu continuidade aquilo que vinha sendo desenhado e centralizou as possibilidades de gestão regionalizada. De acordo com Anjos Júnior (1998), o então governador Joaquim Francisco (1991-1994) não foi favorável à descentralização e participação comunitária, ampliando inclusive a atuação do ente estadual com relação à prestação de serviços.

Essa descontinuidade de projetos se confronta ainda com o desenvolvimento das estratégias de coordenação do governo federal para a implantação do SUS em todo o país. Nesse aspecto, a adesão e habilitação ao sistema único foram ganhando força de forma mais significativa entre os governos locais. Essa processualidade teve ainda mais destaque com o papel assumido por municípios e estados com a lógica gerencial impulsionada pelo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso.

No segundo governo Arraes (1995-1998), que sempre se mostrou favorável à municipalização dos serviços de saúde, identifica-se um fortalecimento das estratégias de descentralização, além da retomada concreta dos projetos necessários à regionalização. Nas palavras de Arretche (2000), esse período teve como objetivo “municipalizar com base em estruturas regionais hierarquizadas de gestão e prestação dos serviços” (p. 220).

Esse debate ganha força na década seguinte. Até a organização da última versão do Plano Diretor da Regionalização (PDR/PE), em 2011, identifica-se que foram realizadas várias atualizações de projeto. A projeção para essa nova

organização se fortalece com a criação das Normas Operacionais, da Norma Operacional de Assistência à Saúde e da respectiva ampliação das responsabilidades dos municípios na condução da atenção básica. Ainda nessa década, o estado de Pernambuco se habilitou à gestão plena e veio construindo várias estratégias para a condução das ações de descentralização.

Em 2009, o movimento de construção da regionalização ganha ainda mais força. E em 2011 é lançado o Plano Diretor da Regionalização da Saúde. A criação do PDR decorre da necessidade em se organizar o atendimento à saúde, de maneira regionalizada, solidária, hierarquizada e resolutiva (PERNAMBUCO, 2011).

Para o desenvolvimento do documento em questão, levou-se em consideração a existência de fluxos existentes e da capacidade na resolutividade assistencial; regiões com potencial de atendimento; identidade cultural e social; e distribuição dos municípios (PERNAMBUCO, 2011).

Com o novo PDR, a gestão estadual passou a fortalecer as regiões de saúde - organizadas em quatro (Metropolitana, Agreste, Sertão e Vale do São Francisco e Araripina) -, bem como a estruturar as 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres) que dão o apoio técnico e administrativo aos 184 municípios e ao distrito de Fernando de Noronha.

As Geres possuem um papel fundamental na descentralização e organização territorial do estado, pois além de se conformarem como referências administrativas, são capazes também de dar respostas para a reestruturação da rede hospitalar, das ações municipais, do combate à mortalidade infantil e às endemias. Esse modelo de gestão em saúde permite que essas regionais possam operacionalizar a coordenação de forma mais próxima da realidade municipal (PERNAMBUCO, s/aA).

Dessa forma, compreende-se que a construção de tais estruturas organizacionais se demonstra de suma importância, dada a heterogeneidade geográfica que marca o território pernambucano. As particularidades presentes nessa localidade dividem a população de forma irregular no sertão, agreste, zona da mata e faixa litorânea, sendo essa última a mais populosa e com a maior rede

de unidades de saúde. A capital, por sua vez, assim como nos demais estados do país, é o setor que concentra o maior percentual de equipamentos para atendimento da população usuária. Tal aspecto faz com que os usuários tenham que deslocar a longas distâncias para o atendimento nos hospitais de média e alta complexidade, localizados na capital, Recife.

Apesar dessas singularidades, concorda-se com Pereira (2017),

Percebe-se que a regionalização é uma diretriz que encontra eco na gestão estadual em Pernambuco. Um conjunto de fatores criou um ambiente bastante favorável. A correlação de forças no campo político e técnico, a estruturação administrativa da SES/PE e das GERES, a construção coletiva do PDR vigente e ações de melhoria da capacidade instalada da rede de atenção das regiões de saúde são indícios que sustentam essa percepção (PEREIRA, 2017, p.95).

Com a criação das 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), a organização gestora/administrativa do estado de Pernambuco passou a se organizar da seguinte maneira:

- I GERES: Recife;
- II GERES: Limoeiro;
- III GERES: Palmares;
- IV GERES: Caruaru;
- V GERES: Garanhuns;
- VI GERES: Arcoverde;
- VII GERES: Salgueiro;
- VIII GERES: Petrolina;
- IX GERES: Ouricuri;
- X GERES: Afogados da Ingazeira;
- XI GERES: Serra Talhada;
- XII GERES: Goiana.

Cada uma dessas gerências tem como objetivo a coordenação e a interlocução em torno das ações em âmbito regional, fatores que se tornam fundamentais para uma atuação mais próxima aos municípios, às necessidades apontadas de maneira imediata e àquelas que requerem um planejamento em longo prazo.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde (PES 2020-2023), esse desenho regionalizado atua em diversas áreas imbricadas ao setor em questão e contribui para uma coordenação mais próxima junto aos territórios:

O desenho regional na composição da equipe tem como figura central, o Gerente Regional de Saúde, responsável pela Gestão da saúde em seu território, compondo a equipe com Coordenações de Planejamento e Regulação, Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Administrativo Financeiro, Núcleo de Apoio às Famílias das Crianças com Microcefalia, Mãe Coruja. Bem como, composta também de chefias como RH, transporte, além de outros setores como Comissão Permanente de Licitação (CPL), Farmácia, Laboratório, Ouvidoria e técnico servidores ou terceirizados desenvolvendo as diversas atividades (PERNAMBUCO, 2019, p. 147).

Apesar da importância das Geres para a descentralização e coordenação da saúde no estado de Pernambuco, é fundamental refletir que muitos desafios ainda persistem na estruturação e interiorização da rede de atendimento, dada a concentração de serviços de média e alta complexidade na região metropolitana, bem como dos recursos tecnológicos e humanos que, historicamente, tendem a se localizar nas capitais.

A rede de atenção básica também apresenta grandes fragilidades em municípios menores, fazendo com que sedes regionais como Caruaru, Arcoverde, Serra Talhada, Petrolina, Salgueiro e Recife acabem por responder por grande parte das demandas em caso de atendimentos e procedimentos mais complexos.

Assim como nos outros estados do país, Pernambuco também vem transformando o gerenciamento de sua rede de atenção à saúde nos últimos anos, através da instalação de Organizações Sociais de Saúde (OSSs) que passam a ser responsáveis por várias unidades de atendimento, fator que, como já abordado, faz parte de um projeto de Reforma do Estado, iniciado na década de 1990.

Ressalta-se que essa questão traz consequências ao funcionamento do SUS, de acordo com os princípios e diretrizes elencados na CF/88 e na Lei 8.080/90. Apesar de se conformar como um importante debate, não cabe nesse estudo o aprofundamento de tais elementos.

De modo geral, é possível verificar que o estado de Pernambuco vem se tornando uma referência importante na condução das políticas sociais. No âmbito da saúde pública, foi possível perceber a importância das estratégias de regionalização, ainda que pesem os desafios já elencados. Há também que se destacar a eficiência dos sistemas de vigilância epidemiológica na identificação de diversas alterações nos fatores vinculados à saúde individual e coletiva.

A organização dessa estrutura gerencial e administrativa tem se mostrado essencial para a identificação de casos ou indicativos de epidemias/endemias, como foi o caso da descoberta do evento complexo vinculado ao Zika Vírus, em 2015.

Em relação à **assistência social de Pernambuco**, a trajetória aponta para contornos históricos similares ao da realidade geral do país. Ou seja, uma política que enfrenta desafios permanentes para a superação de ações fragmentadas, clientelistas e descontínuas.

Anjos Júnior (1998) aponta que até a década de 1990 a assistência social no estado estava vinculada às estratégias gerais direcionadas pelo Governo Federal, através daquilo que era promovido pela LBA e pelo Ministério do Bem Estar Social. Assim como no Rio de Janeiro, o estado de Pernambuco também tinha forte presença da Legião Brasileira na condução das ações assistenciais.

É importante destacar que, além da cultura assistencialista e filantrópica preponderante na maioria dos projetos executados no país que persistiu durante muito tempo as influências da cultura coronelista, marcante em vários estados brasileiros, com destaque aqueles situados na região nordeste.

Mesmo com o reconhecimento da assistência social no âmbito da Seguridade Social Brasileira, em 1988, não se verifica qualquer tentativa de descentralização dessa área antes da promulgação da LOAS. De acordo com Anjos Júnior (1998), somente no segundo governo Arraes é que se identifica um direcionamento à descentralização da política, bem como a criação de estruturas importantes ao planejamento das ações, como é o caso do Plano Estadual de Assistência Social e do Conselho Estadual de Assistência Social.

Ainda de acordo com Arretche (2000),

Em suma, no estado de Pernambuco, uma política estadual de municipalização somente começou a ser implementada em 1995. E, desde então, havia convergência de todos os órgãos implementadores: a Secretaria de Ação Social, o Escritório Regional da SAS e o Conselho Estadual de Assistência atuaram intensamente pela criação e institucionalização dos conselhos, fundos e planos municipais de assistência social (ARRETCHE, 2000, P. 188).

Ao contrário do setor saúde, a pauta da regionalização ainda persiste como um grande desafio. Em Pernambuco não se verifica a criação de estruturas sólidas e continuadas com o objetivo de institucionalizar regionalmente a gestão estadual, como aconteceu no caso do setor saúde. Tal particularidade também é verificada no estado do Rio de Janeiro. Nesse último caso, o que se verifica é o debate permanente em torno dessa pauta, inclusive com a instalação de uma câmara técnica.

Esse aspecto é uma realidade dos estados brasileiros na condução da assistência social. Os desafios estão imbricados às questões de financiamento e de articulações políticas que são geralmente exercidas entre gestores estaduais e municipais. Além disso, reflete-se que o SUAS ainda precisa superar uma trajetória marcada por disputas constantes que dificultam o processo de institucionalização e de ampliação de mais espaços ao funcionamento da gestão e de atendimento aos usuários.

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas pela assistência social no país, identifica-se que Pernambuco é um dos estados em que a assistência social mais tem avançado.

Os dados consolidados em relação à trajetória de Pernambuco apontam para a realização de encontros regionais entre gestores municipais, CIBs e Conselhos para a apresentação das mudanças que seriam implantadas no âmbito da assistência social, com a criação do SUAS (PERNAMBUCO, s/aB).

Segundo dados do Plano Estadual de Assistência Social/PE (2020-2023), o território pernambucano conta com uma rede ampla de atendimentos, através de CRAS, CREAS, Centros Pop, Unidades de Acolhimento Institucional e

Residência Inclusiva. Todos os municípios dispõem de Cras, sendo 328 equipamentos ativos atualmente.

Em relação aos Creas, o estado possuía, em 2019, 186 equipamentos instalados em 178 municípios. De acordo com o PEAS/PE (2020-2023), houve um avanço no número dessas unidades tendo em vista o processo de implantação das mesmas em municípios de Pequeno Porte I. Ainda em relação à PSE, verifica-se que 68 municípios recebem cofinanciamento para ações vinculadas ao PETI. Pernambuco conta ainda com 8 Centros Pop distribuídos em 7 municípios, além de unidades de acolhimento para crianças e adolescentes (79 instituições), pessoas idosas (29 instituições), adultos e famílias (29 instituições) e residências inclusivas (6 instituições) (PERNAMBUCO, 2019).

É importante destacar ainda que o estado possui uma Coordenação de Planejamento e Vigilância Socioassistencial que é referência para todo o país, no acompanhamento e monitoramento das informações relativas à assistência social do estado.

Além disso, Pernambuco vem apresentando importantes experiências na operacionalização do SUAS no país, tanto do ponto de vista da gestão, quanto da intersetorialização com outras políticas públicas.

É importante destacar que assim como o Rio de Janeiro, Pernambuco também vem realizando ações de assessoramento e capacitação, como é o caso do Programa CapacitaSUAS.

Em relação à problemática do Zika Vírus, a assistência social presente nos dois estados apresentados realizou importantes articulações com outras políticas públicas, como é o caso da saúde, previdência social e educação.

Sobre isso, é fundamental destacar que essas interlocuções não se manifestaram apenas por conta dos instrumentos normativos que foram sendo criados, como Portarias e Notas Técnicas. A intersetorialização de políticas é uma demanda constante no atendimento das especificidades que envolvem a vida em sociedade. A integralidade não deve acontecer apenas de forma endógena, já que o atendimento aos usuários depende de uma multiplicidade de fatores.

No próximo capítulo, serão apresentados os conceitos, categorias e problematizações que envolvem a análise de políticas públicas, de modo que nas seções seguintes possa ser desenvolvida a análise em torno do objeto dessa pesquisa.

3. ANÁLISE E INTERSETORIALIDADE NO CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: PERSPECTIVAS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

Esse capítulo tem como objetivo apresentar categorias importantes para o desenho teórico e metodológico do estudo. Constrói-se uma discussão a partir do referencial que dará as bases para a análise das ações das políticas públicas, no que se refere à epidemia do Zika Vírus, no período que compreende os anos de 2015 a 2019.

Enfatiza-se que a proposta que se delineia nesse estudo não se refere a uma análise da epidemia em si, mas das estratégias adotadas pela ação estatal, através da intersectorialidade entre as políticas sociais para o enfrentamento da epidemia e para a proteção social direcionada a crianças e famílias.

Entende-se que o processo de formulação das estratégias voltadas a esse evento complexo envolveu diretamente diversas instituições e profissionais que atuam tanto na implementação²⁰, quanto na gestão ou na área de pesquisas. Reitera-se que esse evento, que veio à tona em 2015 no Brasil, colocou-se como emergência e demandou uma atuação intersectorial (tanto pela gravidade do que ocasionava, quanto pela “novidade” do fenômeno e de sua relação com a Síndrome Congênita do ZIKAV).

Considerando essas especificidades, essa terceira seção apresentará a contribuição da análise de políticas públicas e da intersectorialidade. Esta, como se afirmou, é entendida como uma das principais estratégias ao enfrentamento de eventos complexos, como foi o caso da Epidemia do ZIKAV.

O modelo de análise a ser construído nos capítulos seguintes levará em consideração a importância das instituições, das estratégias, das possibilidades

²⁰ “A implementação pode ser compreendida como o conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores quanto a políticas. Em outras palavras, trata-se das ações para fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente. Este processo precisa ser acompanhado, entre outras coisas, para que seja possível identificar porque muitas coisas dão certo enquanto muitas outras dão errado entre o momento em que uma política é formulada e o seu resultado concreto” (RUA, s/d).

diante da conjuntura no qual o evento se desenvolveu e a consequente atuação dos sujeitos na etapa de implementação das políticas intersetoriais.

3.1 A Análise de Políticas Públicas

Conforme já apontado, o objeto dessa pesquisa se insere no campo da análise de políticas públicas e das intervenções estatais que se desenvolveram de forma intersetorial diante da epidemia do Zika Vírus no Brasil.

A análise de políticas públicas (APP), ou *policy analysis*, tem as ações públicas como objeto principal de estudo. Nos tópicos anteriores pudemos observar que as políticas públicas envolvem disputas e negociações. Por essa razão, as outras dimensões como Estado, política e arenas de interesse são também objeto da análise, tendo em vista o processo que envolve a formulação, implementação e avaliação.

Desse modo, a análise de políticas sociais paira em torno da relação conflituosa que se estabelece entre Estado e sociedade, transversalizando-se 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.

Vaitsman, Lobato e Andrade (2013a) apontam que a literatura internacional identifica dois paradigmas principais na análise de políticas públicas que, embora associados a contextos históricos e nacionais, não são exclusivos. O primeiro paradigma se refere aos estudos de natureza positivista que se espalharam a partir do contexto norte-americano, a partir da década de 1960. Esses estudos tinham como base o uso de metodologias formais, racionais, com base no planejamento, no custo benefício, eficiência e eficácia.

Já o segundo paradigma identificado pelas autoras, data das últimas décadas do século XX. Os estudos e metodologias que se inserem nessa particularidade estão relacionados às mudanças culturais e científicas dos Estados democráticos. Assim, tratam também de estruturas mais

horizontalizadas e descentralizadas de governança (VAITSMAN, LOBATO E ANDRADE, 2013a).

Assim sendo, visualiza-se que as primeiras análises de políticas públicas apresentavam preocupações operacionais ou normativas. No campo da administração pública, por exemplo, os debates foram se direcionando com proposições para melhorar o funcionamento das políticas estatais.

O avanço e profissionalização desses estudos foram fundamentais para a separação de paradigmas de natureza normativa daqueles que se classificam como análise de PPs, ainda que se considere que todas as análises partem de pressupostos analíticos. De acordo com Marques (2013), tal separação é fundamental porque os estudos que se inserem no campo das políticas públicas consideram ao menos dois tipos de causalidade: o primeiro se refere às causas do problema a ser objeto da política e o segundo se refere aos efeitos produzidos por essa política.

Em relação especificamente aos modelos analíticos, Marques (2013) ainda assevera que

Os modelos analíticos, entretanto, têm de explicitar tais causalidades sustentadas (ou presumidas) necessariamente e de forma independente dos objetivos últimos das políticas, sob risco de cometer grandes confusões. Embora evidentemente ainda desconheçamos muitos dos elementos envolvidos, a trajetória das últimas décadas levou à formação paulatina de conhecimento cumulativo a respeito das políticas que nos permite entender com algum grau de detalhe, nos dias de hoje, os processos que cercam as ações do Estado (MARQUES, 2013: 25).

As análises de políticas sociais se projetam à compreensão e problematização da engenharia das políticas públicas, ou seja, com o desenho proposto pela política. Em estudos dessa natureza não são consideradas as relações de causalidade ou formas de mensuração.

Apesar disso, em estudos analíticos são consideradas a capacidade para a estruturação das políticas, bem como as variáveis que afetam a sua implementação (condições sociais, financeiras, recursos humanos e materiais, suportes e articulações intra e extra institucionais, aspectos conjunturais, entre outras questões).

Vaitsman, Lobato e Andrade (2013a) asseveram que o desenvolvimento das análises de políticas públicas envolve várias dimensões, como a técnica articulada a uma burocracia moderna; como o aspecto político, ligado ao papel dos intelectuais e o poder; e com o aspecto cultural, ligado ao significado dos especialistas, independente de ideologias e particularidades inerentes a eles.

Os primeiros ensaios de APPs foram se consolidando como campo de conhecimento a partir das experiências em torno das ações do governo nos Estados Unidos e em países da Europa. No pós-guerra, assistia-se a ampliação de áreas de intervenção do Estado no enfrentamento a diversos problemas, fato que exigia muitas informações sobre diversas áreas sociais. E, por outro lado, ampliava-se nos centros acadêmicos e universidades, o consenso de que era fundamental o desenvolvimento de conhecimento para uma “boa” governança, bem como para o sucesso e eficiência das políticas públicas na vida dos cidadãos (ARAÚJO, RODRIGUES, 2017).

Com isso, a análise de políticas públicas congregou diversas disciplinas (ciência política, administração pública, sociologia, antropologia, entre outras) e por essa razão é sempre entendida como um campo interdisciplinar.

Usualmente, afirma-se que o momento inicial de constituição da preocupação com as políticas públicas é o trabalho de Harold Lasswell. Outros trabalhos de cientistas norte-americanos, como Herbert Simon, Charles Lindblom e David Easton também são considerados pioneiros dos estudos de políticas públicas.

No Brasil, em relação ao campo específico da análise de políticas públicas - atividade social e política-, identifica-se uma profissionalização a partir da década de 1930. As condições que possibilitaram a expansão desses estudos se desenvolveram em consonância com dois outros movimentos. De acordo com Vaitsman, Lobato e Andrade (2013a) estes se referem e datam de:

- 1930: a partir desse momento, identifica-se que as primeiras medidas foram tomadas para construir uma burocracia moderna, como parte do processo de modernização – autoritário, em alguns casos. É um período marcado por uma lógica vertical e racional.

- 1990: presença de um desenho democrático e participativo na formulação de políticas públicas, oriunda das diretrizes estabelecidas na Constituição Federal de 1988.

Dessa maneira, compreende-se que a análise de políticas públicas se desenvolveu a partir das características assumidas pelo Estado brasileiro. É através da publicação da CF/88 que são projetadas as bases de um desenho federativo descentralizado que permite a diversificação das arenas e atores para a participação no campo da formulação e implementação dessas políticas.

As autoras ainda apontam que as análises brasileiras são substancialmente diferentes daquelas aplicadas no contexto norte-americano. Em primeiro lugar porque não particularizam, nem consideram as diferenças conceituais. Esse aspecto inicial condiciona a um segundo aspecto: a falta de diferenciação conceitual implica numa falta de diferenciação metodológica. Como resultado dessas questões iniciais, identifica-se que não há formação específica no âmbito da análise de políticas públicas. Essa formação está presente apenas em disciplinas de Programas de Pós-Graduação da Ciência Política, Saúde Pública e Serviço Social, condicionando a reflexões teóricas e metodológicas a partir de estudos já existentes (VAITSMAN, LOBATO, ANDRADE, 2013a).

Faria (2013) ainda aponta que, na particularidade brasileira, visualiza-se uma crescente legitimação e institucionalização do campo da APP tanto no meio acadêmico quanto no meio governamental. Isso se deve ao fato da criação ou reativação de novas agências governamentais para o planejamento e para a avaliação de políticas públicas, nos três níveis de governo. Além disso, visualiza-se um crescimento de Organizações não Governamentais (ONGs) que passaram também a produzir conhecimentos nessa área. É o caso da criação recente das chamadas *think tanks*, instituições com expertise em determinadas áreas do conhecimento que espalham informações visando influenciar as ações estatais, a política e a sociedade²¹.

²¹ Além desses aspectos, ressalta-se também o crescimento de cursos de graduação e de Programas de Pós-Graduação que passam a ter as políticas públicas como objeto de estudo.

Considerando todas as experiências que se manifestam entre referenciais teóricos e atores envolvidos no campo da análise de políticas públicas, é possível observar que as formulações dessa natureza não se projetam apenas em torno de documentos formais (legislações e outras normativas, por exemplo), mas também em torno de outros aspectos que envolvem as disputas, os discursos e as instituições que atuam na formulação e implementação. Assim sendo, na condução de um estudo analítico, podem ser utilizadas diversas formas de abordagens, modelos e perspectivas teóricas.

As abordagens percussoras, como a de Laswell (1936), se baseiam em perspectivas behavioristas, de sistemas ou de decisões. Abordagens como esta consideram que os elementos importantes de serem analisados se baseiam no comportamento dos indivíduos. De acordo com Marques (2013), as análises dessa natureza consideram que a “racionalidade envolvida nas políticas era considerada como sinóptica – que permite acessar o todo de forma resumida, mas abrangente. A decisão, organizada a partir de tal racionalidade, era considerada como o mais importante momento da produção de políticas públicas” (p. 26).

Paralelamente à condução behaviorista de Laswell (1936), outra contribuição importante foi a de Simon (1947; 1957). Os estudos desse autor se baseavam na aplicação da psicologia experimental à economia e à compreensão de estruturas organizacionais. Essa abordagem se ancorou no conceito de racionalidade limitada (*bounded*). De acordo com Marques (2013), a ideia de racionalidade limitada defendia a ideia da construção de conhecimento sistemático sobre o “comportamento administrativo”, o que leva à compreensão de quem decide as políticas. Para Simon então, a decisão é fundamental para a condução da análise de políticas públicas e para ele o ciclo e as fases em que estas são produzidas incluem aspectos como inteligência, desenho e escolha.

Ainda nesse rol de teorias iniciais, Easton (1953; 1965) entendia que as políticas públicas deveriam ser analisadas a partir das interações entre o sistema de políticas, o sistema político e outros sistemas. Para esse autor, o ciclo de políticas estava associado à dinâmica da sociedade.

Apesar da importância de estudos dessa natureza, as primeiras críticas ao processo racional da decisão começam a aparecer com os estudos de Lindblom (1959). Para este autor, a centralidade da decisão é um momento importante, mas outros meios poderiam ser inseridos no processo de implementação de forma incremental de forma a maximizar os resultados e diminuir os custos.

Algumas críticas foram direcionadas a esse modelo de incrementalismo, como é o caso dos estudos de Etzioni (1967) e Lowi (1964). Os estudos de Lowi (1964)²² apresentam um caráter político, relacionando os impactos das instituições no desenho das políticas. Essa abordagem é fundamental para a disseminação dos estudos neoinstitucionalistas. Esta perspectiva terá o seu debate ampliado mais a frente, considerando a importância dessa perspectiva para o desenvolvimento da análise do objeto da pesquisa que desenvolvido nesse trabalho.

Todas as perspectivas que foram se desenvolvendo a partir da década de 1950 foram flexibilizando as abordagens que tinham racionalidade como o objeto central da análise de políticas públicas. As redes de políticas públicas, como abordagem fundada por Hecló (1978), apontam a importância da interação dos atores para o processo de decisão e implementação de políticas públicas.

De acordo com Marques (2013), essa perspectiva considera que a relação dos vários fenômenos deve ser analisada levando em consideração a atuação das entidades envolvidas com um determinado problema, fenômeno ou questão.

A outra perspectiva que passa a se expandir a partir da década de 1980 é a neoinstitucionalista. Na particularidade brasileira, ela assume importância substancial levando em consideração a relação histórica entre Estado e implementação de políticas públicas, sobretudo a partir da década de 1980 quando a Constituição Federal de 1988 lança e institucionaliza novas responsabilidades à atuação estatal.

²² “A centralidade da racionalidade no processo de decisão também foi objeto de outra crítica importante focada em elementos institucionais e relativos ao formato do Estado, antecipando novamente a crítica neoinstitucionalista que se desenvolveria nos anos 1980. Trata-se do “modelo da lata do lixo” de Cohen, March e Olsen (1972)” (MARQUES, 2013:32).

Nesse sentido, concorda-se com Marques (2013) quando assevera que o deslocamento para o desenvolvimento da abordagem neoinstitucionalista é de suma importância para pensarmos situações como a do Brasil, tendo em vista que o Estado foi historicamente central da condução das políticas públicas, “marcando como legado ou traço constitutivo nosso sistema político, nossos sistemas de política e nossa sociedade” (p. 37).

Nessa perspectiva, o Estado assume posição privilegiada (ainda que não exclusiva) na mudança ou reprodução das instituições²³. Nesse campo, identifica-se que as políticas públicas contribuem para o desenvolvimento dos processos, tendo em vista que elas são capazes de definir orientações governamentais que sedimentam a posição estatal em relação aos problemas que se manifestam na sociedade (LOBATO, 2009).

Aqui, não se pretende afirmar que não existam disputas, contrarreformas ou aviltamento no âmbito da implementação de políticas públicas. Mas reafirmar a importância da centralidade do Estado e de suas instituições (ainda que esta centralidade não seja exclusiva), no ciclo das políticas.

Em relação a isso, Lobato (2009) assevera que

Esse processo não é, bem se sabe, nem linear nem isento de conflitos, principalmente quando o tema são os problemas sociais. O caráter desses conflitos e como são solucionados importa para a identificação dos rumos que a política vai tomar. Isso é importante porque a literatura tem deixado de lado a especificidade da área social na construção e implementação de políticas sociais, tratando-as como similares a qualquer outra política pública. Não é o caso. A política social é lugar por excelência dos conflitos inerentes a todas as formas de desigualdade e exclusão, e se distingue de outras políticas públicas por revelar esses conflitos intensa e cotidianamente (p.190).

Rua (s/d) aponta que existem pelo menos dez pré-condições necessárias para uma implementação perfeita:

- 1) Circunstâncias externas à instituição implementadora não podem ser capazes de impor restrições que façam desviar dos seus objetivos;
- 2) A implementação deve dispor de tempo e recursos suficientes;
- 3) A combinação dos recursos deve estar sempre disponível para a execução de determinada ação;

²³ Segundo a autora, as instituições dizem respeito a ideias, valores e normas que pautam a vida social (LOBATO, 2009).

4) A ação a ser implementada deve estar embasada adequadamente entre o problema e a solução proposta;

5) A articulação entre o problema e a solução proposta não podem apresentar muitos fatores intervenientes;

6) Deve existir uma instituição responsável pela implementação. No caso de haver envolvimento de outros órgãos, não pode existir relação de dependência;

7) Deve existir uma permanente interlocução entre compreensão e consenso para que os objetivos venham a ser atingidos;

8) No momento de execução das ações, deve existir um completo planejamento para o alcance dos objetivos acordados;

9) É fundamental que exista uma perfeita coordenação entre os setores envolvidos;

10) Os atores que atuam em posições de comando devem apresentar boa relação com aqueles que estão envolvidos no processo.

É evidente que a estrutura e dinâmica das políticas públicas brasileiras assumem particularidades específicas relacionadas à condução do seu sistema de descentralização, à capacidade técnica de gestão no âmbito dos municípios, às desigualdades regionais, às arenas políticas, às disputas e aos graus de envolvimento dos atores.

Assim, ainda que todos esses aspectos listados por Rua (s/d) estejam presentes no momento da etapa de implementação, identifica-se que podem persistir dificuldades locais na condução do processo. Portanto, no acompanhamento dessas políticas devem ser considerados os contextos internos e externos às organizações, a conjuntura, o tipo da política e as arenas de disputas e interesses.

Assim, concorda-se ainda com a autora quando afirma que:

Ocorre que a realidade é muito mais complexa, como foi visto anteriormente. Em virtude disso, uma política pode simplesmente não chegar a ser implementada, seja pela reação de interesses contrariados, seja por reação ou omissão dos agentes públicos envolvidos, seja por reação ou omissão até mesmo dos possíveis beneficiários. Ou, alternativamente, pode ter apenas algumas de suas partes implementadas. Pode ter partes implementadas contraditoriamente à decisão e seus objetivos. Pode ter partes implementadas de maneira diversa - embora não contrária - do que foi previsto. Pode ter partes implementadas contraditoriamente entre si. E

muitas outras coisas podem ocorrer, gerando resultados absolutamente diferentes daquilo que se pretendia com a decisão. Essa variedade de resultados decorre do fato de que a implementação é um processo interativo e continuado de tomada de decisões por numerosos e pequenos grupos envolvidos com a política, os quais apresentam reações efetivas ou potenciais à decisão. Por isso, a implementação deve ser vista sob uma perspectiva interativa, na qual as ações individuais em pontos estratégicos influenciam consideravelmente os resultados obtidos (RUA, s/d, p. 19).

Em contextos de grandes complexidades e incertezas (como é o caso da ação estatal diante de epidemias, eventos de calamidade ou outras emergências), a etapa de implementação de políticas pode enfrentar ainda mais desafios, considerando-se as respostas imediatas que precisam ser direcionadas. Além disso, precisam-se ser respeitados os limites de cada ente federado e as suas atribuições necessárias ao processo.

Para tanto, entende-se que há uma centralidade fundamental na interlocução que se estabelece entre implementação de políticas públicas e instituições. Desse modo, apresentar-se-á abaixo o debate que está situado no campo do neoinstitucionalismo histórico, entendido como fundamental na condução da análise que ora se apresenta.

3.2 O Neoinstitucionalismo na Análise de Políticas Públicas

A partir da década de 1980, a análise de políticas públicas sofre uma importante alteração no que se refere aos objetos de investigação. Um fator importante nesse descolamento se refere ao desenvolvimento dos estudos com base no neoinstitucionalismo, sobretudo o neoinstitucionalismo histórico.

Conforme já apontado por Marques (2013), estudos que se desloquem à análise de políticas, com base no neoinstitucionalismo histórico são essenciais para que sejam investigadas particularidades como a brasileira, tendo em vista a centralidade pela qual o Estado direcionou a implementação de políticas públicas, caracterizando inclusive o sistema político, os sistemas de política e a sociedade.

Apesar da existência de vários modelos de análises neoinstitucionalistas, a convergência que se manifesta entre todas elas é a centralidade que é dada às instituições e a importância que elas assumem nas etapas do ciclo de políticas públicas.

Souza (2007) assevera que o neoinstitucionalismo é importante “porque a luta pelo poder e por recursos entre grupos sociais é o cerne da formulação de políticas públicas” (p. 83). Essa disputa de poder acaba levando as instituições para certas direções que podem acabar beneficiando alguns grupos em relação a outros.

Como essas instituições assumem alto grau de legitimidade no âmbito das políticas públicas, elas são se conformam como fundamentais na condução das proposições e da implementação de ações estratégicas, seja em curto prazo, seja em longo prazo.

De acordo com Hochman (2007), discutir e comparar padrões de interação entre as instituições e os efeitos que elas direcionam às políticas públicas é um conceito imbricado diretamente ao institucionalismo histórico. As instituições nesse caso se comportam como regras do jogo ou como limites para a ação.

No Brasil, os estudos com base na perspectiva neoinstitucionalista produziram uma densa literatura no que se refere à análise de políticas públicas. Marques (2013), por exemplo, assevera que esta base teórica e metodológica é a que apresenta a maior influência nos estudos nacionais.

Esses estudos produzem análises no que se refere ao desenho do Estado brasileiro, sobre o impacto das diferentes arenas na reforma das políticas sociais, sobre federalismo e políticas públicas e sobre o conjunto das políticas públicas brasileiras²⁴ (MARQUES, 2013).

Dessa maneira, falar de neoinstitucionalismo não significa afirmar que há homogeneidade no desenvolvimento das técnicas de análise. Pelo contrário,

²⁴ Nessa perspectiva, concorda-se com Marques (2013) quando cita os estudos de Arretche (2000; 2012); Arretche (2002); Cortes (2009); Melo (2002); e Hochman; Faria (2013).

existem pelo menos três correntes utilizadas no desenvolvimento de estudos sob essa perspectiva: a sociológica, a escolha racional e a histórica.

A perspectiva sociológica surge no período que remonta ao final dos anos 1970. Apesar das heterogeneidades, Hall e Taylor (1996) apontam que existem três características dessa escola que lhe conferem certa originalidade. A primeira se refere à definição das instituições de maneira muito mais generalizada do que o que costuma ser conceituado pelos pesquisadores da ciência política. A segunda característica considera que essa generalização acaba por redefinir essa cultura como sinônimo de instituição. E, por último, os neoinstitucionalistas sociológicos que também se caracterizam por tratar os problemas a partir da explicação do surgimento e da modificação das práticas institucionais.

Já o institucionalismo da escolha racional surge a partir dos estudos em torno do comportamento no interior do Congresso dos Estados Unidos. Ao observar a notável estabilidade em torno das decisões que se desenvolviam naquela instituição, os teóricos dessa perspectiva começaram a se questionar como isso poderia ser explicado.

Assim como na maioria das escolas, existem diversos debates internos e variantes entre os teóricos da escola do institucionalismo racional. No entanto, alguns pontos de congruência podem ser encontrados. De acordo com Hall e Taylor (1996), as análises dessa escola empregam algumas características comportamentais que podem ser agrupadas em:

1. Consideram que a participação de “atores pertinentes” compartilha de um conjunto preferencial e se comportam de maneira utilitária para maximizar as suas preferências, num alto de estratégias.
2. Consideram a vida política a partir de uma série de dilemas da ação coletiva. Esses dilemas são definidos a partir de situações nas quais os indivíduos agem para maximizar a satisfação das suas próprias preferências. Isso é feito com “o risco de um resultado sub-ótimo para a coletividade” (p. 205).

3. Enfatizam o papel da interação estratégica na determinação das situações políticas. Os autores identificam que as instituições são fundamentais nessa estruturação estratégica, considerando que podem influenciar na condução de possibilidades e sequência de alternativas na agenda.

De forma geral, as análises que se baseiam na perspectiva institucionalista racional se utilizam da dedução para o desenvolvimento de uma classificação final para as atividades desenvolvidas no âmbito das instituições e assim formulam os valores a serem obtidos pela cooperação.

E a perspectiva histórica, modelo que está imbricado diretamente à análise do objeto de estudo dessa pesquisa, vem se expandindo desde a década de 1970 e recebe influência principalmente do estrutural-funcionalismo e das teorias dos conflitos, de variantes pluralistas e neomarxistas. Essas duas últimas perspectivas têm um papel fundamental no desenvolvimento dos estudos dessa natureza.

De acordo com Marques (2013), desde as primeiras formulações do neoinstitucionalismo histórico dois elementos se destacaram como centrais para a compreensão do Estado e de suas políticas públicas:

1. Os atores estatais, seu “insulamento”, capacidades e poder;
2. A influência das instituições, inclusive na esfera política (p. 37).

O autor ainda considera que as instituições constituem uma faceta importante na análise de políticas públicas porque as agências e os funcionários que nela atuam têm certa autonomia com relação aos interesses presentes na sociedade. Eles se constituem como elementos fundamentais na dinâmica política. Para Marques (2013) então, a análise neoinstitucionalista histórica considera que o processo de produção de políticas sociais dependerá da interação entre Estado e os agentes que atuam na sociedade.

Essa interação que se consolida em ambientes institucionais específicos é capaz de produzir resultados, construir estratégias e produzir uma agenda específica.

Assim sendo, a influência das instituições ocorre de diversas maneiras. Marques (2013) aponta que elas se manifestam das seguintes formas:

1. Direcionamento para a formação de representações sobre a política e possibilidade de sucesso nas demandas.
2. Formação de grupos de interesse e produção de agendas em diálogo com a reprodução de suas questões, em estruturas organizacionais.
3. As instituições e o desenho das mesmas permitem que demandas apresentadas de formas similares por atores de poder equivalente tenham resultados diversos.

Já Souza (2007) considera que ramos do neoinstitucionalismo, como o histórico e o estruturalista, contribuem para entender sobre o papel das instituições na modelagem das preferências daqueles que projetam a tomada de decisões. De acordo com ela,

Para essas variantes do neoinstitucionalismo, as instituições moldam as definições dos decisores, mas a ação racional daqueles que decidem não se restringe apenas ao atendimento dos seus interesses. A ação racional também depende das percepções subjetivas sobre alternativas, suas consequências e avaliações dos seus possíveis resultados. Sem negar a existência do cálculo racional e auto-interessado dos decisores, esses ramos do neoinstitucionalismo afirmam que o cálculo estratégico dos decisores ocorre dentro de uma concepção mais ampla das regras, papéis, identidades e ideias (SOUZA, 2007, p. 81).

Ainda é importante refletir que as instituições se estruturam também a partir de regras formais e informais e que, conseqüentemente, interferem no comportamento dos profissionais que nelas atuam. Ainda, identifica-se que apenas a ação de grupos e indivíduos não é capaz de influenciar nas decisões políticas. Fatores como representatividade e institucionalidade das regras são extremamente relevantes para o processo.

Sobre isso, Souza (2007) considera que as instituições tornam o curso de algumas políticas mais fáceis do que outras. Além disso, essas mesmas instituições redefinem alternativas políticas e mudam a posição dos atores. Muitas políticas públicas são formadas e implementadas justamente no âmbito desses espaços.

Gomide e Pires (2014) apontam que no contexto político-institucional brasileiro, vários atores e interesses dão sustentação à implementação de ações coordenadas na execução de uma política pública. Entre esses arranjos, inserem-se as burocracias de diferentes poderes e níveis de governo, parlamentares e organizações da sociedade civil, como movimentos sociais, sindicatos e associações.

Os autores ainda apontam que é importante distinguir os arranjos de ambientes institucionais. Os arranjos institucionais compreendem as regras específicas que os atores estabelecem para si em suas transações econômicas ou em suas relações sociais e políticas. Já os ambientes institucionais seriam as regras gerais que estabelecem os fundamentos para o funcionamento dos sistemas político, econômico e social.

Para Gomide e Pires (2014),

São os arranjos institucionais que dotam o Estado das habilidades necessárias para implementar seus objetivos. [...] as capacidades técnico-administrativas e políticas derivam das relações entre as burocracias do Poder Executivo com os atores dos sistemas representativo, participativo e de controle em cada setor específico. Desta maneira, são as regras, processos e mecanismos instituídos pelos respectivos arranjos de implementação que vão explicar o resultado alcançado por cada política pública (p.21).

Assim, percebe-se que por mais que haja legitimidade na organização de certas instituições, são diversos os aspectos que condicionam a tomada de decisões e a definição da agenda.

Considerando a particularidade da emergência da epidemia do Zika Vírus no país, é possível perceber que as instituições tiveram um papel essencial no condicionamento das estratégias a serem adotadas pelo Estado brasileiro. Há que se considerar essa perspectiva, sobretudo, porque o evento que aqui se manifestava era desconhecido. E foi justamente através do envolvimento entre instituições e atores que atuam nas políticas públicas que foi possível construir protocolos, notas técnicas e formas de atuação.

O fato há se considerar também é que na condução de uma demanda que requer a atividade ou estratégia de uma ação intersetorial, as instituições podem

ter um papel de limitadoras ou facilitadoras dessa ferramenta. De acordo com Cunill-Grau (2005), em todos os espaços a ação dos atores está incorporada de significados e práticas que podem estabelecer limites ou possibilidades na condução das relações institucionais. De acordo com ela “os propósitos colaborativos, a estrutura e os resultados podem ser afetados pelo marco institucional de cada setor governamental” (p.52).

Souza (2007) ainda argumenta que as instituições podem tornar o curso de algumas políticas mais fáceis do que outras. Elas podem redefinir alternativas políticas e mudar a posição dos atores. Nessa perspectiva, pode-se identificar que não são apenas os indivíduos ou os seus movimentos que podem condicionar mudanças importantes diante de um dado problema social, mas também regras formais e informais que regem os diversos setores.

Apesar de considerar a centralidade do neoinstitucionalismo na condução desse estudo, sabe-se que existem diversos modelos que contribuem para a análise de políticas públicas e podem colaborar para a compreensão de outras propostas ou processos relacionados a essa área de estudo.

No que se refere ao campo específico da política pública, alguns modelos foram sendo desenvolvidos para explicar melhor como o governo se projeta para solucionar ou resolver questões específicas no âmbito da sociedade. Souza (2007) assevera que existem pelo menos oito principais formas que explicam essas questões.

Os modelos apontados por Souza (2007) se organizam considerando:

1. O tipo da política pública;
2. A visão da política pública como um processo incremental;
3. A visão que considera a existência de um ciclo de políticas públicas;
4. O modelo argumenta que algumas decisões são tomadas pelos gestores a partir das soluções que existem para o momento – o modelo *garbage can* (ou “lata de lixo”);
5. O modelo de coalizão de defesa que é antagônica ao modelo do ciclo da política pública e do *garbage can*. Para este modelo, a política pública deveria ser concebida como um conjunto de subsistemas estáveis que

se articulam com questões externas e dão parâmetros para os recursos de cada política;

6. O modelo de arena social que entende as políticas como iniciativas dos empreendedores políticos;
7. O modelo do equilíbrio interrompido que entende como o sistema político influencia de forma incremental, ou seja, imperando mudanças nas experiências de implementação e avaliação;
8. Os modelos influenciados pelo gerencialismo público que consideram a influência das novas estratégias governamentais voltadas à eficácia e eficiência, com redução dos investimentos nas áreas sociais, formato que mais tem influenciado as políticas públicas na atualidade²⁵.

Para fins de desenvolvimento desse estudo, considera-se a importância do ciclo de políticas públicas no desenvolvimento das respostas estatais. Esse ciclo é constantemente citado através da existência dos estágios de definição da agenda, identificação das alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação. O ciclo de políticas públicas questiona o porquê de algumas questões entrarem ou não na agenda política.

Embora o ciclo seja entendido nesse estudo como um elemento essencial para a definição do funcionamento da estrutura do Estado não se pode negar a interferência de outros modelos, dos atores, das instituições e da conjuntura na definição da agenda. Aqui, cita-se, por exemplo, o crescimento do debate em torno do modelo gerencial. Essa proposta vem conduzindo novas reconfigurações às instituições e aos processos que são vivenciados nas fases de formulação e execução de políticas públicas, na contemporaneidade.

Entende-se que o gerencialismo vem sendo adotado no âmbito dos Estados como forma estratégica na superação de crises fiscais e na definição de objetivos com base na lógica da eficácia e eficiência. Essa estratégia prioriza o aviltamento dos investimentos atrelada à ampliação da produtividade. O fato de

²⁵ Aqui não se discute as proposições e fundamentos de todos esses modelos porque esse não é o objetivo do estudo. Para maiores informações e referências, sugere-se a leitura de Souza (2007).

ser célere, no entanto, não significa qualidade na execução de programas, serviços e de atendimento de qualidade à população usuária.

As crises e os modelos gerencialistas adotados pelo Estado, no entanto, podem ser entendidos como consequências e fragmentos do que Mota (2015) chama de “Cultura da Crise”. Esse conceito compreende que o Estado adota o discurso da crise como forma de estimular o consenso entre burguesia e classe trabalhadora e justificar o não investimento em áreas sociais, especificamente aqui, no que se refere aos investimentos no âmbito da Seguridade Social. Entre os diversos discursos, insere-se a lógica da eficiência, eficácia, das estratégias desenvolvimentistas e da consequente redução dos investimentos nas áreas sociais. “Trata-se de inflexionar o objeto de resistência – os impactos da crise sobre os trabalhadores – num objeto de adesão e consentimento” (p.70).

Sobre isso, a autora ainda assevera que:

Como já dissemos, o traço predominante dessa cultura é a ideia de que a crise afeta igualmente toda sociedade, independentemente da condição de classes dos sujeitos sociais, de modo que a “saída” da crise exige consensos e sacrifícios de todos. Para tanto, a burguesia tenta obter o consenso ativo das classes subalternas, baseado em questões que afetam o cotidiano das classes trabalhadoras, considerando-as como situações decorrentes da crise (MOTA, 2015, p.113).

Ainda que se reconheça a presença desse movimento, não se pode negar o avanço que houve na condução de programas e projetos sociais nos últimos anos - sobretudo no período que se refere aos governos petistas (2003-2006) – ainda que em voga essa processualidade tenha se encaminhado num período de fortes reformas, apropriação do fundo público e ajustes fiscais.

Dessa forma, apesar de se identificar a existência de vários modelos na definição das relações e contradições permanentes que se manifestam entre Estado e Sociedade, concorda-se com Souza (2007) quando assevera que as políticas públicas assumem características fundamentais para o desenvolvimento da reprodução social:

1. Permitem a distinção entre o que o governo pretende fazer e o que de fato faz;

2. Envolve vários atores e níveis de decisão;
3. É abrangente, não estando apenas limitada a leis e regras;
4. É uma ação intencional, com objetivos delimitados;
5. Embora tenha resultados em curto prazo, é uma política que se manifesta em longo prazo;
6. Implica em um processo que envolve a decisão, implementação, execução e avaliação;
7. Estudos sobre política pública focalizam processos, atores e a construção de regras, o que se distingue dos estudos sobre políticas sociais, já que estes estão voltados às consequências e resultados da política.

Nesse sentido, entende-se que estudos que têm como centralidade a análise das políticas públicas podem contribuir para o desenvolvimento de proposições em diversos aspectos que compõe o ciclo das políticas e os outros aspectos imbricados, como por exemplo, a participação de atores e instituições.

Como já visto, o funcionamento de ações governamentais voltadas a uma determinada questão depende das estratégias adotadas ou dos mecanismos estatais para o enfrentamento de um determinado problema, ainda que esses mecanismos possuam contradições e fragilidades, conforme a perspectiva citada por Mota (2015). Inseridos nos meandros dessas estruturas, situam-se também algumas possibilidades como, por exemplo, intervenções de coordenação, cooperação, redes, intersetorialidade e outras categorias.

De modo geral, a coordenação é entendida como um conjunto de mecanismos que permite a execução de serviços públicos, de modo a garantir as conexões horizontais. A coordenação considera o ajuste de políticas e programas, com o possível compartilhamento de tarefas e financiamento. Já a cooperação diz respeito às interações desenvolvidas por atores diversos de forma a alcançar um objetivo, através da organização das estratégias; e do compartilhamento de informações e experiências²⁶.

²⁶ Para a compreensão desses aspectos, autores como Menicucci e Marques (2016), Olson (1965); Elster (1989); Peters (1998) e Gontijo (2012) são constantemente utilizados.

Na atualidade, observa-se que a literatura aponta a necessidade de existência razoável de mecanismos de coordenação e cooperação para a construção de ações intersetoriais. Além disso, é fundamental compreender que existem outras questões que se lançam como desafios a essa intersectorialidade efetiva, como por exemplo, a ampla setorização que permeia o campo das políticas públicas brasileiras.

De acordo com Gontijo (2012),

Ao longo das últimas três décadas, várias sugestões e alternativas emergiram com o propósito de promover melhorias na gestão pública; dentre estas estão os mecanismos voltados à coordenação e cooperação das/entre as políticas, agências, setores e gestores – questão cara principalmente aos problemas relacionados à implementação de políticas públicas (p.87).

Peters (1998) assevera que a coordenação é constantemente utilizada como um procedimento final no qual as políticas públicas direcionam intervenções com o mínimo de incoerência e redundância. Apesar disso não pode ser vista como o estágio imperativo e responsável por todas as ações, dada à falta de autonomia existente em diversas instituições.

Em relação a esse aspecto, concorda-se com Peters (1998) quando o mesmo assevera que as ações coordenadas assumem uma importância substancial para garantir que instituições públicas e privadas atuem de forma conjunta e em diálogo permanente, tanto nas etapas de planejamento quanto de implementação.

A cooperação, por sua vez, é também outro aspecto fundamental para a garantia de processos que envolvam diversos setores da sociedade, de modo a garantir o compartilhamento de metas e garantia de ações integradas e coletivas.

Sobre esses elementos, existem diversas heterogeneidades no que se refere aos espaços e possibilidades de sua competência. Assim, concorda-se com Gontijo (2012) quando assevera que:

Assim, nossa compreensão dos termos trata “coordenação” como o conjunto de relações concertadas cuja estrutura de funcionamento é hierárquica, ao passo que, como “cooperação”, estamos entendendo as concertações que ocorrem por meio de relações horizontais.

Contudo, atuações concertadas horizontais, a nosso ver, também podem ocorrer no interior dos entes federados. Dito de outra forma, resguardados os aspectos conjunturais relacionados aos atravessamentos políticos, a cultura organizacional e a legislação pertinente às instituições envolvidas, essas atuações podem ocorrer tanto no estrito âmbito do poder público, quanto nas relações entre este e outros setores da sociedade (GONTIJO, 2012, p. 99).

Autores como Alexander (1993) apontam que a criação de redes formais e informais é fundamental para a materialização de ações coordenadas e cooperadas. Entre as redes informais identificadas na contemporaneidade, verificam-se, por exemplo, contatos telefônicos, criação de grupos por meio de aplicativos e redes sociais, e-mails, grupos de trabalho, entre outros. Já, entre redes formais é possível citar: protocolos, legislações, notas técnicas, conselhos, colegiados, estatutos, entre outros.

O entendimento sobre a importância de ações coordenadas e cooperadas surge num momento em que se aprofunda a necessidade da construção de gestões intersectorializadas para o desenvolvimento de programas sociais e do enfrentamento de problemas complexos que demandam a participação de várias políticas.

Monnerat (2009) problematiza que há convergências acerca dos significados e atributos da intersectorialidade e argumenta que as definições em torno dessa categoria partem do pressuposto de que é necessário encontrar formas inovadoras na formulação e implementação das políticas sociais. Assim, a intersectorialidade é entendida como uma estratégia que busca superar a fragmentação dessas políticas, de modo a contribuir para o enfrentamento das questões sociais.

Apesar disso, Cunill-Grau (2005) assevera que certos contextos político-institucionais (como é o caso do brasileiro) dificultam mais a prática da intersectorialidade:

[...] devido à tradição setorializada, a qual se superpõem duas “camadas” de poder: o poder das corporações setoriais e o poder político partidário, com as práticas de “distribuir” as secretarias (o equivalente aos ministérios), para grupos ou partidos que apoiam os governos. A existência de governos de coalizões, inclusive, pode tornar os órgãos criados para a ação intersectorial muito vulneráveis no que se refere à formulação de políticas” (p.53).

Como já abordado, a discussão em torno das dificuldades para a eficácia na implementação das políticas públicas é vista como dependente das respostas dos mecanismos de coordenação e cooperação. E o enfrentamento dessa questão só pode ocorrer através da ação coletiva.

De acordo com Menicucci e Marques (2016),

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).

É importante referir que os mecanismos de coordenação são diversos e atuam em diferentes formas. Porém, quando se pretende direcionar uma atuação intersetorial, eles assumem uma característica mais crítica dados os níveis e o alcance estratégico da proposta.

Sobre isso, Costa e Bronzo (2012) afirmam que

Quanto maior o número, a heterogeneidade e a assimetria dos atores-chave para a implementação de um projeto ou política, mais críticos são os mecanismos intencionais de coordenação intersetorial. Eles podem incluir os critérios e sistemas de distribuição e alocação de recursos (orçamento próprio ou incentivos seletivos à cooperação – uma solução mais olsoniana; a arbitragem ou apoio político do nível mais central; planejamento estratégico sancionado; comitês de gabinete; comitês *ad hoc* de gestão; mecanismos sistemáticos de consulta, arranjos intersetoriais diversos etc (COSTA E BRONZO, 2012, p.74).

Os autores ainda apontam que não havendo capacidade satisfatória na coordenação, duas maneiras podem ser utilizadas para o enfrentamento dos problemas de implementação intersetorial: os mecanismos precisam estar restritos às dimensões substantivas do projeto/proposta para que se adaptem aos mecanismos de gestão ou ao estilo decisório; ou então, altera-se a estratégia de implementação, os instrumentos e o processo da tomada de decisões visando também a preservação do objetivo central da proposta (COSTA E BRONZO, 2012).

Essa incapacidade na condução de uma estratégia de coordenação satisfatória emerge por fatores como a estrutura vertical e hierárquica na condução de quem direciona as ações, em detrimento da construção de estruturas horizontais e de confiança.

Na particularidade brasileira, como o federalismo e a descentralização se estruturaram de forma muito compartimentalizada, acabaram implicando em certa dificuldade no desenvolvimento de níveis consideráveis de cooperação, de competências institucionais e também na operacionalização adequada das responsabilidades entre os entes federativos.

Para tanto, alguns mecanismos são defendidos como essenciais para a superação dessas formas fragmentadas na condução das políticas sociais. Entre essas estratégias, encontram-se o debate em torno das redes, dos arranjos intersetoriais e da intersectorialidade.

Lotta e Favareto (2016) apontam que o Governo Federal brasileiro vem experimentado arranjos institucionais²⁷ com o objetivo de construir políticas públicas efetivas em um contexto territorial complexo. Para tanto, esse governo vem se utilizando de dois aspectos centrais:

- A tentativa de articular temáticas intersetoriais; e
- A construção de modelos de gestão de políticas públicas com coordenação entre os entes federativos e a sociedade civil.

De acordo com os autores, para que a intersectorialidade se materialize de forma mais efetiva é necessário que a integração seja pensada desde a etapa do planejamento. Assim, experiências que tratam da intersectorialidade como uma forma de monitoramento/avaliação não são capazes de garantir níveis satisfatórios de integração na resolução de questões complexas (LOTTA; FAVARETO, 2016).

²⁷ De acordo com Lotta e Favareto (2016), “os arranjos institucionais são aqui compreendidos como regras específicas que os agentes estabelecem para suas transações econômicas ou nas relações políticas e sociais e que definem a forma de coordenação de processos em campos específicos, “delimitando quem está habilitado a participar de um determinado processo, o objeto e os objetivos desse e as formas de relação entre os atores”” (p.54).

Na discussão da intersectorialidade, as instituições e os seus arranjos são importantes para que se analisem as variáveis que irão definir os graus de atuação e de integração entre:

1. Governança.
2. Processos decisórios.
3. Autonomia.

Com base nas discussões apresentadas por Lotta e Favareto (2016), podemos identificar que para o direcionamento de arranjos institucionais com materialidade efetiva, é fundamental que os três itens apontados acima se relacionem diretamente.

Além disso, os autores apontam que na análise dos arranjos institucionais é essencial que sejam analisadas variáveis centrais para compreender a relação entre os atores envolvidos e como se efetiva governança, processos decisórios e graus de autonomia.

Quadro VII – Variáveis na Análise dos Arranjos Institucionais

VARIÁVEIS	CONCEITO	COMO SE MATERIALIZA
Intersetorialidade	Articulação de diferentes setores para, conjuntamente, construir soluções que resolvam de forma produtiva problemas sociais.	Articulação através de diferentes programas ou de políticas públicas, de forma horizontalizada ou integrada.
Relações Federativas	Relações federativas – entre Governo Federal, governos estaduais e governos municipais – o que leva à dimensão de verticalidade.	Atuação dos entes federativos no processo de formulação e execução das políticas públicas.
Território	Três dimensões da vida social local: 1. Intermunicipalidade. 2. Intersetorialidade. 3. Participação dessas forças sociais nos mecanismos de planejamento e gestão.	Formas de Articulação Intermunicipal, mobilização de pluralidade com forças sociais.

Fonte: Elaboração Própria.

É fundamental refletir que os arranjos institucionais podem também se constituir a partir de desenhos diferentes e incidem sobre a condução das competências e responsabilidades entre os entes federados. Além disso, esses arranjos também dependem da incidência de três elementos: normas, financiamento e execução das políticas. Esses três itens, de acordo com Lotta e Favareto (2016), podem conduzir a graus heterogêneos de autonomia e integração do federalismo brasileiro.

Ainda, como apontado nos itens anteriores, a descentralização brasileira não levou a uma efetiva autonomia dos entes federados na condução de políticas públicas, dada a heterogeneidade do porte e das capacidades municipais. Esse aspecto acaba implicando em desigualdades na formulação de arranjos institucionais que venham a ser aplicados em dado território.

Para Arretche (2012), o caso brasileiro se organiza a partir de mecanismos institucionais que limitam a autonomia de governos locais, haja vista a padronização inerente à elaboração de normativas e as lógicas com as quais são regulados e repassados os recursos federais.

Apesar dessas questões, verifica-se a existência de algumas tentativas de materialização de arranjos intersetoriais na particularidade brasileira. A intersetorialidade, de maneira geral, é entendida como uma excelente estratégia para a superação de particularidades e contradições históricas, como as já mencionadas, embora que em muitas projeções estejam presentes apenas como uma ideia fundamental a ser construída. Verifica-se, por exemplo, essa ênfase em ações de planejamento, de coordenação e em etapas de monitoramento.

Assim, considerando esses elementos e compreendendo a necessidade de ampliação desse debate, apresenta-se abaixo as principais discussões que permeiam a problemática da intersetorialidade. Sabe-se que a ação intersetorial é sempre apontada como um mecanismo fundamental para o enfrentamento da fragmentação no âmbito das políticas públicas. No entanto, alguns desafios objetivos se colocam como “*nós críticos*” a sua materialização.

Em eventos complexos, como é o caso da epidemia do Zika Vírus, a intersectorialidade também é apontada como uma ferramenta importante tanto no campo das políticas públicas, quanto no campo das instituições que as implementam.

3.3 A Intersectorialidade no âmbito das Políticas Públicas

A discussão em torno da intersectorialidade ocupa sempre um lugar central no âmbito da implementação das políticas públicas. No entanto, este é sempre um debate que gera complexidades, pois desafia o campo da formulação e da execução quando se considera que, na particularidade brasileira, essas políticas foram elaboradas de forma setorializada.

Para Cunill-Grau (2005), é necessário reconhecer que o termo “setorial” tem significados heterogêneos e, dessa maneira, isso implica reconhecer que a intersectorialidade apresenta diversas conceituações. Para ela, um dos significados está articulado à lógica da ação coletiva, distinguindo-se do setor privado empresarial e não empresarial ou das comunidades. Assim, a intersectorialidade diz respeito às relações entre esses diversos setores e abrange inclusive as parcerias público-privadas. Outro significado referente ao “setor”, refere-se às especificidades assumidas em âmbito governamental por meio da organização das políticas públicas, como por exemplo, educação, saúde, assistência social, entre outros. Especificamente em relação a isso, a intersectorialidade está condicionada à interlocução entre diversos setores governamentais.

Entendendo que as políticas públicas atuam nas diversas expressões da questão social, intersectorializar as relações é uma tarefa essencial. Os usuários dessas políticas conformam uma totalidade e assim demandam atendimento dos mais diversos setores.

A temática da intersectorialidade ganha força principalmente a partir da década de 1980, particularmente no âmbito do setor saúde. Isso reflete a evolução do conceito de saúde e dos determinantes sociais imbricados.

Na América Latina, os programas de proteção social que foram se expandido, sobretudo a partir da década de 1990, inserem a noção de intersectorialidade como uma das estratégias prioritárias. Assim, recorreu-se à ideia de que é necessário enfrentar à diversidade de problemas complexos através da lógica da integralidade e da multidimensionalidade.

Na particularidade brasileira, as diversas estratégias que foram lançadas, sobretudo a partir dos governos petistas, combinam desafios que reúnem a implementação de diversos programas, benefícios e serviços e a necessidade de institucionalizar as bases de financiamento na área social.

Ainda nessa particularidade, apesar dos avanços nesse campo e nesse contexto, permanece a lógica contínua de fragmentação e de fragilidade nos campos interinstitucionais. E nessa perspectiva a tarefa que acaba sendo mais discutida e demandada pelos gestores e trabalhadores que atuam diretamente no campo das políticas públicas é a necessidade de uma implementação mais integrada das ações estatais.

Dessa maneira, é justamente nessa esfera que a intersectorialidade ganha cada vez mais centralidade, pois é vista como uma ferramenta de gestão especial diante das diversas particularidades que marcam a trajetória da sociedade brasileira.

Mas afinal, de que trata a discussão da intersectorialidade?

A intersectorialidade vem sendo debatida tanto como um campo do conhecimento como uma forma de intervenção no âmbito das políticas sociais, bem como em outros contextos. Em ambos os aspectos, essa ferramenta vem sendo comumente associada à necessidade de superação da fragmentação e da setorização que persiste no âmbito das instituições.

Para Cunill – Grau (2005), a noção de intersectorialidade está relacionada à integração de diversos setores, principalmente os governamentais, embora esses não sejam os únicos (consideram-se aqui também as parcerias estabelecidas entre o setor privado) com objetivo de prestar resolução de problemas sociais com certa complexidade. Essa intersectorialização implica também em relações de colaboração, não hierárquicas e não contratuais.

Costa e Bronzo (2012) consideram que existem duas vias pelas quais podemos abordar o tema da intersectorialidade. Uma se refere à concepção dos problemas e atuação dos gestores como uma forma de pensar a realidade de forma integrada. E a outra se refere ao âmbito das estruturas organizativas, inovando em relação à ampla setorização existente.

Como se percebe, essa segunda tendência é sempre pensada quando se considera que a definição e organização setorial das políticas públicas já não respondem de forma satisfatória à complexidade dos problemas atuais.

Concorda-se ainda com Costa e Bronzo (2012) quando afirmam que

A estratégia da intersectorialidade pode permitir maior efetividade e resultados mais significativos quanto ao impacto e sustentabilidade das políticas, evitando sobreposição de ações e garantindo maior organicidade às mesmas, na medida em que traduz uma resposta integral e, dessa forma, mais adequada e pertinente aos problemas identificados (p.59).

Assim, nas instituições que atuam com as políticas públicas, essa é uma ferramenta que se apresenta como uma eficiente estratégia de gestão dada à complexidade das questões que se apresentam no cotidiano. A intersectorialidade se direciona numa perspectiva de garantia do acesso aos direitos sociais.

A discussão da implementação de ações intersectoriais no âmbito das políticas públicas emerge então no rol das diversas reconfigurações pelas quais o Estado vem direcionando, sobretudo a partir da década de 1990, tendo em vista a necessidade de reorganização dos serviços.

A análise da implementação intersectorial deve identificar o nível de articulação, comunicação e troca entre os diversos setores e se situa num contínuo de fatores que abrange a articulação, a coordenação de estruturas setoriais e até mesmo a consolidação de uma gestão transversal (COSTA E BRONZO, 2012).

Nessa perspectiva, a intersectorialidade não pode ser confundida com a noção de transversalidade ou da formulação de redes. Estes são componentes dela, mas não a resumem. A transversalidade prevê a inserção e discussão de

novos assuntos no âmbito das políticas públicas. E a formulação de redes prescinde o diálogo constante entre as instituições. Ou seja, são estratégias que podem compor a ação intersetorial, mas não podem ser confundidas com ela.

Sobre esse aspecto, concorda-se com Cunill-Grau (2005) quando assevera que a intersetorialidade também não é sinônimo de coordenação interinstitucional. Para ela, a coordenação é imperativa para assegurar que as políticas e setores encarregados de implementar a mesma não venham a produzir redundâncias ou inconsistências, mas somente a coordenação não é capaz de garantir uma integração entre os setores. É necessário criar uma relação mais aprofundada. Aqui, insere-se, por exemplo, a definição de estratégias de colaboração.

De acordo com Jaccound (2005), o uso da perspectiva intersetorial começa a se ampliar em torno das questões que envolvem a vulnerabilidade e a pobreza, tendo em vista a relevância progressiva de trajetórias para a superação da mesma e para o “enfrentamento da chamada multidimensionalidade das situações de vulnerabilidade e risco” (p. 23).

Apesar disso, a autora reitera que o esforço dessa estratégia tende a mobilizar diferentes perspectivas no que se refere ao papel do Estado e de sua relação com o social:

Tanto como abordagem de problemas sociais como enquanto instrumento de gestão, a intersetorialidade tende a fortalecer uma perspectiva restritiva de proteção social se capturada e ressignificada pela problemática estrita da pobreza. O caminho contrário, entretanto, pode ser trilhado, apontando para o fortalecimento dos direitos sociais em territórios e junto a populações marcadas por vulnerabilidades, carências e demandas de equidade (JACCOUND, 2005:23).

É notório que todas as perspectivas apontam para a importância da intersetorialidade na institucionalização de uma proteção social que fortaleça a atuação no território e junto às populações que se encontram em situação de vulnerabilidade, apesar de todo esforço que precisa ser desenvolvido na no enfrentamento da setorização que permeia as políticas públicas.

Tomando por base os estudos de Winkworth e White (2011), de Horwath e Morrison (2007) e de Corbett e Noyes (2008), Cunill-Grau (2005) aponta a

necessidade de serem desenvolvidos níveis mais altos de colaboração entre os setores implicados na realização de um propósito em comum.

Assim, para Cunill-Grau (2005), esses níveis de colaboração se desenvolvem a partir de:

Quadro VIII - Expressões e Tipos de Integração Intersetorial

COLABORAÇÃO	CONVERGÊNCIA	CONSOLIDAÇÃO	INTEGRAÇÃO
<p>Padrões de qualificação do pessoal.</p> <p>Formulários/ processos de solicitação únicos.</p> <p>Protocolos de gestão de casos comuns.</p> <p>Administração funcional centralizada.</p> <p>Autoridade de coordenação/(re) programação de TIC.</p>	<p>Disposições contratuais para a transferência/ realocações de fundos.</p> <p>Acordos contratuais com uma “agência diretora”.</p> <p>Contribuições orçamentárias /recursos compartilhados (pooled resource).</p>	<p>Planos e orçamentos multiagencias /multiáreas / multidisciplinas.</p> <p>Equipes interagencias para o fornecimento contínuo de serviços.</p> <p>Planejamento interagencias fusionada/divisão do trabalho/ responsabilidade.</p> <p>Capital humano/ ativos físicos fixos compartilhados.</p>	<p>Acordos formais entre serviços.</p> <p>Metas e objetivos compartilhados claramente definidos.</p> <p>Legislação que requer associação entre agências.</p> <p>Fusão de alguns sistemas de gestão.</p> <p>Fundos compartilhados.</p> <p>Arranjos comuns de administração.</p> <p>Enfoque conjunto para a capacitação, a informação e as finanças.</p>

Fonte: Cunill-Grau (2005), com base em Corbett e Noyes (2008, p. 7), Horwath e Morrison (2007).

De acordo com essa exposição, cabe identificar que o desenvolvimento das estratégias de integração pode condicionar ao desenvolvimento de um alto grau de intersectorialidade. Podem direcionar um enfrentamento mais integral dos problemas sociais ou da questão que venha a ser enfrentada.

É claro que a articulação de todos esses itens depende de uma situação conjuntural favorável, de um financiamento adequado e de um quadro de profissionais compatíveis e com qualificação técnica. Além disso, considera-se que deve haver níveis de colaboração envolvidos que sejam capazes de atingir certo grau de institucionalidade. Isso, conforme apontado acima, depende da formulação de documentos formais; de metas e objetivos compartilhados; fusão

de sistemas de gestão; arranjos administrativos em comum; e enfoque conjunto na resolução da questão.

Desse modo, percebe-se que para se chegar nessa alta intensidade de intersectorialidade, o planejamento conjunto e os acordos de colaboração se apresentam como mecanismos que podem afetar (de maneira positiva ou não) nos resultados aos quais se quer atingir.

Para Cunill-Grau (2005), a definição do modo e da intensidade da gestão com base na intersectorialidade pressupõe responder o que está sendo integrado e compartilhado. Para tanto, é necessário analisar a incidência de pelo menos três variáveis segundo a autora. A primeira se refere ao “grau de incorporação no ciclo de formação e avaliação das políticas; ao grau de mancomunidade²⁸ na execução das ações; e ao grau de alteração das formas organizacionais prévias dos setores governamentais envolvidos” (p.45).

De acordo com a autora, a primeira variável é entendida como o resultado dos processos utilizados na formulação das estratégias que tenham como foco a integração entre os setores. O segundo elemento, a mancomunidade, está relacionada à etapa de implementação. É entendida como a união setorial, com o objetivo de atender um fim comum. E, a última variável, depende de um conjunto de fatores, como a dinâmica institucional, os graus de articulação, estruturas metodológicas utilizadas e o compartilhamento de fontes de financiamento (CUNILL-GRAU, 2005).

Essas três variáveis podem facilitar o intercâmbio e a colaboração entre as instituições para se chegar a um objetivo em comum e, assim, garantir o desenvolvimento do mais alto grau da intersectorialidade.

Para tanto, entende-se que a união dos setores para se chegar a um objetivo em comum (mancomunidade) impõe também o desenvolvimento de maior consenso entre os setores, de articulação entre as informações, de

²⁸ O conceito de Mancomunidad é definido por Nuria Cunill-Grau como o compartilhamento de recursos, incluindo informações, responsabilidades e ações (2005).

estruturação de sistemas unificados e até mesmo da proposição de uma partilha orçamentária.

Observa-se assim que a intersetorialidade pressupõe a construção de alterações sólidas nos processos de organização, tanto na gestão das instituições, quanto nos processos de trabalho.

Assim, o desafio para se colocar em prática a intersetorialidade supera a expressão da vontade dos agentes e até mesmo as estratégias de coordenação. Implica necessariamente numa estruturação profunda do entendimento da gestão e das metodologias de trabalho que precisam ser reorganizadas, de modo que elas estimulem o desenvolvimento de uma colaboração interinstitucional, solucionando conflitos e pensando em ações conjuntas.

Percebe-se assim que a maior integração setorial só se desenvolve quando há a incorporação e formação de decisões a partir da mancomunidade. O quadro abaixo, elaborado por Cunill-Grau (2005), reflete justamente essas questões e apresenta os itens que são fundamentais para o desenvolvimento dos níveis e processos necessários para a solidificação da intersetorialidade:

Quadro IX - Intensidade da Ação Intersectorial de Acordo com Níveis de Integração dos Mecanismos de Gestão e Execução e das Estruturas Organizativas

ALTA INTEGRAÇÃO	BAIXA INTEGRAÇÃO
<p>Compartilha-se a formulação das decisões, monitoramento e avaliação (Incorporação no ciclo de políticas)</p> <p style="text-align: center;">Planejamento conjunto</p> <p style="text-align: center;">Programação orçamentária comum</p> <p style="text-align: center;">Monitoramento e avaliação compartilhados</p> <p>Compartilha-se a execução das decisões, a informações os recursos (mancomunidade)</p> <p style="text-align: center;">Ações, recursos e responsabilidades compartilhadas com funcionamento em rede</p> <p style="text-align: center;">Produzem-se alterações nas estruturas organizativas setoriais (Estruturas orgânicas suprassetoriais ao menos para a governança comum)</p> <p style="text-align: center;">Intersectorialidade de alta intensidade</p>	<p>Apenas uma parte do ciclo de políticas é contemplada. Por exemplo, um plano de ação básico, coordenado por alguma instância central, no qual intervém um órgão intersectorial de carácter técnico</p> <p style="text-align: center;">As actividades básicas de planeamento, elaboração do orçamento e avaliação continuam assumidas setorialmente</p> <p>Compartilham-se somente assuntos operacionais. Por exemplo, transferência de informação sobre um mesmo público</p> <p style="text-align: center;">O financiamento das ações fica a cargo de uma autoridade central</p> <p style="text-align: center;">Não existem arranjos para a ação intersectorial, salvo algum tipo de instância técnica multisectorial</p> <p style="text-align: center;">Intersectorialidade de baixa intensidade</p>

Fonte: Cunill-Grau (2005).

Apesar da condensação desses itens, estruturados com base na intensidade na qual eles se desenvolveram, é fundamental ressaltar que nenhuma ação intersetorial pode se estruturar sem uma autoridade central. Ainda mais, quando os sistemas de proteção social estão sob tutela de alguma pasta ministerial:

É claro que qualquer ação intersetorial, em primeiro lugar, requer uma autoridade central. De fato, todos os sistemas de proteção social recentes estão sob a tutela do ministério encarregado da questão social em cada país. Em geral, é do ministério que sejam coordenadas ações intersetoriais, investido de poderes legais para tal fim. No entanto, o grau de controle sobre o resto dos setores governamentais pode variar e, com isso, a própria orientação da integração que se produz entre os setores. Dessa forma, ocorre que os processos de planejamento, formulação orçamentária, monitoramento, avaliação e o orçamento podem estar centralizados nessa autoridade central ou serem geridos pelos próprios setores mediante instâncias ad hoc de caráter intersetorial propriamente ditas (CUNILL-GRAU, 2005: 49).

Isso implica uma reflexão em torno de qual ação intersetorial se pensa, tendo em vista que a coordenação e a integração gerada no âmbito da relação entre Ministério e outros setores que compõe a política pública se organizam de forma verticalizada. A forma que podemos discutir também entre as instituições é a que podemos denominar de “intersectorialidade horizontal”. Esta depende da formulação de ações mais colaborativas entre atores e setores (sejam eles públicos, privados ou do Terceiro Setor). Uma ação (vertical ou horizontal) não exclui a outra. Elas causam interdependências e são fundamentais para o alcance de objetivos em comum.

Nesse sentido, concorda-se com Cunill-Grau (2005) quando assevera que um dos focos da análise da intersectorialidade deve estar constituído pelos aspectos que se apresentam abaixo, considerando que essas variáveis podem influenciar na extensão da ação intersectorial, na direção da mesma e no seu grau de intensidade. De acordo com a autora, essas variáveis se organizam em:

1. Os mecanismos de formulação das decisões e sua expressão nos processos de planejamento, formulação orçamentária, monitoramento e avaliação;
2. As modalidades de execução das ações, de alocação dos recursos para seu financiamento e de intercâmbio de informação;

3. Os formatos organizacionais suprassetoriais e intersetoriais (arranjos comuns de governança). (p. 50).

Para que essas estratégias de fato se solidifiquem na condução de uma determinada ação intersetorial, o planejamento, a implementação e a cooperação precisam estar ancoradas numa organização governamental que facilite o seu desenvolvimento. Fatores como a legislação e a estruturação das políticas públicas e dos seus sistemas são contribuintes e trazem interferências nesse processo.

É fundamental considerar que o desenho das políticas e das instituições interfere na capacidade de ação dos municípios e de outros entes federados, como estados e União, tendo em vista que não havendo consenso e uma estrutura organizativa adequada não se pode enfrentar de forma adequada o problema ou os objetivos aos quais se pretende atingir.

De acordo com Cunill-Grau (2005)

Assim, quando o desenho da intersetorialidade de uma política social abarca os níveis locais, é de fundamental importância o tipo de instâncias de comunicação intergovernamental. A suposição é que quanto mais canais bidirecionais (dispositivos de governança comum entre níveis governamentais) que permitam a pactuação com os próprios níveis municipais e se inclinem a um modelo mais interativo de relações intergovernamentais, mais será favorecida a abordagem integral dos problemas (p.52).

Como já se afirmou, a conjuntura e o contexto institucional podem ser importantes, mas também podem fixar limites à ação dos atores. Apesar disso, na relação entre entes federados e entre outros setores, é possível criar estratégias colaborativas que sejam capazes de interferir na racionalidade e nos processos que até então se oponham ao desenvolvimento de uma ação mais integrativa.

É claro que para isso devemos considerar o grau de legitimidade e centralidade do tema da intersetorialidade na agenda pública quanto no plano decisório; da magnitude dos arranjos e alterações institucionais necessários para viabilizar a gestão horizontalizada; e das alterações nas rotinas, práticas de trabalho e metodologias desenvolvidas (COSTA E BRONZO, 2012).

Ainda sobre isso, concorda-se com os autores acima quando afirmam que a gestão horizontalizada e transversal no âmbito dos processos de trabalho são pontos-chave para conferir uma visibilidade técnica no que se refere à implementação intersetorial:

A transversalidade confere um foco à organização, dirigindo a atenção para aspectos e temas considerados centrais e permitindo intensificar a atuação sobre eles. O gestor da transversalidade necessita operar com instrumentos de gestão estratégicos, com domínio dos instrumentos de análise e desenho, de gestão relacional, gestão política e avaliação (COSTA E BRONZO, 2012: 63).

Isso não significa dizer que uma gestão que tenha como objetivo se desenvolver de forma horizontalizada, deva assumir um caráter messiânico. A ideia é justamente que ação intersetorial seja capaz de equilibrar diferenças e relações de poder, para que assim possa ser direcionada uma comunicação capaz de superar desafios e assim promover um trabalho intersetorializado.

Assim, reitera-se que somente a ação individual do gestor não é suficiente para a materialização de uma gestão transversalizada, tendo em vista que para que ela se concretize é necessária a criação de processos de trabalho com legitimidade política, gerencial e normativa que venham a se organizar através de mesas de negociação, grupos de trabalho e outras ferramentas que potencializem a viabilidade da intersetorialidade.

Dessa forma, reconhecer esses desafios é entender que existem contextos nos quais é difícil de ser implementada a intersetorialidade já que a forte setorização e a partilha de recursos podem levar a conflitos e disputas. Sobre isso, concorda-se com Costa e Bronzo (2012) quando asseveram que:

A lógica da setorialidade se expressa não só na cultura organizacional, estruturada em secretarias e programas especializados, como também nos mecanismos de destinação dos recursos e nos sistemas de informação. A inexistência de sistemas de informação compartilhados constitui um outro importante obstáculo para o desenvolvimento da gestão intersetorial. A maioria dos repasses, principalmente nas áreas de saúde, educação e assistência social, é destinada a fortalecer ações setorializadas. Conseguir essa articulação, inclusive do ponto de vista financeiro, não é algo simples e demanda um longo prazo para sua efetivação, além de forte adesão política e esforço de construção de estruturas e práticas institucionais adequadas para a gestão coordenada e intersetorial de políticas (COSTA E BRONZO, 2012: 64).

Ainda sobre esse aspecto, Lobato e Senna (2015) afirmam que a descentralização de responsabilidades entre os entes federados não acompanhou as esferas tributárias e fiscais. Tal fator compromete consequentemente a autonomia, a cooperação e a intersetorialidade, tendo em vista que é o governo federal aquele que concentra a maior parte dos recursos públicos e poder de decisão sobre as demais estruturas federativas.

Nesse campo, é fundamental considerar que a gestão intersetorial não visa a substituição da gestão setorial. Ela é vista como uma estratégia de organização que pode ser pensada no âmbito das políticas públicas em três níveis, de acordo com as definições de Costa e Bronzo (2012):

1. A política pública é desenhada, executada, monitorada e avaliada de forma intersetorial;
2. Apesar de ser formulada de forma intersetorial, essa política acaba sendo executada de forma setorial, tendo em vista que cada setor assume uma demanda específica;
3. O planejamento estratégico é geralmente realizado em conjunto de modo que seja garantida a consistência dos objetivos das políticas públicas.

Para que essas ações possam de fato construir a transversalidade estruturada no âmbito do ciclo das políticas públicas, a participação, a execução de instrumentos normativos (convênios ou contratos de colaboração) e a articulação precisam ser delimitados permanentemente.

No âmbito da epidemia do Zika Vírus, objeto que conduz a discussão em torno das questões apontadas acima, visualiza-se que a proposição de uma implementação de forma intersetorial foi se colocando sempre como um fio condutor importante diante de todas as propostas (Normas Técnicas, Portarias e estratégias estaduais), desde o nível central até os executores locais.

Para tanto, entende-se que a legitimidade, a gravidade e o desconhecimento de alguns aspectos relacionados ao vírus e a esse problema de saúde pública inseriram a atuação transversal e intersetorial como um imperativo as políticas

públicas, para a atuação entre estados e municípios, bem como para instituições de pesquisa e participação da sociedade civil.

O fato é que a conjuntura na qual a epidemia se manifestou não teve mecanismos favoráveis para uma “implementação intersetorial perfeita”, de acordo com as palavras de Cunill-Grau (2005). Por outro lado, visualizam-se diversas tentativas importantes e que merecem uma investigação aprofundada.

No próximo capítulo serão apresentados os itens que fazem a discussão da complexidade dessa epidemia e da atuação estatal diante dela para que assim seja possível construir a análise em torno da implementação intersertorial das ações voltadas à epidemia do ZIKAV.

4. A EPIDEMIA DE ZIKA VÍRUS NO BRASIL E AS RESPOSTAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O Zika Vírus foi detectado pela primeira vez no Brasil no ano de 2015 e, desde então, vem demandando do Estado, da sociedade e das diversas instituições respostas urgentes no que se refere ao enfrentamento, controle, prevenção, cuidado e assistência às crianças, que apresentaram complicações após o contato com o vírus.

Nesse período, mais especificamente em outubro de 2015, o aumento inesperado de crianças que apresentavam microcefalia²⁹, uma das comorbidades transmitidas pelo vírus durante a gravidez, lançou um alerta ao Estado, aos profissionais que atuam no âmbito das políticas sociais e às instituições de pesquisa, para a compreensão da situação, desenvolvimento de estudos e organização das políticas públicas para o atendimento da epidemia que se expandia pelo país.

Neste capítulo serão abordados os aspectos particulares à epidemia do Zika Vírus; suas especificidades; respostas no âmbito das instituições brasileiras; e desafios que vêm sendo enfrentados, sobretudo pelas famílias.

O cenário nacional em torno desse evento será fundamental para a análise que será construída no capítulo seguinte.

4.1 As Especificidades do Zika Vírus e as Demandas para a Saúde Pública

Antes de chegar ao Brasil e de se tornar emergência em Saúde Pública, o Zika Vírus se concentrava em apenas algumas partes do mundo. No entanto, o ano de 2015 transformou o referido vírus em objeto central de pesquisas nas

²⁹ “A microcefalia é uma malformação congênita caracterizada pelo perímetro cefálico reduzido para a idade gestacional, acompanhada por alterações no sistema nervoso central” (GARCIA, 2018).

diversas áreas do conhecimento, seja em relação aos seus impactos biológicos, seja em relação aos seus impactos sociais.

O Zika Vírus (ZIKAV) é um arbovírus emergente, pertencente à família *Flaviviridae*. Esta também está relacionada ao vírus da dengue, da febre Chikungunya (CHKV), da febre do Nilo Ocidental, da febre amarela, entre outros. O ZIKAV é considerado um arbovírus, pois também é transmitido através da picada do mosquito *Aedes Aegypti*³⁰ (GATHERER E KOHL, 2016)³¹.

A descoberta do vírus em questão aconteceu no ano de 1947, na Floresta Zika, em Uganda, no continente africano. Apesar disso, as ocorrências de infecção em humanos eram relatadas apenas de formas isoladas e os indivíduos infectados não apresentavam sintomas. Gatherer e Kohl (2016) afirmam também que o primeiro caso em humanos só foi registrado no ano de 1954, na Nigéria.

De maneira geral, observa-se na maioria dos estudos que

Antes de chegar ao Brasil, o vírus Zika havia circulado por vários países da África (incluindo Costa do Marfim, Nigéria, Camarões, Uganda, Tanzânia, Egito, República Centro-Africana, Serra Leoa e Gabão), além de partes da Ásia – incluindo, além das Ilhas do Pacífico, Índia, Malásia, Filipinas, Tailândia, Vietnã e Indonésia (Musso, Nilles e Cao-Lormeau, 2014). Todavia, nenhum país havia alertado anteriormente sobre a ocorrência de casos de microcefalia relacionados à circulação do vírus Zika (GARCIA, 2018).

Brito (2016) afirma que como potencial epidêmico, o ZIKAV só foi percebido a partir do ano de 2007, na Micronésia³². E, apenas em 2013, na

³⁰ O *Aedes aegypti* é encontrado, principalmente, no meio urbano, colonizado em depósitos de armazenamento de água e pequenas coleções temporárias. O *Aedes albopictus* é, nos dias de hoje, um vetor de importância secundária na Ásia, mais associado à transmissão em meio rural ou semiurbano. Ambas as espécies pertencem ao subgênero *Stegomyia*, para o qual, recentemente, foi proposto status genérico. Estas autoras decidiram empregar a nomenclatura mais usada, tradicionalmente. Outros mosquitos desse gênero também podem transmitir dengue, embora com pouca importância epidemiológica (BRAGA; VALLE, 2007: 114).

³¹ Mais informações também podem ser encontradas no Catálogo Internacional de Arbovírus, através do link: <https://wwwn.cdc.gov/arbovat/VirusBrowser.aspx>. Acesso em 13 de novembro de 2018.

³² É uma região do Pacífico Ocidental. Segundo dados do IBGE (2018), apresenta uma extensão territorial de 700 km² e uma população estimada em 104.460 habitantes.

Polinésia Francesa³³, foi observada uma mudança no padrão de acometimento com taxas consideráveis – aproximadamente 11% da população.

Cugola (2016) ainda afirma que:

O zika vírus (ZIKAV) é um arbovírus pertencente ao gênero *Flavivirus* (família *Flaviviridae*) e foi descrito pela primeira vez em 1947 em Uganda, após análises sanguíneas de macacos Rhesus sentinelas. Até o século XX, as linhagens africanas e asiáticas do vírus não causavam infecções significativas em humanos. No entanto, em 2007, vetorizado por mosquitos *Aedes aegypti*, o ZIKV causou a primeira epidemia digna de nota na Ilha Yap, na Micronésia. Os pacientes apresentaram febre, erupção cutânea, artralgia e conjuntivite (CUGOLA *et al*, 2016: s/p).

Dos arbovírus já exemplificados, o mais recente para o Brasil e para os demais países americanos, é justamente o Zika Vírus. O ZIKAV se espalhou rapidamente pelo sul do Continente Americano e pelo Caribe. Por essa razão e até mesmo pela forma epidêmica com a qual se expandiu é possível observar que houve desafios que se direcionaram ao Estado, às autoridades sanitárias, aos pesquisadores e ao conjunto da sociedade.

Apesar dos muitos estudos que vêm se desenvolvendo nos países nos quais o ZIKAV vem se instalando ao longo dos anos, ainda existem incertezas sobre as formas de transmissão e quais são as medidas eficazes para tratamento e prevenção.

Ainda em relação a isso, torna-se importante ressaltar que os vetores transmissores das outras arboviroses que consolidaram a chamada Tríplice Epidemia no Brasil, com a Dengue, Chikungunya e Zika, são todos mosquitos do gênero *Aedes*. Isso, de certa forma, consolidou alguns esforços estratégicos de controle vetorial por parte do Estado.

Apesar disso, não se quer dizer que os desafios não tenham existido e não persistam. Pelo contrário, o enfrentamento a uma doença que até então era “desconhecida”, do ponto de vista das suas consequências sociais e biológicas,

³³ É uma região localizada no Oceano Pacífico, formada por um conjunto de 118 Ilhas. Segundo dados do ISPF (2018), a população atual (segundo o Censo de 2017) consiste em 275.918 habitantes.

tem consolidado até o presente momento (três anos após as primeiras descobertas) o desenvolvimento de espaços de discussão, de formação, de atualização de profissionais e de questionamentos sobre todos os aspectos relacionados a essas doenças.

De acordo com Santos *et al* (2016) não se pode deixar de reconhecer que, apesar de muitos avanços no campo do conhecimento, que ainda existem muitas lacunas. A base dos avanços se mantém ainda praticamente a mesma: destruição dos focos de ovos e larvas dos mosquitos, ou incorporação do uso de larvicidas e inseticidas.

Essas estratégias funcionaram em momentos em que havia um cenário com pouca densidade urbana. O *Aedes* também já vem evidenciando grande capacidade de sobrevivência em outros ambientes para além dos criadouros “tradicionais”. Cita-se, por exemplo, relatos de larvas viáveis encontradas em esgotos, caixas telefônicas, ocos de árvores, lajes inclinadas etc (SANTOS *et al*, 2016).

Os autores ainda consideram que:

Muitas são as razões que vêm sendo levantadas para explicar as dificuldades de controle do dengue e das outras viroses transmitidas pelo *Aedes*, tais como: as ações não são implementadas de acordo com o número de ciclos anuais (6 ou pelo menos 5) preconizado, não alcançando o universo dos domicílios (seja por problemas operacionais afetos às insuficiências dos serviços de saúde, pelas dificuldades de acesso aos domicílios e comunidades, complexidade das malhas urbanas das cidades modernas, etc); a inadequada infraestrutura de saneamento das cidades favorece o acúmulo de lixo e o armazenamento de água para consumo humano em vasilhas e tanques descobertos; a resistência dos vetores aos inseticidas/larvicidas; pouca participação da população; inadequação das estratégias pedagógicas e de comunicação, resultando em pouca mobilização das populações no sentido de manter o ambiente livre de focos do mosquito; dentre muitas outras (SANTOS *et al*, 2016: 2-3).

Assim sendo, observa-se que é um desafio concreto a eliminação do vetor das arboviroses que se discutem nesse tópico, considerando a complexidade demográfica e territorial do Brasil. É imperativo para o avanço das estratégias o investimento em pesquisas científicas e em políticas públicas. E é imprescindível o investimento nas condições de habitação, de saneamento, de educação, de acesso à informação e de todas as áreas que compõem a vida em sociedade.

Ainda, torna-se necessário afirmar que todas as estratégias de prevenção e cuidado não podem se transformar em práticas de “culpabilização” dos sujeitos, já que a complexidade de investimento social no país não pode se resumir apenas ao cunho pedagógico ou educacional, mas ao conjunto das áreas sociais, além de garantir a devida participação da população em espaços de discussão e construção de políticas públicas.

No que se refere às formas de transmissão, de acordo com o Documento da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), intitulado *Guidelines for surveillance of Zika virus disease and its complications* (Diretrizes para a vigilância da doença causada pelo zika vírus e suas complicações), do ano de 2016, alguns estudos vêm documentando um número limitado de casos que apresentou transmissão vertical (mãe para filho) do vírus. Também, apesar de não documentado neste período, a transmissão através do leite materno pode ser possível, considerando que RNA viral foi encontrado no leite de mulheres que foram infectadas durante o período do parto³⁴.

Até o ano de 2018 (três anos após a incidência da epidemia no país), algumas questões ainda se apresentavam como uma preocupação de diversos pesquisadores. Em congressos e Grupos de Trabalho que vinham se desenvolvendo, muitas ainda eram as dúvidas que pairavam em relação ao ZIKAV³⁵.

Sobre esse conjunto de incertezas, destacam-se dois aspectos importantes: o primeiro diz respeito ao investimento nas pesquisas relacionadas à problemática do Zika Vírus no país. Esse aporte foi garantido em grande medida pelos investimentos internacionais. O Brasil estava na lente do mundo e

³⁴ Torna-se importante ressaltar que muitas pesquisas continuam sendo desenvolvidas e formas de transmissão mais precisas já estão sendo documentadas.

³⁵ Os dados apresentados foram discutidos na Oficina de Trabalho do Pré-Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, intitulada “Epidemia de Zika no Brasil: lições aprendidas e recomendações”, realizada nas dependências da Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), na cidade do Rio de Janeiro, entre os dias 24 e 25 de julho do ano de 2018. A Oficina foi dividida em três grupos de trabalho envolvendo pesquisadores de todo o país que vêm desenvolvendo estudos relacionados à temática do ZIKAV.

precisava responder ao que estava sendo escancarado, de modo a dar respostas a outros países. Além disso, tem havido um aviltamento de financiamento por parte do Estado brasileiro para a realização de estudos científicos, o que potencializou a necessidade de uso de fontes externas. Outras questões importantes dizem respeito à razão da entrada do vírus ou do registro das primeiras notificações na região nordeste do país.

Como forma de contribuir para a identificação da historicidade desse processo vivenciado no país, serão apresentados abaixo alguns questionamentos que eram discutidos até o ano de 2018. Os espaços de reunião dos pesquisadores foram importantes naquele momento porque contribuía com novas descobertas e com a reavaliação das estratégias estatais que vinham sendo utilizadas:

- Quem de fato foi infectado pela Zika no Brasil? Esse questionamento surgiu por parte dos pesquisadores, considerando que no momento em que o ZIKAV se expandia pelo país, outras arboviroses também traziam grandes preocupações. A chikungunya e a sua forma grave de adoecimento, por exemplo, trouxe impactos ao trabalho. Some-se a isso a dengue e as outras diversas doenças que acometiam a população naquele momento.
- Existiam dúvidas em relação ao público exato, inicialmente acometido, e por quais segmentos o vírus se espalhou num território tão extenso como o Brasil. Apesar de os primeiros relatos terem sido identificados no nordeste do país, não há certeza sobre como aconteceu a transmissão do vírus.
- Ainda não se sabia se a imunidade em relação ao vírus é temporária ou permanente.
- Não se sabia qual a proporção sintomática ou não para causar o ZIKAV, tendo em vista que a maioria dos casos se manifestou de forma assintomática.
- Os anticorpos anti-dengue protegem ou agravam a questão do ZIKAV?
- Sabe-se que o vírus não continuou infectando em proporções como àquelas visualizadas entre 2015 e 2016, mas não se sabe exatamente o porquê (é importante ressaltar que essa é ainda uma das grandes dúvidas nos debates que vêm sendo travados).
- Caso volte a se espalhar, quem pode ser o grupo/ segmento vulnerável?

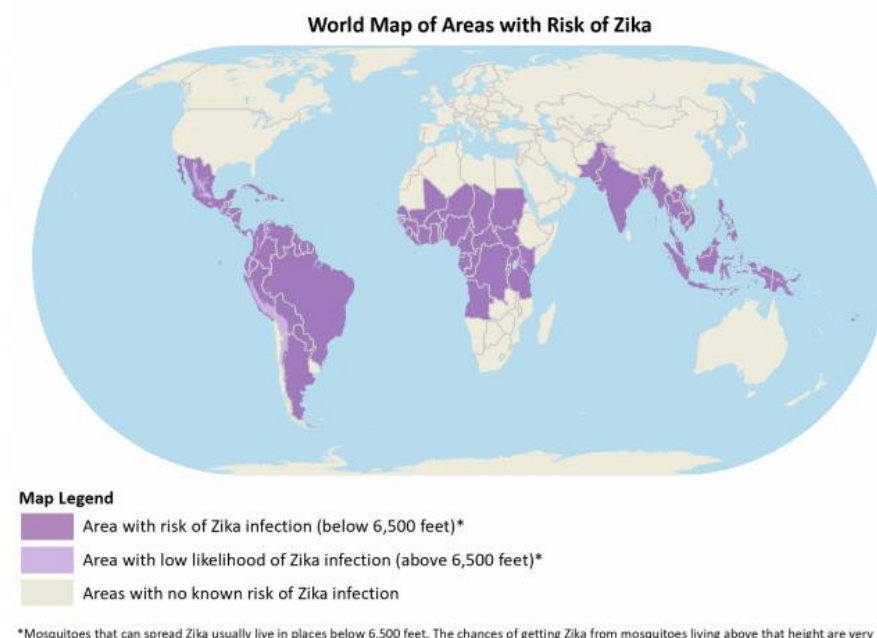
- Pesquisas ainda vêm sendo realizadas para compreender se pode haver infecção direta com outros flavivírus e a consequente Síndrome Congênita do Zika.
- Qual a incidência do vírus para a SCZ, considerando que algumas gestantes que tiveram ZIKAV geraram bebês com comorbidades e outras não?
- Ainda não se sabia qual a capacidade de transmissão do ZIKAV.
- Não se sabia qual o número de abortos espontâneos que houve no momento da epidemia.
- Não se sabia a real incidência da transmissão por fluidos.
- A taxa de transmissão vertical do Vírus Zika é desconhecida.
- Ainda não se sabia a duração da imunidade induzida por vacinas candidatas.
- Ainda não se sabia se indivíduos imunizados com vacinas candidatas terão proteção durante toda a vida ou se poderão ter doenças mais graves, se infectados após a queda de níveis de anticorpos neutralizantes.
- Não se sabia a eficácia de transmissão do vírus através do leite materno.
- Não se sabia qual a “infectividade” do vírus na saliva, secreção vaginal, leite materno e outros fluidos.
- Não se sabia o impacto epidemiológico da transmissão não vetorial.
- Não se conhecia o impacto do vírus na infertilidade do homem.

Muitas das questões assinaladas acima ainda permanecem em investigação. As informações foram apresentadas nessa tese como uma forma de compreensão do processo e para demonstrar o quanto a solução dessas dúvidas é importante ao planejamento das políticas e atuação das instituições.

Para Oliveira (2017), a epidemia de ZIKAV no Pacífico, por exemplo, demonstra o quanto a comunidade global está interligada. Isso aponta que até mesmo áreas isoladas podem ser o epicentro de epidemias globais.

Considerando essas questões e as preocupações no âmbito das Instituições Internacionais de Pesquisas, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças³⁶ afirmava ainda em 2018 que o Zika Vírus (apesar de controlado no Brasil e em outras partes do mundo), apresentava áreas de risco, conforme mostrado na Figura abaixo³⁷:

Figura 1 – Mapa de Áreas de Risco para o Zika Vírus, em 2018



Fonte: Center for Disease Control and Prevention (CDC) - Centro de Controle e Prevenção de Doenças (2018).

Mesmo com todas essas questões, muitos avanços podem ser detectados nos últimos anos. Vários pesquisadores brasileiros vêm contribuindo para a descoberta de novos apontamentos e de novas evidências que podem contribuir para a criação de estratégias do Estado em relação à prevenção, assistência e cuidado.

³⁶ Mais informações podem ser obtidas em: <https://www.cdc.gov/>.

³⁷ Ressalta-se que esses dados são apresentados no ano de 2018 e podem sofrer variações/alterações nos anos seguintes.

Segundo o documento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), intitulado “Zika e Microcefalia no Brasil: emergência, evolução e enfrentamento” (2018), algumas hipóteses para a emergência da epidemia no Brasil podem estar relacionadas à realização de megaeventos, como a Copa do Mundo de Futebol. Ou, considerando que não houve países do Pacífico entre as seleções que competiram na Copa do Mundo, a chegada do vírus pode ter ocorrido durante o Campeonato Mundial de Canoagem ocorrido no Rio de Janeiro (Va’a World Sprint Championship). Já que nesse evento foram enviadas equipes de quatro países nos quais o ZIKAV circulava: Polinésia Francesa, Nova Caledônia, Ilhas Cook e Ilha de Páscoa³⁸.

Outra hipótese levantada no documento, a partir dos estudos de Faria *et al* (2016), verifica que a introdução do ZIKAV pode ter acontecido antes, entre maio e dezembro de 2013, período que coincidiu a Copa das Confederações.

Ainda, é possível verificar que essas hipóteses dialogam com estudos filogenéticos que afirmam que a cepa viral que eclodiu no Brasil pertence à linhagem asiática, próxima daquela isolada a partir de amostras coletadas na Polinésia Francesa e que também se disseminaram pelas ilhas do Pacífico (GARCIA, 2018).

O avanço dos estudos por pesquisadores brasileiros também vem apresentando dados consistentes em relação ao ZIKAV e a epidemia que se desenvolveu no país³⁹. Alguns dessas informações já superam inclusive os questionamentos apontados no ano de 2018, conforme citado acima. Dentre estes, pode-se citar que:

- Há associação entre Zika e síndrome congênita.
- Há uma associação direta da microcefalia com o Zika.
- Há um grande número de crianças que não tinham o perímetro cefálico reduzido e agora apresentam agravos para além da microcefalia.

³⁸ Informações disponíveis no documento com base em Musso (2015) e Zanluca *et al.*, (2015).

³⁹ Esses dados também foram discutidos e apresentados por pesquisadores no Pré-Congresso da Abrasco que aconteceu entre os dias 24 e 25 de julho de 2018.

- Os eventos pré-copa impulsionaram a existência da epidemia no país.
- Há um cruzamento sorológico do Zika com outros flavivírus.
- Pesquisas demonstram que dependendo do momento da intervenção é possível reduzir o impacto na reprodução do ZIKAV.
- Não há teste sorológico validado.
- Os indivíduos e os fetos não reagem da mesma forma à infecção pelo vírus. As complicações são diversas.
- Independentemente do tempo de gravidez o feto pode apresentar complicações. Mas somente isso não define o comprometimento da criança. Os casos apresentam variações.
- O Vírus Zika apresenta um tropismo por células neurais.
- Anticorpos neutralizantes representam um “*endpoint*” importante para o desenvolvimento de vacinas.

Desse modo, observa-se que a epidemia de ZIKAV no Brasil trouxe consequências irreparáveis, considerando os impactos sociais às famílias de crianças com microcefalia ou com Síndrome Congênita em Decorrência da Zika (SCZ), bem como para a saúde pública. No entanto, por outro lado, observa-se o intenso comprometimento de pesquisadores brasileiros que, apesar das dificuldades econômicas e políticas que vêm sendo enfrentadas no país, não cessaram em nenhum instante em buscar as respostas que ainda faltam.

4.2 Especificidades do Zika Vírus, Emergência de Saúde Pública e as Respostas do Estado Brasileiro

Os primeiros casos de infecção pelo Zika Vírus no Brasil foram identificados inicialmente no ano de 2015, momento em que havia um aumento não esperado de casos de microcefalia na região Nordeste.

É importante destacar em relação a isso que os primeiros casos foram descritos como doença exantemática⁴⁰, sem causa definida, desde agosto de 2014, também no Nordeste do país. Esse fato apresenta interlocução com hipóteses já citadas sobre o momento em que o vírus pode ter chegado ao país, ou seja, uma possível ligação com os eventos esportivos ou outros megaeventos.

O fato de a maioria das infecções pelo ZIKAV ser assintomática e considerando que no momento em que o vírus se expandia pelo país, outras arboviroses como a Chikungunya já traziam grandes preocupações, fez com que o vírus Zika circulasse por um período considerável sem ser detectado.

Além disso, a Tríplice Epidemia encontrava ambiente favorável à sua expansão, considerando a presença do Aedes em todo país e considerando todas as complexidades relacionadas à extensão territorial, à falta de saneamento adequado e o aviltamento no investimento em políticas sociais:

Brasil é constituído por uma grande extensão terrestre (pouco mais de 8.500.000 km²), situado em uma área predominantemente tropical, com extensas florestas na Região Amazônica, além de florestas no leste, sudeste e litoral sul. Apresenta também uma grande região de pântano (Pantanal) no centro-oeste, uma região de savana (Cerrado), na área do planalto central, e uma região seca (Caatinga) no interior nordestino. A maior parte do País tem um clima tropical, sendo um local adequado para a existência do vetor e, portanto, para a ocorrência de arboviroses (LOPES *et al*, 2014: 55-56).

Ainda, segundo documento da Comissão de Epidemiologia da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), do ano de 2016:

A transmissão do vírus Zika no Brasil traz muitas preocupações: o contexto social e ecológico nas Américas, particularmente no Brasil, favorece a propagação de arbovirus e a ocorrência de casos graves associados à cocirculação viral; a estratégia atual para combater o vetor na maioria das áreas tem se mostrado ineficaz; as condições climáticas e ambientais são adequadas para a atividade e reprodução do vector; cidades lotadas com intenso fluxo de viajantes torna o Brasil não só vulnerável a grandes surtos, mas também um ponto de dispersão dos casos para o resto do mundo (ABRASCO, 2016: 226).

⁴⁰ As doenças exantemáticas apresentam erupções cutâneas, tais como: rubéola, sarampo, dengue, febre maculosa brasileira, febre do zika vírus, febre de chikungunya e dengue. Todas elas são de notificação compulsória e devem ser notificadas às Secretarias Municipais de Saúde de todo país (SANTA CATARINA, s/a).

Apesar dessas questões, o Sistema Único de Saúde (SUS) integrado a um Sistema de Vigilância Epidemiológica, e de todos os outros sistemas que compõem as notificações no país, foi fundamental para a identificação, detecção e organização do Estado e instituições para enfrentar a disseminação do vírus.

O Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP) é o instrumento de coleta de dados da Vigilância da Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV) no Brasil.

Destaca-se também que os Sistemas de Informações em Saúde são essenciais para a gestão do SUS em todas as esferas de governo e, sobretudo, para o direcionamento do controle, prevenção, atenção e avaliação das ações que são realizadas nos territórios.

Dessa maneira, em outubro de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco notificou os casos de microcefalia naquele estado e solicitou o apoio do Ministério da Saúde (MS) para complementar as investigações recebidas de diversas unidades naquele território. Como se tratava de um número elevado e um evento raro, o MS apoiou aquele estado e os demais da região Nordeste que vinham apresentando situações semelhantes. Em 23 de outubro de 2015, a OMS também foi notificada, conforme as orientações do fluxo do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (BRASIL, 2015a).

Nesse período (outubro/2015), imediatamente após a detecção do aumento do número de casos de microcefalia, o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs) foi acionado. Após avaliação da situação, bem como após a detecção das alterações no padrão epidemiológico da doença⁴¹, foi constatado que a situação exigia uma resposta coordenada entre os entes Federativos, sistemas de vigilância e de atenção à saúde (GARCIA, 2018).

⁴¹ É importante ressaltar que a microcefalia decorrente da infecção pelo Zika Vírus apresenta diversas características diferentes de outros pacientes microcefálicos. Já vem sendo constatado diversas alterações craniais e crônicas que não são observadas em outras crianças como, por exemplo, Bexiga Neurogênica; alterações visuais; outros atrasos relacionados à fala e ao desenvolvimento, entre outras questões.

E, dessa maneira, em 11 de novembro de 2015, considerando a complexidade das ocorrências e considerando o fluxo do RSI, o Ministério da Saúde decretou a microcefalia como uma situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN):

Esse mecanismo está previsto para casos de emergência em saúde pública que demandem medidas urgentes de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública (Decreto no 7.616/2011). Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde colocou em funcionamento o Centro de Operações de Emergência em Saúde (Coes) como mecanismo de gestão nacional coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional e comunicou a ocorrência do surto à OMS por meio da Opas, por tratar-se de evento que configurava potencial ESPII, conforme protocolo do Regulamento Sanitário Internacional – RSI (GARCIA, 2018).

Ao ser declarado como Emergência em Saúde Pública, o MS lançou um alerta para que todos os serviços de saúde tratassem a microcefalia como prioridade. Nesse momento, as investigações estavam sendo desenvolvidas pelo Governo Federal, pelos governos estaduais, municipais e por várias instituições de pesquisa do Brasil, com destaque para a Fiocruz, que neste momento já direcionava várias pesquisas.

No ano de 2015 foram notificados no Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP) 954 casos confirmados de Síndrome Congênita do Zika Vírus no Brasil, sendo o estado de Pernambuco o maior em número de casos (267), seguido de Bahia (198) e Paraíba (97), todos estados da região nordeste do país. Nesse ano, apenas os estados do Amazonas, Rondônia, Roraima e Santa Catarina não apresentavam casos confirmados.

Em fevereiro de 2016, a OMS declarou a relação do ZIKAV com a microcefalia como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Para tanto, a Organização afirmava que seria necessária uma integração e participação de instituições brasileiras e internacionais no entendimento do caso, das suas formas de prevenção e de enfrentamento.

Como Emergência em de Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (ESPIN ou ESPII), entendia-se que a relação do Zika Vírus com a microcefalia e, posteriormente, com a Síndrome Congênita decorrente da Zika

(SCZ)⁴², estava associada a fatores biológicos e a agentes de doenças emergentes e reemergentes.

De acordo com Luna (2002), um grande número de fatores estaria associado para a determinação da emergência e reemergência de doenças infecciosas. Para ele, esses fatores podem estar agrupados em sete grandes grupos:

- Fatores demográficos;
- Fatores sociais e políticos;
- Fatores econômicos;
- Fatores ambientais;
- Fatores relacionados ao desempenho do setor saúde;
- Fatores relacionados às mudanças e adaptação dos microrganismos;
- Manipulação de microrganismos com vistas ao desenvolvimento de armas biológicas.

Em relação a isso, é importante ressaltar que no período no qual a epidemia se expandia, havia uma grave crise política sendo vivenciada no país, associada a fatores econômicos, além do insuficiente investimento em políticas sociais que vinha se encaminhando desde a década de 1990⁴³, decorrente da era neoliberal que já se manifestava em várias partes do mundo. Isso tudo, claro, associado a fatores ambientais e à diversidade socioterritorial do país, como já citado⁴⁴.

Desse modo, a declaração da ESPIN ocorreu justamente no período da maior crise política já vivenciada pelo país desde o Golpe Militar de 1964. O país

⁴² Mais a frente serão elucidadas as mudanças de protocolo adotadas pelo Ministério da Saúde e instituições de pesquisa na compreensão da SCZ, nesse processo.

⁴³ No campo da proteção social, houve avanços importantes durante os Governos Petistas. Concordando com Behring (2018), “a economia política singular da era Lula e que teve continuidade em linhas gerais com Dilma – porém, em um ambiente externo e interno desfavorável, o que teve implicações políticas e econômicas profundas - engendrou impactos materiais intensos sobre a vida dos que viviam em pobreza extrema ou absoluta, mesmo que não pela expansão dos direitos universais, o que implicaria em efetivas reformas” (p. 7).

⁴⁴ O contexto político que marca a emergência da epidemia no Brasil foi marcado pelo Golpe de Estado contra a então presidenta eleita Dilma Rousseff; pelo corte de gastos nas áreas sociais e nos Programas de Transferência de Renda; pela criação da Emenda Constitucional 95 que congela os gastos em áreas sociais por 20 anos, no ano de 2016; pela aprovação da Reforma Trabalhista; pela expansão do ideário da Reforma Previdenciária, entre outras questões.

enfrentou na transição dos anos de 2015 e 2016 - momento complexo e de grandes incertezas no que se refere ao contexto da epidemia de SCZ - a possibilidade do impeachment da presidenta da República, Dilma Vana Rousseff. Nesse período, o golpe que se firmava mostrava a negociata entre partidos políticos para a ampliação da base de apoio, promovendo mudanças em diversos ministérios, dentre os quais se inseria o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Ainda que a conjuntura se mostrasse difícil, identifica-se uma importante participação da presidenta Dilma, na condução das respostas à situação de emergência. Assim que o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs) acendeu o alerta ao Ministério da Saúde, a chefe do executivo federal convocou a equipe do Ministério da Saúde para dar apoio ao estado de Pernambuco, buscando identificar a gravidade do problema e as possíveis estratégias de coordenação.

Apesar disso, torna-se fundamental destacar que as particularidades e dificuldades vivenciadas nesse período estão além da crise política, mas representam um somatório de vulnerabilidades históricas vivenciadas pelo país, conforme já apontado no capítulo anterior.

Segundo dados do relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), intitulado “Progress on Sanitation and Drink-Water”, há 100 milhões de brasileiros sem acesso à coleta de esgoto e 35 milhões não abastecidos com água potável. Números estes que refletem a falta de investimento em setores essenciais para a prevenção de doenças e a proliferação de epidemias como as da dengue, da Zika e da chikungunya.

Ainda em relação a isso, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) revelam que a pobreza vem aumentando desde o ano de 2016. Os indicadores sociais revelam que, no ano de 2017, 12,5% da população de 0 a 14 anos vivia em situação de extrema pobreza e 43,4% vivia em situação de pobreza⁴⁵. Isso tudo num país onde os 10% mais ricos ganham cerca de 17,6 vezes mais do que os 40% mais pobres.

⁴⁵ Os dados do IBGE são calculados de acordo com as diretrizes do Banco Mundial para acompanhar os índices de pobreza. Assim, a situação de extrema pobreza é aquela em que se

Ainda, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, observou-se que o número total de óbitos infantis diminuiu entre os anos de 2015 e 2016. No ano de 2015, o sistema registrou 37.501 óbitos e 36.350 em 2016, diminuição verificada nas cinco regiões do país (BRASIL, 2018).

Apesar disso, verifica-se que os Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI) ⁴⁶ apresentaram um aumento em todas as regiões, com exceção da região Sul. Esse aumento nos CMIs entre os anos de 2015 e 2016 foi de 2,4%. As regiões com os maiores percentuais de aumento foram a Nordeste e a Centro-Oeste (3,4% e 3,6%, respectivamente) ⁴⁷.

Esse aumento no CMI pode estar relacionado à emergência da epidemia do Zika Vírus e à exposição a fatores externos associados à expansão das dificuldades apresentadas nas condições de vida da população (renda, saneamento básico, desemprego, desigualdades regionais etc) e a falta de investimento em políticas sociais (ABRASCO, 2018).

As consequências da extrema desigualdade social vivenciada no país ocorrem em grande medida no nordeste, região que historicamente apresenta baixos índices de desenvolvimento humano e que concentra grande parcela de pobreza e vulnerabilidade social.

A pobreza é entendida como um fenômeno multidimensional (Sen, 2000; 2001). As causas que a aprofundam e os seus níveis de complexidade, estão diretamente imbricados ao modo de produção do sistema capitalista⁴⁸. É um

dispõe de menos de US\$ 1,90 por dia, o que equivale a aproximadamente R\$ 140 por mês. E a linha de pobreza é de rendimento inferior a US\$ 5,5 por dia, o que corresponde a cerca de R\$ 406 por mês.

⁴⁶ O CMI é calculado com base no número de óbitos de crianças com um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.

⁴⁷ Segundo dados da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco 2018) esse aumento dos coeficientes de mortalidade é explicado pela importante retração no número de nascidos vivos nesse período: 3.017.668 em 2015 e 2.857.800 em 2016. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=Abrasco-alerta-para-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-Brasil&qt-conteudosrelacionados=1>. Acesso em 10 de fevereiro de 2019.

⁴⁸ A pobreza não é um fenômeno exclusivo da sociedade capitalista. Apesar disso é nesse sistema que se complexificam as relações de produção e de reprodução. Em sociedades anteriores esse fenômeno se relacionava a outros níveis de escassez. O capitalismo produz compulsoriamente a questão social e a pobreza, como uma das diversas particularidades e antagonismos.

fenômeno que não se resume apenas à insuficiência do acesso a bens materiais, mas também da falta de acesso a políticas e programas sociais; à educação; saúde; saneamento básico; habitação, entre outros aspectos.

Segundo dados do IBGE (2018), quase metade dos brasileiros abaixo da linha da pobreza no ano de 2018 (47%) estavam concentrados justamente na região nordeste, sendo o estado do Maranhão aquele que apresentou o maior percentual de pessoas vivendo nessa condição. As regiões norte e nordeste foram aquelas que apresentaram indicadores de pobreza acima da média nacional.

A falta de acesso à água potável e saneamento básico também se colocou como um dos catalisadores no âmbito dessa epidemia, tendo em vista que os focos de *Aedes Aegypti* podem estar concentrados nos reservatórios improvisados para períodos de secas ou para acúmulo no caso da falta de acesso à água.

O início dessa epidemia e a grande concentração de casos nessa região refletiram as características históricas e as particularidades vivenciadas por essa população.

Esse avanço e a concentração da maioria dos casos no Nordeste do país foram lançando preocupações dos médicos daquela região. No livro intitulado “Zika: do sertão nordestino à Ameaça Global”, a pesquisadora Débora Diniz ressalta a importância dos relatos da sua convivência com mulheres anônimas, médicos e cientistas locais (região Nordeste) a respeito desse processo.

Segundo ela, os clínicos e os “médicos de beira de leito” – muitos deles desconhecidos - foram aqueles que se transformaram em cientistas pela proximidade com a problemática:

O sotaque da autoridade exigia um deslocamento de reconhecimentos: não era Rio de Janeiro ou São Paulo, com os maiores recursos de financiamento, anunciando ao mundo que uma descoberta havia sido feita no Brasil. Eram clínicos e médicos de beira de leito, muitos deles desconhecidos – e não reconhecidos na comunidade acadêmica -, que se transformariam em cientistas pela proximidade com a tragédia. As mães dos bebês com microcefalia eram nordestinas, agricultoras e contadoras de histórias (DINIZ, 2016: 19).

O fato da epidemia se concentrar na região nordeste e, em muitos dos casos, ter lançado um alerta a partir de doenças que acometiam pessoas do interior demonstram a importância da integralidade da atenção em saúde, dos sistemas de vigilância socioassistencial e da necessidade da investigação de eventos desconhecidos.

A preocupação com doenças emergentes e reemergentes, como é o caso do Zika Vírus, já vem se desenhando há anos no âmbito da ciência mundial. Na década de 1990, muito antes da epidemia se disseminar pelo Brasil, construíram-se vários alertas por várias instituições internacionais, entre elas o CDC/Atlanta (Centers for Disease Control and Prevention); a Organização Mundial de Saúde; as Nações Unidas com suas estruturas afiliadas, o Instituto Nacional de Saúde e as Academias de Ciência de vários países; bem como o Instituto Pasteur e seus afiliados no mundo (SCHATZMAYR, 2001).

No documento do CDC/Atlanta (CDC, 1999), publicado em 1992 foram apresentadas as seguintes orientações para todos os países, em momentos de epidemias ou endemias de doenças emergentes e reemergentes:

Objetivo I: Vigilância – Descobrir, investigar rapidamente e acompanhar patógenos emergentes, as doenças que causam e os fatores envolvidos no surgimento do quadro.

Objetivo II: Pesquisa Aplicada – Integrar os laboratórios e a epidemiologia para apoio à saúde pública.

Objetivo III: Prevenção e Controle – Estimular a comunicação e a circulação de informações sobre as doenças emergentes e assegurar a implementação de estratégias de prevenção.

Objetivo IV: Infraestrutura – Fortificar a infraestrutura de saúde pública em níveis local, estadual e federal, para permitir o estabelecimento da Vigilância (Objetivo I) e a implementação dos programas de Prevenção e Controle (Objetivo II) (SCHATZMAYR,2001 apud CDC, 1999).

Documentos como este têm como objetivo orientar as autoridades internacionais em relação à necessidade de investimento e vigilância em todo o mundo, considerando a saúde como elemento fundamental e imprescindível à vida em sociedade.

Como estratégias adotadas em âmbito nacional, considerando a ESPIN, foi lançado em 19 de novembro de 2015 um sistema eletrônico, denominado

Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP), para realizar de forma temporária o monitoramento, investigação, evolução e encerramento dos casos de mulheres gestantes com doenças infecciosas⁴⁹.

Ainda em 2015, o Ministério da Saúde lançou também o Grupo Estratégico Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII). O Grupo Estratégico, composto por 19 órgãos e entidades, veio ao longo desse processo direcionando também organizações no âmbito dos estados, no sentido de se buscar uma atuação intersetorial e coordenada entre os setores.

Entre as respostas direcionadas pelo GEI-ESPII, observa-se a elaboração do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, lançado em 5 de dezembro de 2015, pela presidenta Dilma Rousseff, na cidade de Recife/PE. As estratégias do Plano se organizavam em três eixos, sendo eles:

- Mobilização e combate ao mosquito;
- Atendimento às pessoas;
- Desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa.

De acordo com as estratégias buscadas naquele momento, o combate ao mosquito era fundamental para o controle da epidemia. E para a execução desse eixo foram instaladas salas de situação em âmbito Nacional e estadual. As salas estaduais deveriam contar com a presença de representantes do Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Educação, Segurança Pública (Polícia Militar e Bombeiros), Assistência Social, Defesa Civil e Forças Armadas (BRASIL, 2015a).

A orientação à população no que se refere ao combate ao vetor se deu a partir da realização de mobilizações por agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias.

⁴⁹ Torna-se importante ressaltar em relação a isso que muitos profissionais que atuam, sobretudo, na Atenção Básica da Saúde vêm apresentando críticas ao sistema e maneira como os dados são conduzidos. Para muitos, os dados não correspondem à realidade, podendo haver sobreposição do número crianças que estão sendo atendidas e daquelas que nunca foram sequer notificadas.

No período também foram lançadas campanhas de combate ao mosquito que chamavam atenção da população para a limpeza e eliminação dos focos do mosquito da dengue. Cita-se, por exemplo, a campanha que tinha como slogan “Sábado da faxina. Não dê folga para o mosquito da dengue” (BRASIL, 2015a).

Em relação às ações mais imediatistas, incorporadas a esse eixo, identifica-se que apenas o combate ao vetor não vem sendo capaz de solucionar as epidemias de arboviroses vivenciadas no país.

Reitera-se que desde 1985 o Brasil vem apresentando epidemias reemergentes de dengue com foco no enfrentamento vetorial. Assim, considerando a ineficiência desse processo, entende-se que há expressiva necessidade de investimento em políticas sociais de saneamento, enfrentamento à pobreza, investimento em educação e saúde pública, de modo que haja uma coordenação intersetorial entre Estado e instituições.

Não é possível continuar enfrentando um problema real e reemergente por vias exclusivas de campanhas e de culpabilização individual. Assim como afirma Maricato (2016), o Saneamento Básico deveria ser prioridade, já que “não vamos resolver só pedindo para as pessoas tirarem água do pratinho”:

A falta de drenagem de águas fluviais 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).

Assim, vemos nas áreas em que há maior “culpabilização dos sujeitos”, quatro problemas seríssimos relacionados ao saneamento: água, esgoto, drenagem de águas fluviais e ausência de coleta de resíduos sólidos. Os córregos, por exemplo, formam barreiras e se tornam espaços de descarte de lixo, condição perfeita para a reprodução do mosquito (MARICATO, 2016).

No que se refere a isso, também, Costa (2016) assevera que além do discurso de guerra, a população é responsabilizada por proliferar os criadouros dos mosquitos em suas casas. E essa afirmação é um problema quando se

entende que a “culpa” de toda a questão sanitária é apenas interno as residências e não algo produzido socialmente.

Assim, o autor ainda afirma que no contexto em que a epidemia eclode, era possível verificar as condições de pobreza/extrema pobreza; habitações insalubres; urbanização precária; e saneamento inadequado, imbricado à iniquidade urbana e à infraestrutura precária em áreas de vulnerabilidade (COSTA, 2016).

Ainda em relação a isso, é possível verificar que o vírus passou a demonstrar transmissão contínua por grande parte do país, em menos de um ano após a sua introdução (ainda que se considere a distribuição desigual, expandindo-se com o maior número de casos entre as regiões Nordeste e Sudeste). Esse avanço rápido é consequência das dificuldades no enfrentamento ao vetor, às deficiências nas ações voltadas ao planejamento familiar e a falhas na atenção materno-infantil. Some-se a isso, que essas adversidades se articulam à imensa desigualdade social que contribuiu para que o Zika Vírus direcionasse a sua consequência mais devastadora, a microcefalia a famílias pobres e residentes em regiões menos desenvolvidas (GARCIA, 2018).

Nesse sentido, compreende-se que o enfrentamento às epidemias não pode se resumir apenas ao enfrentamento ao vetor, considerando outras experiências já vivenciadas pelo país há pelo menos 33 anos (refere-se aqui as epidemias de dengue que persistem no Brasil desde a década de 1980).

Considerando ainda as ações do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, observa-se que, apesar da centralidade vetorial, os outros dois eixos tiveram como objetivo integrar, criar protocolos de atendimento e incentivo à realização de pesquisas.

O Eixo II - Atendimento às Pessoas -, por exemplo, tinha como objetivo o fomento à garantia de cuidados adequados às gestantes e aos bebês. A partir dessa estratégia foram elaborados Protocolos em âmbito Nacional e estadual para garantir a integração de setores direcionados à assistência (BRASIL, 2015a).

E em relação ao Eixo III - Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa -, o Governo Federal tinha como objetivo incentivar a realização de pesquisas para o desenvolvimento de tecnologias voltadas ao diagnóstico do vírus e suas áreas correlatas. Além do fomento a pesquisas direcionadas ao controle do mosquito *Aedes Aegypti*, à microcefalia, a outras malformações congênitas e às síndromes neurológicas (BRASIL, 2015a).

Em decorrência da elaboração desse plano, observa-se uma articulação entre o Ministério da Saúde e ao então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome na definição da *Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia (EAR)*.

O objetivo central da EAR visava orientar o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) a construírem medidas, em conjunto, para localizar, diagnosticar e direcionar os cuidados necessários à saúde e à proteção social das crianças acometidas pela epidemia. A proposta era de que essa implementação conjunta acontecesse a nível estadual.

Um aspecto a ser considerado é que a intersetorialidade⁵⁰ aparece como uma diretriz defendida, considerando a necessidade de atuação conjunta para o enfrentamento das expressões da questão social que se articulavam ao problema. No entanto, é possível asseverar que esse é um grande desafio quando se observa a estrutura organizacional e burocrática do Estado brasileiro, intermediada pela setorialização e pela focalização das políticas sociais; pelas formas de transferências de recursos; pelas atuais formas flexibilizadas de contratação dos diversos profissionais que atuam nas políticas sociais e pela aviltada tradição de cooperação no âmbito das instituições.

Apesar das recomendações estratégicas em âmbito nacional, da preocupação sobre as causalidades do vírus, da sua rápida expansão e, sobretudo, dos aspectos que ainda não haviam sido descobertos, a OMS declarou, em fevereiro de 2016, a organização de um Comitê Gestor

⁵⁰ Como já se viu no capítulo anterior, a intersetorialidade é vista como uma estratégia que busca a superação da fragmentação das políticas públicas, inclusive contribuindo para a atuação em problemas complexos, como foi o caso da epidemia do Zika Vírus.

Internacional (composto por 18 especialistas). O referido comitê passou a direcionar reforços de recomendações que estivessem de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

No mesmo mês, a Secretaria de Vigilância em Saúde/MS (SVS/MS) publicou a Portaria n. 204/2016, que atualizou a Lista de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados. A doença aguda causada pelo Zika, a detecção de Zika em gestante e óbito com suspeita do mesmo vírus foram classificados como eventos de notificação imediata.

De forma cronológica, é possível identificar essas e outras informações a partir do quadro elaborado por Garcia (2018), no qual são identificadas as principais as ações, direcionadas em âmbito nacional nos dois primeiros anos (2015 e 2016):

Quadro X- Ações tomadas pelas autoridades sanitárias brasileiras para o enfrentamento da epidemia de microcefalia (2015-2016)

ANOS	MESES	AÇÕES	
	Novembro	Declaração da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil e estabelecimento do Centro de Operações de Emergência em Saúde (Coes), como mecanismo de gestão nacional coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional (Portaria GM/MS no 1.813, de 11 de novembro de 2015).	
		Comunicação do evento à Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), por tratar-se de potencial Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), conforme protocolo do Regulamento Sanitário Internacional (RSI).	
		Publicação da nota informativa sobre procedimentos preliminares a serem adotados para a vigilância dos casos de microcefalia no Brasil, que estabeleceu as definições para notificação de casos de recém-nascidos com microcefalia	
		Criação do Registro de Eventos de Saúde Pública (Resp). Os casos de microcefalia passaram a ser notificados neste sistema específico, criado pelo Ministério da Saúde, além do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)	
			Lançamento do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, elaborado pelo Grupo Estratégico Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII), que envolve dezenove órgãos e entidades.
			Publicação do Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC).

2015	Dezembro	Publicação do Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia.
		Lançamento da campanha nacional de combate ao <i>A. aegypti</i> , chamando a atenção para a importância da limpeza a fim de eliminar os focos do mosquito, com o slogan Sábado da faxina. Não dê folga para o mosquito da dengue.
		Alteração das atribuições dos membros das equipes de atenção básica, para reforçar as ações voltadas ao controle e à redução dos riscos em saúde, com foco no controle de vetores (Portaria GM/MS no 2.121, de 18 de dezembro de 2015).
		Instituição da Sala Nacional de Coordenação e Controle (SNCC), para o enfrentamento da dengue, do vírus Chikungunya e do vírus Zika (Decreto Presidencial no 8.612, de 21 de dezembro de 2015).
2016	Fevereiro	Publicação do Decreto da Presidência da República que dispõe sobre a adoção de medidas rotineiras de prevenção e eliminação de focos do mosquito <i>Aedes aegypti</i> , no âmbito dos órgãos e das entidades do Poder Executivo federal, e cria o Comitê de Articulação e Monitoramento das ações de mobilização para a prevenção e eliminação de focos do <i>A. aegypti</i> (Decreto no 8.662, de 1º de fevereiro de 2016).
		Notificação de casos da doença pelo vírus Zika e de óbitos pela doença passou a ser obrigatória (Portaria GM/MS no 204, de 17 de fevereiro de 2016: define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências).
	Março	Publicação da versão atualizada do Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC).
		Instituição, no âmbito do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (Suas), da Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia (Portaria Interministerial MS/MDS no 405, de 15 de março de 2016).
		Instituição da Rede Nacional de Especialistas em Zika e doenças correlatas (Renezika) (Portaria GM/MS no 1.046, de 20 de maio de 2016).
	Junho	Prorrogação dos prazos estabelecidos na Portaria Interministerial MS/MDS no 405, de 15 de março de 2016, que institui, no âmbito do SUS e do Suas a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia (Portaria Interministerial MS/MDS no 1.115, de 3 de junho de 2016).
Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulamenta a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo vírus Zika (Resolução Normativa – RN no 407, de 3 de junho de 2016: altera a RN no 387, de 28 de outubro de 2015, que dispõe sobre o rol de procedimentos e eventos em saúde no âmbito da saúde suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo vírus Zika).		

Fonte: GARCIA (2018).

Ainda em 2016, o Governo Federal lançou a Medida Provisória 716/2016, liberando R\$ 420 milhões para ações de combate à microcefalia e ao *Aedes Aegypti*. Mais uma vez, uma das importantes intervenções delineadas tinha como foco o vetor. E, com isso, Forças Armadas e Defesa Civil estiveram mobilizadas no apoio de transporte e distribuição de inseticidas.

Apesar dessa atenção vetorial, era evidente que a situação demandava do Ministério da Saúde uma articulação direta com outros órgãos, ministérios e instituições de ensino. Para tanto, foi criada a Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (Renezika). A mesma, formalizada a partir da Portaria n.1.046, de 20 de maio de 2016, e tinha como objetivos:

I - subsidiar o Ministério da Saúde com informações de pesquisas relacionadas ao vírus Zika e doenças correlatas no âmbito da vigilância, prevenção, controle, mobilização social, atenção à saúde e ao desenvolvimento científico e tecnológico; II - contribuir na formulação e aperfeiçoamento de protocolos e outros documentos técnicos do Ministério da Saúde relativos ao tema; III - fortalecer a capacidade de produção de análises epidemiológicas e desenvolvimento de projetos de pesquisa prioritários sobre o assunto para o Sistema Único de Saúde (SUS); IV - buscar fontes potenciais de financiamento para pesquisas relacionadas ao tema, otimizando a seleção e execução de parcerias; V - promover a participação em eventos de pesquisa, desenvolvimento e inovação tecnológica; VI - apoiar e organizar eventos com especialistas nesta área de atuação; e VII - fomentar o desenvolvimento de estudos multicêntricos sobre o vírus Zika e doenças correlatas (BRASIL, 2016c).

No conjunto das estratégias já lançadas, alguns eventos importantes também marcaram a atuação do Estado brasileiro no enfrentamento à epidemia no ano de 2017. A declaração de fim da situação de emergência, publicada através da Portaria 1.682 de 30 de julho de 2017, de acordo com o Parecer Técnico nº 001/2017, de 23 de maio de 2017, declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)⁵¹.

⁵¹ Outras ações também marcaram o período, como por exemplo: anúncio do Ministério da Saúde na destinação de R\$ 135,2 milhões para abertura de novos serviços de assistência às crianças com microcefalia e realização de estudos relacionados à dengue, Zika e Chikungunya; e publicação do documento "Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no Âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional" (descreve os procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento das crianças) (GARCIA, 2018).

Essa declaração e a consequente revogação da Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015, gerou preocupação a vários pesquisadores, famílias e profissionais que atuaram com a problemática durante os 18 meses que marcaram a ESPIN.

Pesquisadores como o Professor Carlos Brito da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e a Professora Débora Diniz da Universidade de Brasília (UNB), que acompanharam de perto a trajetória desse problema, relataram preocupação com o fim da emergência e suas consequências, a médio e longo prazo. Segundo eles⁵²:

- *“As chances de disseminação do vírus para outros países não existem mais porque ele já se disseminou, porém há um risco real e provável de novas epidemias de Zika nos próximos anos” (Fala do Professor Carlos Brito em entrevista ao Jornal Folha de São Paulo no dia 12 de maio de 2017).*
- *O fim da emergência as abandonará (referindo-se às mães) ainda mais. Serão esquecidas como vítimas de uma fatalidade que passou. Não passou. O mosquito ainda está lá. E as mulheres estão à espera das políticas prometidas (Fala da Professora Débora Diniz em entrevista ao Jornal Folha de São Paulo no dia 12 de maio de 2017).*

A preocupação dos pesquisadores com o fim da emergência refletia também os desafios enfrentados pela ciência brasileira. Um anúncio como este poderia significar a retração de mais recursos ou investimentos nas atividades de pesquisa. É necessário lembrar que o desenrolar da epidemia e a declaração do fim da sua emergência coincidiram também com as graves crises política e econômica vivenciadas pelo Brasil, conforme já citado acima.

Entre 2016 e 2017, já no governo Temer, houve mudanças consideráveis nas equipes técnicas de ministérios importantes, como o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, ambos envolvidos no processo e na criação de estratégias que até então vinham sendo adotadas.

⁵² Jornal Folha de São Paulo (homepage da internet). Fim da situação de emergência para Zika preocupa estudiosos da área. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/05/1883239-fim-de-situacao-de-emergencia-para-zika-preocupa-estudiosos-da-area.shtml>. Acesso em 04 de fevereiro de 2019.

Isso, entre outras coisas, fragilizou as ações de coordenação e cooperação que estavam em curso.

Some-se a essa descontinuidade em âmbito federal, a realização das eleições municipais em 2016 e a consequente posse de novos gestores municipais em janeiro de 2017. Isso mais uma vez suspende os processos e a organização das equipes que estavam mobilizadas.

Apesar disso, é possível verificar uma constante organização e manutenção das discussões relacionadas ao ZIKAV e suas consequências por universidades, institutos de pesquisas, associações de mães e pais que tiveram filhos acometidos pela epidemia, serviços e órgãos governamentais.

Dessa forma, o fim da emergência manteve mobilizada a pauta, o debate pela reorganização de estratégias e pela necessidade de fechamento de casos que se encontravam em aberto, através de uma “nova chamada” àquelas crianças que tiveram situações descartadas, considerando as informações dos protocolos anteriores.

E isso ocorreu porque o avanço nas pesquisas vinha demonstrando que não era mais possível se falar apenas em microcefalia como decorrência do neurotropismo do vírus, mas em Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV). Entre o início da declaração de emergência e novembro de 2018 foram notificados ao Ministério da Saúde 16.735 casos suspeitos de “alterações no desenvolvimento e crescimento possivelmente relacionados à infecção pelo vírus ZIKA e outras etiologias infecciosas”⁵³.

Segundo o Guia de Estimulação para crianças com Síndrome do Vírus Zika (2017), existem diversas alterações que podem ser verificadas no desenvolvimento heterogêneo dos bebês, como por exemplo:

- Hipertonia: tensão muscular maior do que o normal, ou exagerada, no músculo em repouso.

⁵³ Brasil (Ministério da Saúde). Boletim Epidemiológico vol 49, 46, 2018.

- Persistência ou exagero dos reflexos arcaicos ou primitivos: nas crianças com SCZV esses reflexos podem demorar a desaparecer ou persistir por mais tempo.
- Microcefalia: alteração no perímetro cefálico como uma malformação.
- Epilepsia e espasmos constantes.
- Irritabilidade e Hiperexcitabilidade: a criança com a síndrome tem dificuldades para relaxar, dormir e entrar em contato com o ambiente.
- Alterações visuais: lesões no nervo ótico e na retina que comprometem a capacidade visual.
- Alterações Auditivas.
- Dificuldades de Deglutição.
- Atraso de Desenvolvimento.

Como cada criança apresenta particularidades e graus de desenvolvimento diferentes, foi possível identificar diversas situações secundárias que podem estar relacionadas à Síndrome Congênita do Zika Vírus e que não haviam sido observadas no início da epidemia, cujos protocolos iniciais limitavam a epidemia exclusivamente à microcefalia.

Considerando essas razões, o Ministério da Saúde lançou a “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”, por meio da Portaria 3.502, de 19 de dezembro de 2017.

A referida estratégia deveria organizar estados e municípios para o acompanhamento das crianças por meio da estimulação precoce, exames e

diagnósticos. Além disso, previa a realização de busca ativa para crianças que haviam sido consideradas “casos descartados” ou que não tinham diagnóstico fechado desde o momento da epidemia.

Para tanto, o repasse federal de verba para a realização dessas ações foi previsto no valor de R\$ 15.329.797,84 (quinze milhões, trezentos e vinte e nove mil setecentos e noventa e sete reais e oitenta e quatro centavos) destinados à qualificação das equipes dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASFs) e a aquisição de Kits de Estimulação Precoce. Além de R\$ 11.825.000,00 (onze milhões, oitocentos e vinte e cinco mil reais) referentes à qualificação do diagnóstico, acompanhamento e do suporte às crianças diagnosticadas com SCZ (BRASIL, 2017).

Assim sendo, identificando as novas intervenções delineadas a partir da Portaria 3.502 de 2017, pode-se observar uma nova reorganização das ações a serem desenvolvidas no âmbito dos estados e dos municípios, já articulando a importância da estimulação precoce e a qualificação dos profissionais para as novas descobertas em torno da SCZ.

Muitas dificuldades puderam ser observadas nesse período, tendo em vista as alterações nas equipes municipais e estaduais - dada à conjuntura vivenciada naquele período- e os consequentes impactos à continuidade do que havia sido proposto. Por outro lado, a Portaria chama a atenção para cuidados que até então não vinham sendo realizados e reconsidera a necessidade de uma “nova chamada” àquelas crianças que haviam sido consideradas como “casos descartados”, nos protocolos anteriores, já que eles associavam o Zika Vírus apenas a um dos fatores, a microcefalia.

É fundamental ressaltar que as dificuldades diante desse contexto não se firmaram apenas no âmbito da saúde pública, tampouco da confirmação ou não dos casos que estavam em investigação. Muitas das crianças com SCZV tiveram dificuldades em acessar o Benefício de Prestação Continuada (BPC), fazendo com que as famílias enfrentassem consequências financeiras e de sobrevivência para custear os cuidados com uma criança com deficiência.

No ano de 2016, a Portaria nº 58, de 03 de junho de 2016, do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA) regulamentou o atendimento prioritário para famílias com diagnóstico de microcefalia na avaliação do BPC. O objetivo dessa portaria era criar estratégias rápidas de acesso ao benefício e dar prioridade ao grupo específico de crianças com SCZV, através da articulação entre as redes de Assistência Social e de Previdência Social.

O fato é que muitas crianças e famílias acabaram não conseguindo ter acesso ao BPC, considerando as condicionalidades por critérios de renda⁵⁴, por questões dos fluxos que foram sendo instaurados no momento ou pela conjuntura da época, marcada não apenas pela grave crise política já citada, bem como pela greve do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que durou quase seis meses, no ano de 2016⁵⁵.

Somado a todas essas dificuldades, o então Presidente Michel Temer que assumiu o poder após o Golpe de Estado⁵⁶, que teve como consequência o impeachment da Presidenta Dilma, editou o Decreto 9.462, de 8 de agosto de 2018, que alterou o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, benefício aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, e pelo Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007, que dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico).

Uma das obrigações geradas por esse decreto era o beneficiário estar inscrito no CadÚnico. Assim, quem recebia o BPC deveria obrigatoriamente se inscrever no Cadastro Único, até 31 de dezembro de 2018. Além disso, a

⁵⁴ O acesso ao BPC é concedido a Pessoas com Deficiência (PCD) e Idosos que tenham renda familiar per capita de até 1/4 do salário mínimo. Em relação a isso, torna-se importante observar os demais critérios estabelecidos pela 14.176, de 22 de junho de 2021.

⁵⁵ Notícia – Greve dos Servidores do INSS atinge quase metade das agências do país: <http://g1.globo.com/economia/noticia/2015/07/greve-nacional-de-servidores-do-inss-entra-no-7-dia.html>. Acesso em 14 de maio de 2020.

⁵⁶ Mesmo não sendo objeto desse estudo é fundamental ressaltar que a conjuntura econômica e política desse período, conforme já afirmado em outros momentos, influenciaram diretamente as ações estatais e a implementação de políticas públicas. Assim sendo, concorda-se com Freire *et al* (2016) quando assevera que “2016 foi um ano especialmente difícil para o Brasil, devido ao inaceitável golpe político e suas inúmeras implicações econômicas, políticas e sociais. O golpe, de fato, acabou determinando o clima e o ritmo do ano, já que envolveu incansáveis e intermitentes manobras institucionais e de mídia que mantiveram as relações políticas e sociais em um estado de convulsão prolongado, dolorido e desagregador” (p.1).

“revisão” iniciada nesse período aprimorou o cruzamento de informações daqueles beneficiários. O fato de existirem benefícios irregulares acabou pesando na concessão do BPC a pessoas com deficiência e, conseqüentemente também, àquelas com Síndrome Congênita do Zika.

Esse impasse na negação da concessão dos benefícios, somadas às diversas dificuldades enfrentadas pelas famílias acabou gerando uma organização maior por parte das associações representativas das mães de crianças com SCZ, com destaque para a União Mãe de Anjos (UMA), do estado de Pernambuco. Essa e outras entidades representativas participaram de diversas audiências públicas na Câmara dos Deputados para discutirem a Medida Provisória (MP) 894/19 que tinha como objetivo a garantia de pensão especial vitalícia de um salário mínimo para crianças com SCZ. O benefício, no entanto, foi direcionado apenas aos nascidos entre 2015 e 2019, considerados os anos de maior incidência da doença no país.

A aprovação dessa pensão substituiu dessa maneira o benefício no valor de um salário mínimo que foi concedido pela Lei 13.301 de 2016, destinado a crianças com SCZ, pelos três primeiros anos de vida. O fato é que a MP 894/19 desconsidera a permanência de casos que venham a ser confirmados em anos futuros⁵⁷.

No período que garante acesso à Pensão Vitalícia, instituído pela Medida Provisória 894/2019, transformada na Lei nº 13.985, de 7 de abril de 2020, o Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP) identificou um total de 3.523 casos confirmados de crianças com SCZV no país:

Quadro XI - Distribuição dos casos confirmados de SCZV por UF de residência e ano de notificação. Brasil, 2015-2019

Unidades da Federação	2015	2016	2017	2018	2019
Acre	1	9	0	0	0
Alagoas	18	80	21	22	1
Amapá	1	11	5	0	0
Amazonas	0	44	25	7	5

⁵⁷ Até o dia 13/04/2020, o RESP recebeu notificações de 13 novos casos de SCZV nos estados do Amazonas, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Rondônia e São Paulo (BRASIL - RESP, 2020).

Bahia	168	338	49	13	9
Ceará	56	108	3	4	3
Distrito Federal	2	16	15	1	5
Espírito Santo	5	52	16	7	0
Goiás	7	80	28	14	8
Maranhão	31	109	14	10	6
Mato Grosso	11	67	1	0	1
Mato Grosso do Sul	1	28	2	1	0
Minas Gerais	3	92	39	10	9
Pará	2	17	3	0	0
Paraíba	97	96	8	16	3
Paraná	1	7	1	1	0
Pernambuco	267	160	22	16	8
Piauí	22	83	9	11	9
Rio de Janeiro	43	230	24	8	0
Rio Grande do Norte	95	56	10	2	2
Rio Grande do Sul	1	26	10	17	7
Rondônia	0	20	13	1	1
Roraima	0	17	2	1	0
Santa Catarina	0	8	7	6	3
São Paulo	29	102	27	13	3
Sergipe	90	47	3	1	1
Tocantins	3	31	5	1	0

Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP). Dados atualizados em 13/04/2020, sujeitos a alterações.

O número de 3.523 casos confirmados de Síndrome Congênita do Zika no período que vai do ano de 2015 a 2019 se torna extremamente importante para que seja possível identificar também o número de crianças que teve acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), dadas às necessidades e garantia formal apresentadas pelas legislações até então vigentes e agora também pela Lei nº 13.985, de 7 de abril de 2020.

A realização de cruzamentos com essas informações é uma opção relevante porque pode indicar também as relações intersetoriais necessárias que se estabeleceram ou que deveriam ter se manifestado entre políticas públicas, conforme os protocolos estabelecidos pelo Governo Federal desde 2015. Dessa forma, segundo dados fornecidos pelo Ministério da Cidadania (MC) em maio de 2020, de um total de 3.523 casos confirmados entre 2015 e 2019, 2049 crianças tiveram acesso ao BPC:

Quadro XII – Distribuição de casos de Crianças com Deficiência e de crianças com SCZV que tiveram acesso ao BPC. Brasil, 2015-2019

UF	Início 2015		Início 2016		Início 2017		Início 2018		Início 2019	
	BPC PcD Criança	BPC Zika	BPC PcD Criança	BPC Zika	BPC PcD Criança	BPC Zika	BPC PcD Criança	BPC Zika	BPC PcD Criança	BPC Zika
AC	892	0	1.255	3	1.152	1	717	1	170	0
AL	3.301	0	4.429	59	4.349	15	4.451	16	1.247	2
AM	3.571	0	4.150	6	3.421	19	3.904	11	1.099	4
AP	1.089	3	1.383	3	1.110	4	964	1	155	0
BA	13.151	5	18.268	245	15.823	81	14.298	27	4.571	3
CE	9.883	0	12.053	85	11.517	21	10.571	5	3.615	1
DF	1.834	0	2.116	0	1.959	8	1.064	0	181	1
ES	2.683	0	2.953	8	2.973	6	2.852	6	400	1
GO	5.210	0	5.951	12	5.059	29	3.608	12	506	1
MA	5.389	3	7.162	62	5.733	20	4.259	7	881	1
MG	17.600	0	20.238	17	18.997	28	17.700	16	3.318	2
MS	2.717	0	3.052	7	2.693	4	2.286	0	388	0
MT	2.225	0	2.799	26	2.373	19	1.770	3	327	0
PA	7.322	0	8.771	6	7.470	5	5.277	5	904	0
PB	4.139	4	5.532	108	4.998	22	3.936	2	1.248	0
PE	8.909	12	11.284	270	9.729	61	8.750	18	2.949	3
PI	3.364	1	4.160	54	3.472	20	3.675	6	1.150	5
PR	6.127	0	7.522	3	6.810	1	5.473	0	1.676	0
RJ	9.709	0	11.800	83	11.620	71	9.520	17	1.694	2
RN	3.788	10	4.599	68	3.681	14	3.227	7	1.148	2
RO	1.835	0	1.953	6	1.868	10	1.186	2	189	1
RR	531	0	621	7	495	4	492	0	54	0
RS	7.563	0	9.104	4	7.832	5	7.079	2	2.665	1
SC	3.374	0	4.253	1	4.014	11	3.487	0	1.010	1
SE	2.558	5	3.185	98	2.990	5	2.354	3	711	0
SP	23.265	1	26.797	31	23.021	24	24.861	9	10.424	1

TO	1.148	0	1.402	7	1.419	7	1.326	2	191	1
BRASIL	153.177	44	186.792	1.279	166.578	515	149.087	178	42.871	33

Fonte: MS X Maciça INSS (Abril/2020). Suibe (abril/2020)

É fundamental reconhecer nesse cruzamento de informações que a diferença entre o total de casos confirmados no período com o total de crianças que teve acesso ao BPC pode ter acontecido por diversas razões⁵⁸. Entre elas, cita-se o número de óbitos fetais, neonatais e infantis relacionados à SCZ que, segundo dados fornecidos pelo MS (2019) correspondem a um total de 565, entre os anos supracitados. Essa diferença pode ser motivada ainda pelas condicionalidades de renda estabelecidas para o acesso ao BPC à época.

Para visualizar melhor essa relação, elaborou-se o quadro abaixo contendo o número total de casos confirmados, de casos com SCZV em crianças vivas atendidas pela atenção primária ou especializada, óbitos fetais e de crianças com SCZ que tiveram acesso ao BPC, entre 2015 e 2019:

Quadro XIII – Comparativo do número de casos confirmados, atendimentos a crianças com SCZ, óbitos neonatais e de crianças com SCZ que tiveram acesso ao BPC entre 2015 e 2019

ANO	CASOS CONFIRMADOS	CASOS DE SCZV EM CRIANÇAS VIVAS, ATENDIDAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA OU ESPECIALIZADA	ÓBITOS FETAIS, NEONATAIS E INFANTIS RELACIONADOS À SCZV	CRIANÇAS COM SCZ COM ACESSO AO BPC
2015	954	701	113	44
2016	1934	1122	322	1279
2017	362	154	81	515
2018	183	63	34	178
2019	90	19	15	33
TOTAL	3.523	2059	565	2049

Fonte: elaboração própria, com base nos dados fornecidos pelo MS e MC em maio de 2020.

⁵⁸ A diferença a que se refere considera o número total de casos confirmados (3.523) com o registro do número de crianças que teve acesso ao BPC (2049). Essa diferença identifica um total de 909 crianças que não tiveram acesso ao benefício. E isso, conforme explicado acima, pode ter se dado por diversas razões (não continuidade do atendimento na rede de proteção social), óbitos e condicionalidades do BPC.

Esse acompanhamento de informações, embora atualizado e disponibilizado por órgãos governamentais, pode apresentar ainda alguma diferença em relação aos dados fornecidos pelos estados, considerando os diversos bancos de dados que se manifestaram no período da epidemia do Zika Vírus no país, uma característica já citada e constantemente apontada pelos profissionais que atuam no âmbito das instituições locais.

Sobre a Lei nº 13.985, de 7 de abril de 2020, alguns elementos ainda são bastante questionáveis e colocam em risco o direito do segmento de crianças com SCZ e de crianças com outras deficiências. Entre eles é possível citar:

1. Não houve uma universalidade no atendimento às crianças infectadas pelo Zika Vírus. Ou seja, podem existir crianças nascidas entre 2015 e 2019 que apresentem consequências leves ou altas de infecção, condicionando a um aparecimento imediato ou tardio de comorbidades.
2. Podem existir casos ainda em investigação que podem manifestar comorbidades em longo prazo. Ou seja, o diagnóstico de confirmação acontecendo num período posterior ao estabelecido pela Pensão Vitalícia (2015 a 2019) pode comprometer o acesso a direitos sociais.
3. A pensão vitalícia fragmenta os direitos das pessoas com deficiência e também os direitos de crianças com SCZ que nasceram ou tiveram casos confirmados para além de 2019, garantindo o direito a apenas um segmento de PCD⁵⁹. Além disso, é um tema controverso, já que se trata de um direito já conquistado, por meio do BPC.
4. O texto da Lei nº 13.985, de 7 de abril de 2020 não deixa claro se todas as crianças com SCZ terão acesso à pensão vitalícia ou se somente àquelas que estão inseridas no CadÚnico.

⁵⁹ Segundo dados do MS (2020) existiam 739 casos em investigação, ainda no ano de 2019.

Além de todos esses aspectos, a Lei nº 13.985, de 7 de abril de 2020, que prevê a concessão de pensão especial, de caráter indenizatório, às crianças acometidas pela SCZ não traz isonomia na proteção social e priva as famílias do acesso à justiça, conforme o apresentado pelo artigo 1º da referida legislação:

Art. 1º Fica instituída a pensão especial destinada a crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus, nascidas entre 1º de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2019, beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC) de que trata o art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

§ 1º A pensão especial será mensal, vitalícia e intransferível e terá o valor de um salário mínimo.

§ 2º A pensão especial não poderá ser acumulada com indenizações pagas pela União em razão de decisão judicial sobre os mesmos fatos ou com o BPC de que trata o art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

§ 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.

§ 4º A pensão especial será devida a partir do dia posterior à cessação do BPC ou dos benefícios referidos no § 2º deste artigo, que não poderão ser acumulados com a pensão.

§ 5º A pensão especial não gerará direito a abono ou a pensão por morte (BRASIL, 2020).

Como visto, a partir das definições do Artigo 1º, é fundamental considerar que a legislação contempla um período de crianças nascidas com SCZ, 2015 a 2019, e impede que essas famílias entrem com ações judiciais ou venham a receber esse direito. Esse fato, além de inconstitucional, não garante o exercício pleno da cidadania e do acesso aos direitos sociais.

Sobre esse aspecto, concorda-se com Santos (1987; 1993) quando afirma que existe uma péssima distribuição de direitos no país. Esse fato se coloca como muito mais complexo do que a própria desigualdade social. É um desafio para a legitimação das instituições, bem como para a condução de qualquer reforma social e política.

O grande desafio que se coloca para a consolidação da cidadania e da democracia brasileira é justamente a garantia efetiva de uma participação ampla, sobretudo considerando o processo tardio da democratização pelo qual o país passou.

Na particularidade vivenciada por famílias e crianças acometidas por SCZ, percebe-se que embora a pensão vitalícia esteja formalmente garantida (ainda que se considerem as inconstitucionalidades presentes na Lei nº 13.985, de 7

de abril de 2020, conforme citado acima), não houve a criação de um fluxo formal no atendimento, tampouco houve um pronunciamento oficial do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) no que se refere à concessão desse benefício⁶⁰.

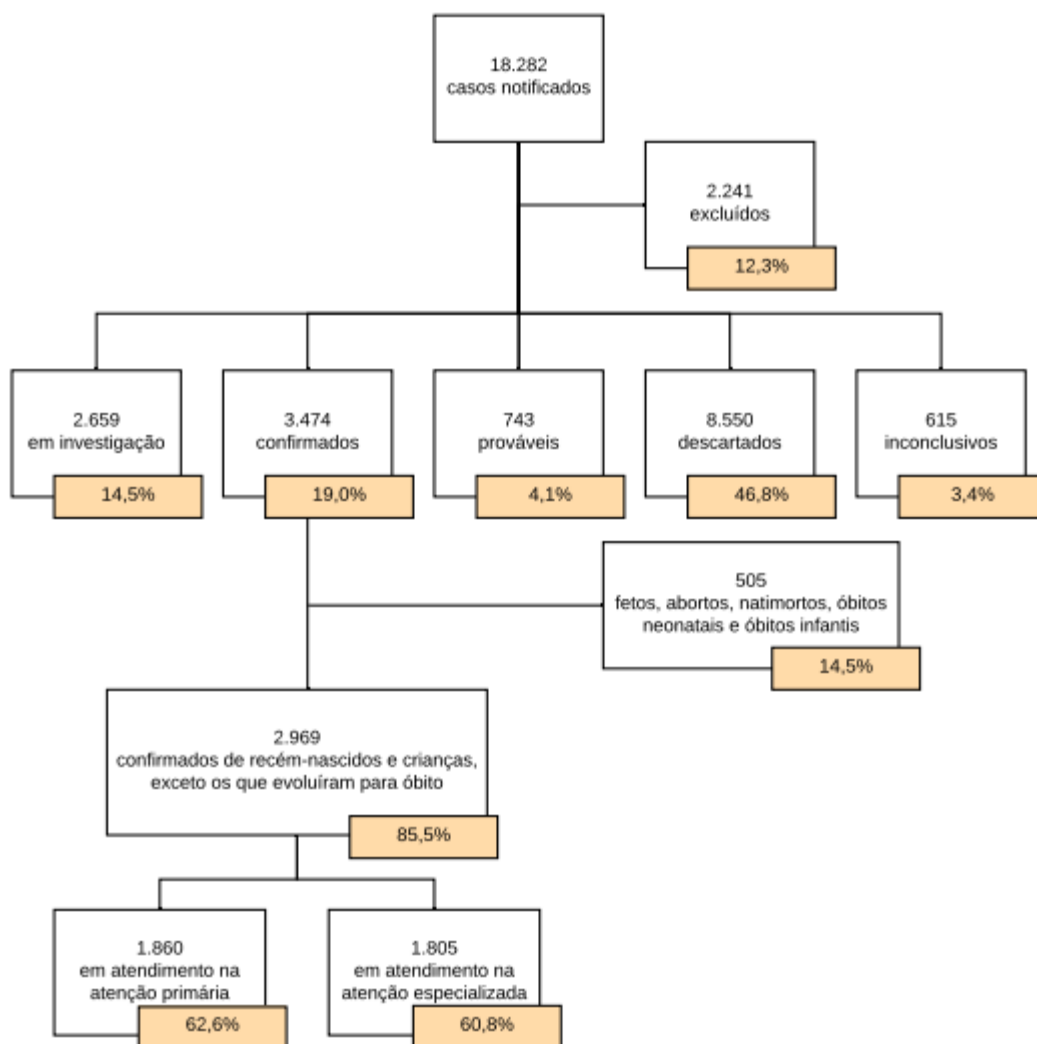
É fundamental asseverar também que crianças que possuem outras deficiências, não tiveram o mesmo acesso a benefícios, o que acarreta uma fragilidade no acesso aos direitos das Pessoas com Deficiência (PCDs) e gera uma fragmentação das estruturas já organizadas.

É importante destacar ainda que crianças com SCZ continuarão nascendo, sobretudo quando se considera a ineficácia das estratégias de controle vetorial direcionadas pelo Estado brasileiro desde a década de 1980, bem como do não investimento em políticas sociais, sobretudo àquelas relacionadas à saúde, saneamento básico e assistência social.

Ressalta-se ainda que até abril de 2020, existiam ainda 615 casos de crianças com SCZ que se mostraram inconclusivos e 2.659 ainda permanecem em investigação, fato que demonstra que um número alto de crianças ainda pode vir a ter alguma comorbidade relacionada à SCZ e que podem ficar sem acesso ao benefício, dada a demora no fluxo dos atendimentos:

⁶⁰ É importante citar que esse fato pode ter acontecido em decorrência da Pandemia de Covid-19 que acabou paralisando diversas áreas e condicionando pessoas que sofrem com outras comorbidades a uma espera maior do que a que já vinha acontecendo.

Figura 2 - Distribuição do total de notificações de casos suspeitos relacionadas à infecção pelo vírus Zika, 2015-2019



Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia, 2020).

Torna-se importante ressaltar ainda que no ano de 2020, o país vivenciou outra epidemia, a da Covid-19⁶¹, que acarretou, entre outras coisas, atrasos nos atendimentos e dificuldades de deslocamento, dada a complexidade do

⁶¹ A pandemia relacionada à infecção pelo Covid-19 lançou desafios à atuação dos diversos profissionais que atuam na gestão de políticas públicas e, conseqüentemente, para aqueles que atuam também no atendimento direto a usuários de programas, serviços e projetos sociais. A epidemia teve início na China, no ano de 2019, e rapidamente se espalhou para todos os continentes.

fenômeno, dos protocolos sanitários adotados e da emergência para tratar pacientes.

É fundamental considerar também que com o passar dos anos, muitas famílias acabaram negando a possibilidade da confirmação e da consequente necessidade de investigação dos casos. Fato que amplia as dificuldades para o diagnóstico, para a busca ativa e para a continuidade do atendimento.

Aqui, é notório perceber a importância da permanência da pesquisa em torno dessa problemática e da articulação dela com as políticas de proteção social. Os avanços nas descobertas e nas consequências que o vírus pôde ocasionar foram dando ao Estado a possibilidade de construir novas estratégias, ainda que estas venham enfrentando desafios de ordem estrutural e conjuntural, aliados às características do aviltamento nos investimentos nas áreas sociais e da focalização das políticas públicas que impedem a concretude da tão necessária intersectorialidade.

4.3 A Epidemia de Zika Vírus: Legislações, Protocolos e os desafios à Intersectorialidade como Estratégia de Atuação e Articulação das Políticas Sociais

A construção de estratégias de atuação e articulação entre as políticas sociais no Brasil enfrenta dilemas que esbarram na implementação da Seguridade Social, na sua integralidade, tal como o que fora preconizado na Constituição Federal de 1988.

As políticas sociais enfrentam os desafios e limites que perduram em ordem estrutural e demandam urgência na conformação de um sistema de proteção que seja capaz de responder às necessidades da população brasileira, no que se refere às questões relacionadas às condições biopsicossociais dos indivíduos.

Como já citado, uma das primeiras ações lançadas pelo Estado brasileiro foi a Estratégia de Ação Rápida (EAR), instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Nessas primeiras ações, a intersetorialidade já era entendida de forma geral como um mecanismo para a superação da fragmentação nas políticas públicas ou ainda também como a integração de diversos setores (principalmente os governamentais ou não) com o objetivo da resolução de situações complexas (CUNILL – GRAU, 2005; MONNERAT, 2009).

A intersetorialização foi considerada como importante “ferramenta” no sentido de potencializar a atuação profissional no âmbito das instituições e das políticas públicas, mas também para entender que as crianças e famílias acometidas pelo vírus se conformam como sujeitos sociais que demandam do Estado uma cobertura em torno das diversas necessidades humanas.

No entanto, como já mencionado, há desafios constantes para a efetivação dessa estratégia. No contexto organizacional, cita-se, por exemplo, o elevado número de atores que atuam nas políticas públicas, exigindo uma postura política e institucional que estimule a cooperação e o compartilhamento de objetivos (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Concorda-se ainda com as autoras quando afirmam que:

Sabe-se que a ação intersetorial traz como imperativo a construção de objetos de intervenção comum entre diferentes setores com vistas à consecução de planejamento integrado para enfrentamento dos problemas prioritários identificados. Contudo, a literatura especializada vem demonstrando que na prática isto suscita altos níveis de conflito e disputa política entre as diferentes áreas e atores envolvidos no processo (MONNERAT E SOUZA, 2011:45).

Não obstante, Senna (2009) afirma que a efetiva construção da intersetorialidade é um desafio, considerando os aspectos relacionados às lógicas organizacionais que regem as arenas setoriais, às disputas por recursos e status entre os setores envolvidos, à complexidade dos diversos interesses que governam a arena decisória, entre outras questões.

A construção de propostas de intervenção e o desenvolvimento de um planejamento integrado entre instituições e políticas públicas são fundamentais para que o diálogo esteja presente e, assim, alguns conflitos possam ser solucionados.

O diálogo entre os profissionais pode ser desenvolvido, entre outras coisas, por meio da integralidade. No âmbito da saúde, por exemplo, Mattos (2004) cita a importância de serem desenvolvidos dois movimentos por parte dos

profissionais. O primeiro aspecto seria apreender de modo ampliado as necessidades de saúde. E o segundo seria analisar o significado das demandas dos usuários.

Nessa direção, a intersectorialidade é vista também como estratégia importante ao exercício de intervenções sociais, como foi o caso da epidemia do Zika Vírus, já que é fundamental considerar o cidadão em sua totalidade. As necessidades dos indivíduos são amplas e não podem ser respondidas de formas setorializadas.

Sobre essa questão, Monnerat (2009) complementa que

Tendo como base a experiência de descentralização das políticas sociais, é possível supor que num país com estrutura federativa como o nosso, a ausência de indução federal e estadual para a implantação da intersectorialidade tende a contribuir para o insucesso da proposta que se quer implementar. Assim, a intersectorialidade também depende de incentivos e de atitudes indutivas por parte do governo federal, de modo que as iniciativas isoladas no nível local não são suficientes (MONNERAT, 2009: 44).

Como se observou em relação ao processo que envolveu a epidemia do ZIKAV, ações como a criação dos Eixos da EAR; da criação das salas de situação; da criação da Renezika; do desenvolvimento de Notas Técnicas em âmbito estadual; e da crescente necessidade no envolvimento de várias instituições no enfrentamento à problemática demonstraram a preocupação do Estado brasileiro, ainda que frágil em alguns momentos, no direcionamento de uma atuação integralizada entre as políticas públicas.

No campo da assistência social, por exemplo, os princípios organizativos apontam para a necessidade de uma gestão pública inscrita nos paradigmas da descentralização e da intersectorialidade. A articulação entre SUAS, SUS, Previdência e Educação está prevista na LOAS, na PNAS, na Lei 12.435, de 2011, e nos demais instrumentos legais. Percebe-se, dessa forma, que a intersectorialização é entendida como uma ferramenta importante para o atendimento de diversos segmentos populacionais, como é o caso das Pessoas com Deficiência.

Em algumas Portarias e Notas Técnicas, direcionadas no período de enfrentamento à epidemia do Zika, é possível verificar a inserção da importância da intersectorialidade para o desenvolvimento das ações. Cita-se, por exemplo,

os aspectos listados na Portaria Interministerial n. 405 de 15 de março de 2016 que destacam os papéis dos setores da saúde e da assistência, mas assinalam a importância da atuação conjunta:

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).

Ainda em consonância com esse debate, a Instrução Operacional Conjunta n. 1 MS-MDS, de 25 de fevereiro de 2016, também assinala a importância da atuação conjunta entre saúde e assistência social:

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 que se refere às crianças e famílias acometidas pelo ZIKAV, observa-se que existem diversas legislações que se direcionam à proteção social e demonstram o quanto o diálogo entre as políticas públicas é fundamental. Além disso, o acesso à informação, entendido também como uma ferramenta

fundamental a esse processo, é um direito usuários das políticas públicas e deve estar disponível em todas as unidades de atendimento⁶².

No âmbito da Política de Saúde, o atendimento a crianças e famílias deve acontecer ancorado nos princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), como, a universalidade, a integralidade nas ações, o acesso à informação.

Além dos princípios que regem a Política de Saúde brasileira, as estratégias adotadas pelo Estado no momento da epidemia visavam mobilizar as unidades de atendimento para a identificação, diagnóstico e recuperação da saúde, através da reabilitação.

Como visto, no âmbito da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), as ações voltadas ao segmento acometido pela epidemia se estabeleceram considerando o direito à assistência social e o perfil de renda das famílias para o acesso aos benefícios, fatores que direcionaram fragilidades e fragmentação do segmento de pessoas com deficiência.

Pensando nesse acesso, o Instituto Fernandes Figueira (IFF) elaborou o documento intitulado “Guia Prático de Direitos para Profissionais de Saúde e Famílias de Crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus no Rio de Janeiro”, no ano de 2018. Nele constam todos os direitos aos quais crianças e famílias acometidas pelo vírus poderiam vir a ter acesso.

Até então, a Porta de Entrada para aos benefícios da assistência social acontecia através do cadastro no CadÚnico por famílias cuja renda mensal fosse de até meio salário mínimo por pessoa; ou famílias cuja soma da renda mensal de todos os membros seja igual ou inferior a três salários mínimos.

De acordo com o Guia Prático (2018) e com as condicionalidades estabelecidas pela PNAS, as famílias de crianças com SCZ poderiam ter acesso a programas e serviços, como⁶³:

⁶² Somente no período de janeiro de 2015 a julho de 2017, foram identificados 27 Projetos de Lei (PL) e uma Medida Provisória (MP) nº 712/16 que se tornou a Lei Ordinária nº 13.301/2016 que evidenciam temas sanitários articulados à epidemia do Zika, entre eles: indenização ou benefício; medicamentos e produtos para saúde; exame de detecção e tratamento; vigilância em saúde; isenção de impostos; aborto; pesquisa e outros (BARBOSA; DE BEM, 2018).

⁶³ Torna-se importante ressaltar que as mudanças que estão se estabelecendo no ano de 2019 com o novo governo podem vir a alterar os benefícios, as formas de acesso e até a extinção de alguns direitos previamente conquistados.

- **Programa Bolsa Família:** programa de transferência de renda voltado às famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza.
- **Benefício de Prestação Continuada (BPC):** benefício de transferência de renda do valor de um salário mínimo mensal para pessoas com deficiência (e idosos) com renda familiar per capita de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo vigente. Para que a pessoa com deficiência possa ter acesso ao BPC é necessário um critério clínico e um laudo médico no qual conste o número de Classificação Internacional de Doenças (CID)⁶⁴.
- **Tarifa Social de Energia Elétrica:** benefício voltado às famílias inscritas no CadÚnico cuja renda média seja menor ou igual a $\frac{1}{2}$ salário mínimo por pessoa ou algum familiar que receba o BPC.
- **Gratuidade nos Transportes Coletivos:** benefícios que são concedidos a famílias que possuam algum familiar com deficiência.
- **Isenção de Impostos na Aquisição de Automóveis e Isenção do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA):** benefícios que são concedidos a famílias que possuam algum familiar com deficiência.
- **Cartão de Estacionamento para Pessoa com Deficiência:** benefício que concedido a famílias que possuam algum familiar com deficiência.
- **Programa Minha Casa Minha Vida:** destinado a famílias com renda mensal de até R\$7.000,00 para o acesso à casa própria, por meio de condições de financiamento.

⁶⁴ Uma ressalva em relação ao BPC é fundamental no caso de crianças cometidas pelo ZIKAV. Inicialmente o acesso ao benefício por todas as crianças foi “disponibilizado pelo Estado” até que elas chegassem à idade de 3 anos, considerando uma possível taxa de mortalidade. No entanto, essas crianças sobreviveram e não possuem, até pela própria heterogeneidade das características um CID. Esse, por exemplo, vem se consolidando como um desafio atualmente.

Além da saúde e da assistência, a especificidade da Síndrome Congênita e da condição de pessoa com deficiência⁶⁵ insere essas crianças em situações que precisam ser periodicamente atualizadas e discutidas no âmbito das instituições e das políticas públicas.

Falar da SCZ é reafirmar que ela traz como consequências um conjunto de necessidades demandantes da Seguridade Social. E estas não se referem apenas aos atendimentos clínicos que envolvam o diagnóstico. Mas também aqueles que articulem um conjunto de práticas integralizadas e que visem à distribuição de medicamentos; a criação de políticas de inclusão; ao acesso à educação; a equipamentos; a órteses e próteses, entre outras coisas que envolvam, por exemplo, um ambiente mais saudável para se viver (com boas condições de saneamento básico, lazer, habitação etc).

Por outro lado, a condição crônica de saúde⁶⁶ com a qual essas crianças terão que se desenvolver e cujos desdobramentos clínicos, sociais, econômicos e políticos ainda estão sendo analisados através de pesquisas que lançam para o conjunto da sociedade a necessidade permanente da intersectorialização e diálogo entre os saberes.

A síndrome e os muitos desafios que ainda permeiam esse debate, dadas às diversas questões que lançam diariamente novas descobertas, fazem do futuro uma incógnita. O fato é que a epidemia e as ações que foram sendo desenvolvidas devem ser tomadas como formas de aprimorar e, conseqüentemente, prevenir a possibilidade de outros eventos complexos em saúde pública.

⁶⁵ Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015b).

⁶⁶ A doença crônica é aquela que se caracteriza por seu curso demorado e pela conseqüente necessidade de tratamentos prolongados, além do seu impacto na capacidade funcional da criança (CASTRO; PICCININI, 2002).

Assim, considerando a evolução e o crescimento das crianças, entende-se que novas formas de intersectorializar as políticas devem ser tomadas, tanto em nível de coordenação quanto de cooperação.

O acesso à educação, por exemplo, é garantido à pessoa com deficiência, desde a primeira infância. E isso lança para o setor em questão a necessidade de se apropriar das pautas que envolvem as especificidades da síndrome e de como direcionar as melhores formas de inclusão desse segmento, ou seja, há uma necessidade constante de intersectorialização de todas as políticas públicas.

Apesar dos indicativos de coordenação nos mais variados documentos criados pelos níveis centrais e das estratégias de coordenação massificadas no âmbito da epidemia, pode-se observar que o contingente de crianças e adolescentes com condições crônicas de saúde na população brasileira ainda é investido por uma invisibilidade política e social. E, dessa maneira, é de se observar que esta invisibilidade contribui para que a especificidade das crianças e famílias que foram acometidas pela SCZ seja contemplada de forma limitada pelas políticas sociais e, conseqüentemente, no acesso a direitos.

Considerando essas questões, o próximo tópico abordará os diversos desafios que vêm sendo vivenciados pelas crianças no período pós-epidemia e quais as estratégias que vêm sendo adotadas coletivamente pelas famílias para o acesso aos direitos e políticas públicas.

4.4 O Pós Epidemia e as Famílias de crianças com Síndrome Congênita em Decorência do Zika Vírus: impactos sociais e reflexões

As repercussões da Síndrome Congênita do Zika Vírus lançam um alerta que ultrapassa os limites das questões clínicas e biológicas a serem estudados e discutidos pela ciência e pelo Estado brasileiro. As famílias de crianças que foram acometidas pela epidemia tiveram que lidar com o fato de uma síndrome que leva ao adoecimento crônico, mas também precisaram enfrentar questões sociais articuladas ao índice de desemprego e as atividades de cuidado que, no caso da maioria delas, vem se manifestando de forma bastante singular.

No meio das crises econômicas e políticas que marcaram o cenário brasileiro no momento e no pós-epidemia, muitas das famílias se reconfiguraram. O abandono paterno de crianças acometidas com a síndrome, por exemplo, configurou-se como fato característico de algumas famílias brasileiras e se somou aos diversos desafios a serem enfrentados pelas mães dessas crianças⁶⁷.

Em decorrência das questões de saúde dessas meninas e meninos, muitas mulheres precisaram abandonar os empregos e passaram a se dedicar integralmente ao cuidado. De acordo com Williamson (2018), o cuidado de um filho com SCZ requer muita correria. As mães precisam percorrer a cidade “pra cima e pra baixo”, “correndo atrás” dos vários atendimentos, exames e remédios.

A especificidade da doença ainda lança outros desafios para essas mulheres, já que a todo o momento novas descobertas estão sendo desenvolvidas. No entanto, um aspecto vem sendo asseverado como fundamental, a estimulação precoce. Dessa maneira, visando um futuro que comprometa de forma reduzida as funções dessas crianças, muitas mães vivem uma verdadeira corrida contra o tempo para retirar o máximo proveito das terapias (WILLIAMSON, 2018).

Muitas dessas mulheres ainda pertencem aos setores mais pauperizados da classe trabalhadora e precisam desenvolver as tarefas domésticas e as atividades de cuidado a pessoas enfermas, como é o caso das crianças com SCZ. Diniz (2016) retratando a situação das mulheres que foram protagonistas dessa epidemia caracteriza como vive uma dessas famílias:

A família mora em uma casinha colorida, que lembra casa de vila. Nem sempre há água encanada, por isso é preciso fazer estoque em tonéis e baldes para lavar roupa, banhar-se ou cozinhar. A rua sempre tem poeira, pois há pouco asfalto na cidade, e a casinha charmosa é distante do centro. Géssica tem 25 anos e dedica seu tempo a ser mãe, ir à missa e visitar parentes. O mosquiteiro para dormir não foi suficiente para afugentar o mosquito, e não há risco de ar condicionado em cidade onde a falta de luz é frequente. A poucas ruas abaixo da

⁶⁷ Existem ainda pesquisas em andamento em relação a essa questão. Mas é possível identificar alguns relatos que demonstram essa especificidade do abandono parental. Cita-se, por exemplo, a 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.

casa de Gêssica falta saneamento, e por ali os mosquitos de várias linhagens e tipos são abundantes (DINIZ, 2016: 73).

Considerando esses aspectos, Ferreira (2017) afirma que as mulheres ainda desempenham atividades voltadas para evitar o adoecimento provocado “por problemas ambientais e pela precariedade das condições de moradia, tratando elas mesmas de limpar esgotos e canaletas, coletar e descartar lixo doméstico e, em algumas situações, efetuar a limpeza do entorno de suas residências” (p. 19). A autora ainda acrescenta que o cuidado ainda impõe as condições vivenciadas pelos serviços públicos de saúde, o “tempo de espera” e o “tempo de demora” no atendimento.

Esses aspectos, típicos de uma sociedade machista e patriarcal que direcionam o cuidado das crianças e da casa às mães, aliados à falta de investimentos em políticas públicas colocam essas mulheres em situações desafiadoras cotidianamente. A demissão ou o abandono dos seus espaços de trabalho diante dessas tarefas impõem novas formas de socialização que, na maioria das vezes, consolidam-se de forma precária.

Por essas e outras razões, compreende-se que o cuidado às consequências da SCZ não pode se direcionar apenas às crianças, mas ao conjunto de suas famílias. E, nesse sentido, concorda-se com Williamson (2018) quando argumenta que:

Embora o fim da epidemia já tenha sido oficialmente declarado, os seus efeitos posteriores persistem, requerendo uma atenção permanente das políticas públicas e de nós das ciências sociais, que almejamos avançar no conhecimento do lado “social” do vírus. As temporalidades vividas na pós-epidemia do Zika nos convidam a engajar criticamente as formas nas quais a epidemia se leva para o presente e o futuro (WILLIAMSON, 2018: 693).

A deficiência, assim como afirma Williamson (2018), evidencia questões das relações de dependência e cuidado que confrontam as noções liberais de individualidade e convidam a pensar as várias formas em que dependemos e cuidamos. Além disso, perceber a pessoa com deficiência requer compreender que esses sujeitos veem o mundo de formas heterogêneas, vivenciam os

estigmas e as desigualdades sociais, sobretudo quando a sociabilidade é impetrada por padrões hegemônicos.

Essa “sociabilidade em padrões” insere as famílias de crianças com SCZ em momentos de cuidados, tensões, preocupações e isolamento social. A atenção diária e a incerteza sobre o como “cuidar” gera momentos de estresse em que muitas mães afirmam não aproveitar sequer os momentos da maternidade. Ainda precisam conviver também com as cobranças e de sentirem os seus papéis parentais muito mais exigidos do que em situações que envolvem crianças “saudáveis” (CASTRO; PICCININI, 2002).

Costa (2016) afirma que a questão central é a do gênero, já que decorre do papel ideologizado à mulher no cuidado pelo domicílio e pela família. Além disso, a particularidade dessas “mulheres-mães de bebês com microcefalia” (p. 54) tem uma determinação social muito precisa: 68% de cor parda e 7% preta, ou seja, 75% dos casos. Muitas dessas mulheres estão inseridas justamente nas linhas de pobreza e miséria.

Outro fato a ser levantado e discutido nesse pós-epidemia é que as consequências do Zika Vírus não foram democráticas, como muitos afirmaram. Os impactos que se delinearam foram muito diferentes em cada classe, grupo social e gênero, demonstrando mais uma vez a imensa desigualdade social que persiste no país (LESSER; KITRON, 2016).

Os privilégios de classe, raça e outros se manifestaram em regiões específicas do país, já que o vírus teve maior impacto nos estados da Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Norte – região Nordeste - nos quais há um número considerável de pessoas desempregadas; que desenvolvem atividades informais; que vivem na pobreza ou na extrema pobreza; que vivem em condições precárias de moradia e de acesso a saneamento básico, entre outras questões.

Segundo dados do IBGE (2018), todas as regiões do país registraram um crescimento na taxa de desocupação entre os anos de 2014 e 2017, porém a região Nordeste é a que apresenta maior expressividade, passando de 8,5% para 14,7%. Já a Região Norte, a taxa passou de 7,5% para 11,9%; no Sudeste

de 7,0% para 13,3%, no Sul de 4,3% para 8,3% e no Centro-Oeste de 6,0% para 10,5%. Ainda, observou-se que a taxa de desocupação mais intensa ocorreu nos estados de Pernambuco e Rio de Janeiro, onde a taxa mais do que dobrou, crescendo 8,8 pontos e 8,0 pontos percentuais, respectivamente.

A região Nordeste também apresenta a segunda maior taxa de informalidade. Em 2017, atingiu 56,2%. Além de apresentar um aumento na condição pobreza (de 2016 a 2017), passando de 56.733 para 57.080 mil pessoas que vivem com até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo por mês (IBGE, 2018) ⁶⁸.

Considerando essas e outras questões, é notório que o cuidado à criança com SCZ está imbricado a aspectos socioeconômicos. Segundo dados do relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2017, mesmo com a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) às famílias, ainda há uma insuficiência de renda para diminuir as condições de vulnerabilidade social.

É fundamental ressaltar que o BPC não é um benefício direcionado à manutenção dos gastos com medicamento ou outras particularidades vinculadas ao tratamento dessas crianças. A saúde é um direito integral e universal e deve ser garantida pelo Estado através das políticas públicas. Vincular o benefício em questão aos gastos exclusivos à manutenção e ao acesso à saúde seria transferir a responsabilidade estatal para as famílias.

Em se tratando da particularidade de crianças com SCZ e outras deficiências, identifica-se que o custo com medicamentos e alimentos específicos é elevado; a necessidade de órteses e próteses que acompanhem o desenvolvimento é um problema real; e a demanda por creches e escolas que sejam qualificadas a trabalhar a estimulação precoce ou o aprendizado é algo imperativo, tendo em vista que muitas dessas crianças estão em idade de ter

⁶⁸ É importante destacar que a taxa de desocupação entre os anos de 2018 e 2019 atingiu uma média de 12%, segundo dados da Pesquisa por Amostra de Domicílios (PNAD). E a taxa de informalidade atingiu o maior nível tanto no Brasil quanto em 20 estados, chegando a 41,1% (IBGE, 2019).

acesso à educação na primeira infância e essas mulheres precisam voltar ao mercado de trabalho⁶⁹.

Considerando as necessidades de acesso à creche ou educação, *Silva et al* (2017) argumentam que:

No Brasil, esse tem sido um grande desafio para gestão pública que não conseguiu garantir de fato esse acesso, principalmente para crianças com necessidades diferenciadas. Até o presente momento, os bebês com SCZ estão sem esse serviço, com pouquíssimas exceções, o que coloca suas cuidadoras numa situação mais vulnerável ainda. Como elas entrarão ou voltarão ao mercado de trabalho? Como irão continuar seus estudos? Como terceirizarão os cuidados? (*SILVA et al*, 2017:233)

Reiterando as preocupações nesse pós-epidemia, dados do PNUD (2017), apresentam três conclusões a respeito da problemática:

- A epidemia de Zika atual terá impacto de longo prazo e, conseqüentemente, os países incorrerão em altos custos diretos e indiretos.
- Há um profundo desafio de equidade no cerne da epidemia de Zika. O impacto é desproporcional sobre os países mais pobres da região, bem como sobre os grupos mais pobres e vulneráveis, especialmente as mulheres pobres em comunidades periurbanas.
- As estratégias de preparação e resposta regionais e nacionais precisam ser fortalecidas e devem envolver as comunidades.

As preocupações do PNUD reforçam a importância de se consolidar um debate permanente em torno do tema da epidemia e das conseqüências da mesma para a agenda das políticas públicas. O envolvimento da comunidade é fundamental para direcionar quais são os desafios vivenciados nas localidades

⁶⁹ Entende-se que as crianças com SCZ representam uma particularidade no segmento de crianças que vivem com deficiência, já que as mães foram vítimas de uma epidemia que poderia ter sido evitada através do investimento em políticas de saneamento básico.

que compõem esse país continental, com diversas formas de desigualdade e dificuldades de acesso aos direitos.

Nesse sentido, considera-se que, apesar desses desafios, o protagonismo das mulheres tem sido fundamental durante e no pós-epidemia. O envolvimento das mães tem sido basilar: seja no que se refere às condições biológicas relacionadas ao ZIKAV, seja no aprendizado das técnicas de estimulação precoce e, de forma essencial, na organização de movimentos e associações de lutas por direitos.

Em relação a isso, concorda-se com Diniz (2016) quando assevera que:

[...] durante a intensa crise política que o Brasil viveu em 2016, a epidemia do vírus zika desapareceu das notícias nacionais durante meses, mas permaneceu sendo tema prioritário para os correspondentes internacionais. E, o mais importante: se houve um acontecimento grandioso com a descoberta da transmissão vertical do zika, os protagonistas não seriam os médicos e cientistas, mas as mulheres grávidas (DINIZ, 2016: 13).

Esse protagonismo vem se estruturando de diversas formas e dentre estas, a maneira utilizada para a construção de conhecimento, apontada por Diniz (2016, p. 10) como o espaço de produção da “ciência doméstica”. Esta vem se constituindo através da participação das mulheres nos espaços de debate, nas oficinas de estimulação precoce, nas trocas de experiências de cuidados com os filhos, na busca por benefícios de proteção social, nas dificuldades de acesso a transporte⁷⁰, entre diversas outras questões que vêm sendo problematizadas através de grupos de Whatsapp, de textos, de áudios, de livros e na construção ou na participação de associações.

No cenário que vai se consolidando, é extremamente necessário que todos os profissionais que atuam no âmbito das políticas públicas e das instituições de pesquisa, exerçam a escuta sobre a função social que essas mães

⁷⁰ Um dos grandes desafios vivenciados por essas mães se refere à dificuldade de deslocamento dos seus municípios às capitais, locais onde são realizadas a maioria das consultas e atividades de reabilitação. E uma das grandes demandas é a descentralização qualificada à especificidade da epidemia para a reabilitação e cuidado.

desempenharam e desempenham diante da epidemia. Elas acumulam saberes e se integram à rede de proteção e cuidado.

Nesse processo várias associações foram se estruturando em todo país. Estas vêm mobilizando instituições governamentais e o Ministério Público (MP) para a efetivação de direitos para crianças com SCZ, bem como promovendo ações interiorizadas para aquelas famílias que moram em cidades mais distantes dos grandes centros urbanos. Dentre estas associações, pode-se citar:

- União de Mães de Anjos (UMA).
- Associação de Famílias com Crianças Portadoras de Microcefalia e Outras Más Formações Congênicas (ABRAÇO).
- Associação Lótus.
- Aliança de Mães de Crianças Raras.

A estruturação dessas organizações tem sido fundamental porque insere o debate da síndrome congênita, descartando a invisibilidade histórica que paira sobre as crianças com deficiência no âmbito das instituições, das políticas públicas e do conjunto da sociedade⁷¹. Ainda mais, considerando que o segmento mais frágil no acesso a direitos, no país, é justamente o de crianças e adolescentes.

Há ainda que se considerar que a participação das associações levantou novos debates e colocou no cotidiano o aspecto da judicialização do acesso a direitos. A inserção do Ministério Público e do Conselho Nacional de Justiça nessa problemática reflete a atuação das mães e das famílias de crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus.

No conjunto de aspectos analisados no relatório do Unicef, intitulado “Pobreza na Infância e na Adolescência” (2018), o saneamento pode ser considerado a privação que afeta o maior número de crianças e adolescentes, seguido por educação, água, informação, moradia e proteção contra o trabalho infantil, conforme dados apresentados na tabela abaixo:

⁷¹ Esse fato se coloca como importante e ao mesmo tempo necessário de problematização, tendo em vista a persistente fragmentação de direitos voltados às pessoas com deficiência e outras doenças raras, no acesso a benefícios socioassistenciais.

Quadro XIV – Total de Crianças e Adolescentes Privados por Dimensão (privações intermediárias ou extremas)⁷²

EDUCAÇÃO	INFORMAÇÃO	MORADIA	SANEAMENTO	ÁGUA	TRABALHO INFANTIL
8.798.820	6.821.649	5.889.910	13.329.804	7.647.231	2.529.749

Fonte: Unicef (2018).

Ainda, segundo dados do relatório, há quase 27 milhões de crianças e adolescentes brasileiros com privações múltiplas, sem a garantia de seus direitos fundamentais. Estes representam praticamente metade (49,7%) da população brasileira de até 17 anos.

Assim sendo, entende-se que o desafio que se coloca no momento que antecedeu a epidemia e na etapa que se manifesta com o fim da emergência em saúde pública, está em compreender essas crianças e adolescentes, agora na condição de crianças com deficiência, como sujeitos de direitos. Até porque, embora não haja linearidade no desenvolvimento social desse segmento, os impactos direcionados na fase da infância e juventude poderão comprometer a fase adulta.

O imperativo está em desafiar o Estado e as instituições na organização da proteção social e do acesso a direitos e políticas sociais - seja pelas pautas de investimento, seja pela necessidade de estruturação das estratégias de coordenação e cooperação.

⁷² No estudo desenvolvido pela Unicef (2018), a privação intermediária seria aquela em que o acesso ao direito acontece de maneira limitada ou com má-qualidade. E uma privação extrema seria o “não acesso” aos direitos.

5. OS CASOS DE PERNAMBUCO E DO RIO DE JANEIRO NO ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS

Este capítulo final tem como objetivo direcionar uma análise das respostas dos estados de Pernambuco e do Rio de Janeiro no enfrentamento à epidemia do Zika Vírus.

O evento em saúde pública discutido nessa tese impulsionou a necessidade de uma estruturação imediata do ponto de vista político e institucional e, também, de um reordenamento das ações estaduais. Os casos estudados organizaram ações fundamentais, como por exemplo, comitês gestores, pontos focais, núcleo de atenção às crianças e famílias, mutirões e diálogos intersetoriais.

Na estrutura do capítulo, o caso de Pernambuco será apresentado em primeira ordem, tendo em vista o notável papel assumido pelas estruturas institucionais e de vigilância epidemiológica na identificação dos casos de Síndrome Congênita do Zika Vírus. Além disso, as notificações apresentadas foram importantes para a coordenação das estratégias iniciais em âmbito nacional.

Para a apresentação e discussão do cenário foram utilizados dados dos estados em estudo, contidos em seus Planos Estaduais de Saúde e Assistência Social, fontes estatísticas, instrumentos normativos, entrevistas realizadas a técnicos e gestores, e referências bibliográficas⁷³.

Para referenciar as falas e outros elementos indicados por pessoas entrevistadas serão utilizados códigos. Estes serão introduzidos pelas iniciais de cada estado, acrescidos de um número de identificação.

Nos primeiros dois tópicos serão direcionados os panoramas e respostas de cada caso ao evento em saúde que ora se discute. Posteriormente, o capítulo

⁷³ Os aspectos metodológicos já foram explicados no item relativo a esse debate, logo no início da tese.

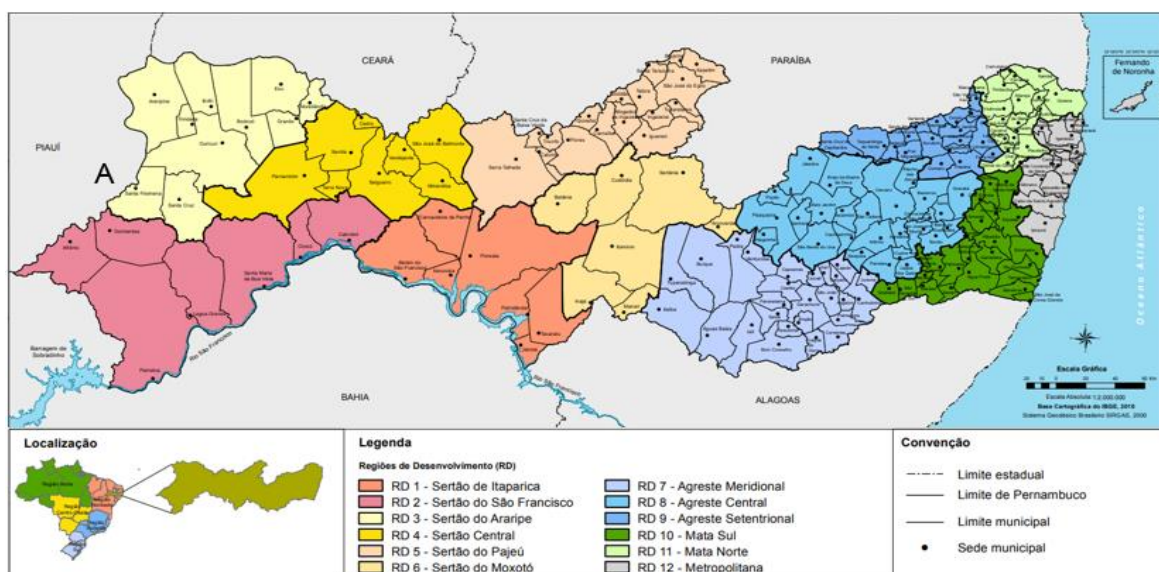
dispõe sobre a análise dessa implementação, tomando como base as estratégias de coordenação, cooperação e intersetorialidade.

5.1 O Caso de Pernambuco

O estado de Pernambuco está situado na Região Nordeste do país e faz limites territoriais com a Paraíba e o Ceará (ao norte), com o Oceano Atlântico (ao leste), com o Piauí (ao oeste) e com Alagoas e Bahia (ao sul). O território abrange 98.146,32 km², com 184 municípios e o distrito estadual de Fernando de Noronha.

A distribuição territorial pode ser classificada a partir das 12 Regiões de Desenvolvimento (RD), conforme o mapa abaixo:

Figura 3 – Mapa Regiões de Desenvolvimento do estado de Pernambuco



Fonte: CONDEPE/FIDEM (2015).

Segundo dados do IBGE (2015), a população estimada em PE era de 9.345.173 no ano em questão. Ainda segundo dados do mesmo instituto, no Censo de 2010, o estado se organiza em 83 municípios de Pequeno Porte 1 (aqueles com 20.000 habitantes); 67 municípios de Pequeno Porte 2 (aqueles com população entre 20.001 a 50.000 habitantes); 23 municípios de Médio Porte

(aqueles entre 50.001 a 100.000 habitantes); e 11 municípios de Grande Porte (aqueles entre 100.001 a 900.000 habitantes).

Em 2013, o percentual da população residente no estado de Pernambuco estava composto de maioria feminina, sendo 52,5%, e de 47,5% do sexo masculino. Na Região Metropolitana do Recife o número corresponde a 46,5% de homens e 53,5% de mulheres (IBGE, 2014).

O estado de Pernambuco é composto de maioria autodeclarada parda (55,30%), de 36,67% brancos, 6,49% pretos, 0,93% amarelos e 0,61% de indígenas (IBGE, 2010).

A distribuição da população residente, por grupos de idade, aponta para uma porcentagem maior de pernambucanos na idade de 30 a 39 anos (15,6%), seguida da idade de 40 a 49 anos (12,8%) e 50 a 59 anos (10%). No segmento de crianças e adolescentes, verifica-se um maior percentual entre aqueles grupos com idades entre 10 a 14 anos (8,5%) e 5 a 9 anos (7,7%) (IBGE, 2014).

Em relação à taxa de fecundidade total, taxa de mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer verificou-se o seguinte cenário:

Quadro XV - Taxa de Fecundidade Total, Taxa de Mortalidade Infantil e Esperança de Vida ao Nascer no estado de Pernambuco - 2014⁷⁴

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (‰)	ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER		
			Total	Homens	Mulheres
Pernambuco	1,83	14,9	72,6	68,5	76,7

Fonte: Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2014).

Em relação ao número de nascidos vivos, verifica-se que em 2016 houve uma redução quando comparado aos anos anteriores, fato que pode estar relacionado à epidemia do Zika Vírus e casos de Síndrome Congênita. Verifica-

⁷⁴ O ano de 2014 foi utilizado como referência porque representa o período mais próximo ao cenário da epidemia.

se que no período de 2008 a 2017 nasceram, em média, 140.435 crianças por ano, número que aponta para uma diminuição de 6,5% no decênio em questão. Em 2008 foram registrados 145.352 nascimentos, enquanto em 2017, verificou-se o número de 135.931 (PERNAMBUCO, 2019).

Sobre a situação de crianças de 0 a 14 anos de idade residentes em domicílios com saneamento inadequado, identifica-se que no estado de Pernambuco 21% vivem sem abastecimento de água de rede geral, 50,8% residem em áreas em esgotamento sanitário de rede geral ou fossa séptica, 18% não tem acesso a coleta de lixo direta ou indireta e 12,7% convivem com todas formas de saneamento inadequado, simultaneamente (IBGE, 2014).

De acordo com o Plano Estadual de Saúde - PES (2020-2023), a população que usa exclusivamente o SUS para assistência médica está inserida principalmente nas macrorregiões de saúde: III (97,9%), II (93,7%), IV (91,1%) e I (80,5%)⁷⁵. Ainda de acordo com dados disponíveis no PES (2020-2023), o estado possui 85,63% de cobertura pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e 76,71% de cobertura estimada pelas Equipes de Saúde da Família, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (PERNAMBUCO, 2019).

Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil (CNES) existiam 2.775 equipes de saúde em todo o estado de Pernambuco em dezembro de 2015, sendo a I Geres (situada na capital) aquela com o maior número (948). As Gerências Regionais com o menor número de equipes estavam situadas naquele período no interior do estado. A VII Geres (situada em Salgueiro) possuía 58 equipes, a XI geres (situada em Serra Talhada) possuía 83 equipes e a X Geres (situada em Afogados da Ingazeira) possuía 86 equipes (BRASIL- DATASUS, 2015).

Comparando com o período de dezembro de 2019, a situação permanecia a mesma em relação à concentração nas gerências situadas na capital ou próximas dela. Sobre esse dado, verifica-se apenas uma pequena ampliação no número de equipes de saúde. Em dezembro do ano em questão, a I Gerência

⁷⁵ As Regiões de Saúde possuem sede respectivamente nos municípios de: Recife (I), Limoeiro (II), Palmares (III), Caruaru (IV), Garanhuns (V), Arcoverde (VI), Salgueiro (VII), Petrolina (VIII), Ouricuri (IX), Afogados da Ingazeira (X), Serra Talhada (XI) e Goiana (XII).

Regional (Geres) concentrava 995, a VII Geres contava com 63, a XI Geres possuía 88 e a X Geres estava com 91 (BRASIL- DATASUS, 2019).

No momento em que eclode a epidemia, Pernambuco estava sendo governado pelo Governador Paulo Câmara e a capital, Recife, estava sob o comando do Prefeito Geraldo Júlio. Na estrutura organizativa do governo estadual, a Secretaria de Saúde estava sob a direção de José Iran Costa Júnior. Através de suas secretarias executivas e coordenações, essa instituição teve um papel fundamental no processo de coordenação, orientação e fortalecimento de rede para o atendimento das demandas impulsionadas pelo contexto instalado naquele momento (PERNAMBUCO, 2015a).

Já a Secretaria da Criança e da Juventude foi vinculada à de Desenvolvimento Social, comandada por Isaltino Nascimento. No contexto epidêmico, essa secretaria também assumiu um papel importante, tendo em vista as responsabilidades de planejar, coordenar e executar as políticas de assistência social, sistema socioeducativo, articulação social, criança e juventude, pessoas com deficiência, combate às drogas e outros segmentos, setores fundamentais à construção de articulações intersetoriais ao atendimento de famílias e crianças acometidas pelas consequências sociais ocasionadas pelo ZIKAV (PERNAMBUCO, 2015a).

O breve cenário citado acima é aquele que mais se aproxima da realidade na qual o estado de Pernambuco vivenciava quando eclodiu a epidemia de Zika Vírus. Como já discutido no capítulo anterior, é esse estado o primeiro a identificar um aumento significativo no número de doenças exantemáticas, além da incidência de microcefalia e outras alterações físicas que levaram o setor de vigilância socioassistencial e os governos locais a mobilizarem o Governo Federal sobre a existência de um possível evento inesperado.

Com essa problemática à tona e com o aumento das notificações, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) publicou a Nota Técnica SEVS/DGCGDA nº 43, de 27 de outubro de 2015, por meio da qual há um alerta sobre uma possível alteração no padrão de ocorrência de microcefalia (alteração congênita) em nascidos vivos no estado. Nessa primeira nota, cita-se a existência de 29 casos em crianças nascidas a partir de agosto do mesmo ano.

A primeira evidência citada pela Nota Técnica em questão sobre uma possível gravidade do cenário instalado se refere a uma mudança no padrão de ocorrência dessa alteração congênita no Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc), quando comparado aos anos anteriores. Os dados apontam para 5 casos em 2011, 9 casos em 2012, 10 casos em 2013 e 12 casos em 2014 (PERNAMBUCO, 2015b)⁷⁶.

De acordo com o entrevistado PE1, as primeiras evidências de que um evento complexo estava se apresentando ao estado foram provocadas e notificadas por médicos experientes com a temática da saúde infantil.

As primeiras articulações entre os profissionais que atuam na rede com as instâncias de coordenação, como é o caso da SES/PE, tiveram início em outubro de 2015:

Começou a gente assim... foi o primeiro surto notificado por whatsapp. Tem duas pessoas aqui que tem muita interface com a rede [...].

Eles (os profissionais da SES) começaram a responder no whatsapp várias notificações, de vários médicos, do estranhamento do aumento das microcefalias. Médico experiente, médico de 70 anos de idade que foca em pediatria, que trabalha com mulheres grávidas. Médico que via uma vez na vida um caso de microcefalia e que agora começou a ver muito. Depois os neurologistas... E aí isso mais ou menos entre 19 e 20 de outubro. E aí a gente constatou que era um número grande, quando comparado a outros períodos (PE1, 2020).

Nesse momento, outubro de 2015, ainda não havia sido identificada uma relação do Zika Vírus com os casos de microcefalia. A Nota Técnica nº 43 asseverou que os casos poderiam estar relacionados por diversos motivos, como por exemplo, infecções congênitas e outras causas não infecciosas. Qualquer caso suspeito deveria ser imediatamente notificado através da identificação “nascido vivo com perímetro cefálico igual ou menor a 33 cm durante o nascimento” (PERNAMBUCO, 2015b, p.2).

Buscando investigar o evento em saúde pública que se instalou nesse período, identificou-se uma importante articulação entre a SES/PE, com o

⁷⁶ Como já apresentado, os dados do RESP (2020) apontam para a notificação de 473 casos confirmados de crianças com SCZV, entre os anos de 2015 a 2019 (período de análise desse estudo), no estado de Pernambuco.

Ministério da Saúde e com a Organização Pan-Americana de Saúde. Além da participação dessas instituições, verifica-se um apoio fundamental de gestores, técnicos, neurocientistas, pesquisadores, epidemiologistas, entre diversas outras categorias profissionais, que se fizeram essenciais no processo de análise das graves circunstâncias existentes. Esse grupo técnico compôs ainda o Comitê de Operações de Emergências em Saúde (COES), núcleo responsável pelo debate e planejamento de agendas prioritárias.

A participação da coordenação estadual nesse processo inicial foi fundamental, tendo em vista que à época o cenário político do país se mostrava conturbado, dados os embates vinculados ao processo de impeachment da então Presidente Dilma Rousseff. Com isso, as instâncias e estruturas vinculadas ao governo federal vivenciavam também um momento de forte fragilidade institucional.

De acordo com PE1, os primeiros casos foram atendidos em hospitais de referência e com profissionais com ampla experiência na área neurológica, como era o caso do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip), do Hospital Universitário Osvaldo Cruz (Huoc) e no Hospital Barão de Lucena (HBL). Tais instituições e vários dos seus profissionais se tornaram referência para o atendimento de crianças com SCZV e impulsionaram a execução de diversas pesquisas.

Em novembro de 2015, o governador Paulo Câmara e o prefeito Geraldo Júlio publicaram vários decretos de emergência voltados à publicização de orientações em torno da complexidade instalada no estado em decorrência das doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti* (Dengue, Chikungunya e Zika Vírus), que tiveram um aumento no ano em questão. A urgência nas assinaturas desses decretos estava associada à confirmação da relação entre o Zika Vírus e os casos de microcefalia, fato comunicado pelo Ministério da Saúde em 28 de novembro de 2015.

Em todo esse processo, verifica-se que a estrutura consolidada da Vigilância Epidemiológica no estado foi fundamental, tanto por identificar os primeiros casos, como por direcionar subsídios à construção dos protocolos.

Em relação a isso, concorda-se com Cunill-Grau (2005) quando assevera que tais respostas devem estar associadas a contextos estruturais favoráveis, a um financiamento adequado, bem como a um quadro de profissionais compatíveis e com qualificação técnica. Apesar de no período epidêmico, o país vivenciar um contexto econômico desafiador, Pernambuco conseguiu garantir uma estrutura mais favorável do que outras regiões, estimulando a institucionalização e legitimidade das ações vinculadas à Vigilância Epidemiológica.

De acordo com PE1 (2020), a resposta rápida de enfrentamento e prevenção a novos casos relacionados à epidemia se deu dada a rotina e o fluxo já existente no atendimento de demandas complexas como a que se instalou. Nas palavras desse entrevistado, o caminho percorrido pelas notificações e pela comunicação entre os entes federados contribuem para que sejam emitidos alertas sobre possíveis situações de emergência.

Para o entrevistado, as ações continuadas que eram rotina na particularidade do estado de Pernambuco foram essenciais para a criação das estratégias de enfrentamento:

Pernambuco já tinha essa estratégia implantada. No Ministério o CIEVES é indicado em 2005. E a gente em 2009.

Então o ZIKA já pegou a resposta pronta. A resposta da gente foi rápida porque isso já era uma rotina. A gente já tinha um formulário eletrônico para coisas inusitadas. Também, alguns profissionais já tinham uma cultura da escrita (PE1, 2020).

Nesse sentido, a epidemia em si não foi vista como uma grande novidade aos setores vinculados à criação de respostas e protocolos no âmbito da SES/PE, dada a experiência de enfrentamento de eventos anteriores, bem como pela estrutura de vigilância epidemiológica já instalada. As principais dificuldades imbricadas ao contexto se referem às consequências que viriam por meio da relação entre a microcefalia e outras alterações congênitas com o Zika Vírus.

O entrevistado PE1 (2020) avalia inclusive que Pernambuco desenvolveu instrumentos e protocolos que foram sendo avaliados pelos demais estados e

pelo Ministério da Saúde para serem utilizados com o avanço e espalhamento da epidemia.

Outro aspecto identificado como fundamental foi a atuação dos atores envolvidos no processo, já que pouco tempo antes houve uma renovação da equipe estadual da secretaria de saúde. Dessa maneira, a articulação interna entre a equipe que já possuía experiência histórica com outras epidemias, com aquela que havia sido recentemente contratada, foi um fator verificado como importante para a condução de respostas eficazes:

Mas o que diferenciou a gente foi ter estruturas consolidadas... ter o CIEVS. As equipes também...

Fazia pouco tempo e o gestor daqui tinha renovado a equipe.

Entre 2011,2012 e 2013 houve uma renovação muito grande aqui na secretaria, o que mesclou com técnicos antigos que tinham grande expertise, com esses novos técnicos que tinham mestrado, doutorado...a qualificação técnica da equipe ficou bem melhor.

A experiência da equipe antiga era muito boa porque eles vinham de grandes experiências. Mas eles tinham a chave de uma Vigilância empírica. Eu não sei se no caso do Zika, se não tivesse havido essa renovação, se a resposta seria a mesma (PE1, 2020).

Em relação a essa questão e considerando a centralidade das estruturas institucionais para o desenvolvimento de ações coordenadas, concorda-se com Souza (2007) quando assevera que algumas instituições tornam o curso de algumas ações mais fáceis que outras, pois definem e redefinem alternativas capacitando os atores que conduzirão políticas públicas em espaços e cenários, como é o caso do momento que se direcionou na SES/PE.

Dessa maneira, identifica-se que do ponto de vista institucional e gerencial houve caminhos e estratégias importantes delineadas no âmbito da estrutura da SES/PE que levaram ao desenvolvimento de uma capacidade de coordenação significativa ao enfrentamento da epidemia.

Como se viu no capítulo anterior, as associações entre o ZIKAV com as alterações neurológicas surgiram pouco tempo depois das primeiras notificações, dado a atuação de instituições de pesquisa e de diversos

profissionais que realizaram o atendimento direto às famílias e crianças acometidas pela síndrome congênita.

Além da importância da atuação de pesquisadores, há também que ser registrada a função gestora exercida pelas estruturas institucionais governamentais. Observa-se que esses últimos elementos contribuíram para a criação de estruturas cooperativas e intersetoriais.

Há também nesse campo a identificação de instituições mais autônomas do que outras para o desenvolvimento de atribuições. Como já citado, isso pode acontecer pela capacidade de investimento em recursos humanos, de financiamento destinado à execução da política ou pelo poder exercido por alguns atores diante de uma dada processualidade.

Como se identifica, a SES/PE assumiu um papel essencial de coordenação das ações que foram criadas desde a descoberta das primeiras notificações. Por essa razão, estabeleceu-se uma importante articulação entre essa instituição com àquelas vinculadas aos setores de pesquisa.

De acordo o entrevistado PE1 (2020),

E nesse tempo todo a gente nunca viu um cenário tão colaborativo [...] A governança mesmo eu avalio que funcionou... (PE1,2020).

O cenário citado pode ser verificado a partir da construção de Notas Técnicas conjuntas, de debates permanentes construídos com a comunidade científica, da articulação com outras políticas públicas, sobretudo a de assistência social, bem como da criação do Núcleo de Apoio às Famílias de Crianças com Microcefalia da Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE).

A criação do Núcleo representou uma estratégia fundamental de articulação intersetorial e de permanência do debate em anos posteriores à eclosão da epidemia. Visualiza-se que o mesmo se consolidou como um rico espaço de debate e de criação de ações às demandas sanitárias, bem como àquelas vinculadas aos desafios enfrentados pelas famílias e crianças acometidas pela síndrome.

De acordo com PE2 (2020), o Núcleo foi implantado em maio de 2016. Era um momento em que existiam muitos casos em investigação. O objetivo era estabelecer um espaço de referência estadual na coordenação de respostas e estratégias. Assim, “ele foi estruturado de forma que tivesse a coordenação do nível central e das coordenações regionais, as GERES” (PE2, 2020):

E aí o núcleo era composto por profissionais de saúde, tanto aqui na capital, quanto nas GERES. E aí a gente começou a identificar as necessidades, chegando muito próximo das famílias. A ideia era entender caso a caso; fechar os diagnósticos...

E aí foi implantado o núcleo para dar assistência a essas famílias, junto com a Vigilância e com a Assistência, visando a necessidade de estruturação dos serviços (PE2,2020).

Nesse sentido, o Núcleo funcionou com o objetivo de acompanhar as crianças, prestar orientação às famílias e identificar formas de garantia de acesso a serviços e programas por parte das famílias, de modo regionalizado. Articulado à Vigilância Epidemiológica, o setor também buscou construir estratégias para o fechamento de casos em investigação, através da criação de mutirões interiorizados e de orientação às famílias.

O atendimento prestado se consolidou inicialmente nas estruturas da capital, como foi o caso dos hospitais de referências já citados, bem como por meio da Associação de Assistência à Criança com Deficiência (AACD).

É importante ressaltar que a estrutura da Vigilância Epidemiológica presente no ente estadual construiu importantes diálogos com os municípios, incentivando a notificação de casos suspeitos ou confirmados de crianças com microcefalia e outras alterações congênitas, bem como apoiou na condução das ações de planejamento e estabelecimento de prioridades.

Apesar de uma resposta rápida ter sido citada por alguns entrevistados no que se refere ao enfrentamento do problema, dada à organização de profissionais e da equipe de vigilância, verifica-se que alguns desafios foram sendo colocados na atuação desse estado, sobretudo no que se refere ao encerramento dos casos suspeitos, encaminhamento à rede socioassistencial e atendimento das demandas apresentadas pelas famílias.

De acordo com PE2 (2020),

Quando eu cheguei à secretaria, ainda estava bem complicado aqui. Muitos mutirões e na tentativa de encerrar os casos, de modo que a gente não perdesse a janela de oportunidade dessas crianças, né?

E aí a secretaria já estava nesse movimento de fechar essa questão. A gente fez grandes mutirões, tanto na região Metropolitana quanto no interior. E aí os profissionais foram passando nessas regiões, de modo que fossem identificadas as demandas e encaminhamentos para os serviços.

Na verdade, isso tudo foi feito em paralelo, tanto a questão de organização da rede para receber e a rede de reabilitação (PE2,2020).

Ao longo do processo, a SES/PE e as demais instituições que compunham o Comitê de Operações de Emergências em Saúde (COES) e o Núcleo de Apoio às Famílias de Crianças com Microcefalia da Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE) foram identificando os principais aspectos relacionados ao atendimento, reabilitação e proteção social às crianças e suas famílias.

Pode-se afirmar que a principal estratégia para o fechamento de casos suspeitos foi a realização de mutirões na capital e no interior do estado de Pernambuco. Participaram dos atendimentos locais o setor saúde com foco na identificação do diagnóstico, a assistência social com o objetivo de encaminhamento ao acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) e rede socioassistencial, além da Previdência Social para a realização dos atendimentos a crianças e famílias.

Os entrevistados que atuam tanto no setor saúde, quanto na assistência social, reconheceram que várias estratégias foram planejadas e discutidas nos comitês e no Núcleo de Atendimento às Famílias, porém os mutirões foram considerados as ações que mais funcionaram, pois além de reunirem atores fundamentais para o atendimento dos casos, também aconteciam em territórios próximos às famílias.

Torna-se importante destacar ainda que o território pernambucano possui vários municípios de pequeno porte que não dispõem de redes consolidadas para atendimento no âmbito das políticas públicas. Tal aspecto faz com que os

territórios com maior estrutura construam articulações e convênios para o recebimento de demandas.

A capacidade de atendimento citada é sentida tanto do ponto da estrutura técnico-científica, quanto de recursos humanos disponíveis para o atendimento de casos complexos. Como já abordado, há uma carência de profissionais em territórios localizados mais distantes da capital ou de outros polos de referência.

Sobre isso, PE1 (2020) reflete que

Pernambuco tem 185 municípios. Mas com capacidade de resposta, apenas 15. Os outros são extremamente frágeis. E não adianta pedir nada porque eles já estão no limite da sua capacidade. Então se a gente pede, a coisa vai e volta pra sua cabeça.

Então você pede para ele ir lá e ele não consegue dar conta.

Se você pede para o Agente Comunitário, ele vai dizer que é mais uma tarefa. Eles também não estão acostumados em dar respostas para questões mais amplas. Isso nesses municípios mais frágeis. Se você pede uma coisa a mais eles não irão saber/conseguir responder.

Então a solução foi o mutirão (PE1,2020).

Esse cenário veio se alterando nos últimos anos com a interiorização de universidades e Institutos Federais que apoiaram na formação de profissionais e condução de projetos de pesquisa. A maioria dos entrevistados aponta para a importância dos atores vinculados a essas instituições na descoberta de fatores associados à epidemia, bem como na colaboração para o direcionamento de ações.

Apesar disso, afirma-se que tais instituições não substituem a rede de atendimento vinculada às políticas públicas, que deve estar estruturada para o atendimento a casos imediatos e aqueles que demandam atenção em longo prazo.

Pode-se afirmar que o estado de Pernambuco coordenou as suas ações de enfrentamento à epidemia em dois momentos. O primeiro, como se viu, esteve articulado à atenção às necessidades mais imediatas das crianças. Sabe-se que a microcefalia foi o primeiro fator associado, porém outras questões foram surgindo ao longo dos anos. Dessa maneira, o setor saúde esteve voltado a essa

compreensão, realizando parcerias com instituições de pesquisa e outros serviços.

O segundo momento para o atendimento das questões relacionadas à epidemia teve como objetivo a descentralização da assistência e atendimento às crianças nos equipamentos localizados no interior do estado. Até o final de 2019, a rede de referência reconhecida pela SES/PE contava com 34 unidades localizadas nas 12 Regiões de Saúde.

Os dados do RESP (2020) em relação à distribuição dos casos de SCZV em crianças vivas, atendidas pela atenção primária ou especializada, em PE, entre 2015 e 2019, apontam que foi registrado um número de 407 crianças atendidas⁷⁷.

Segundo informações apresentadas nas entrevistas aos profissionais da Secretaria de Saúde do estado, a expansão dos atendimentos no interior foi fundamental, já que muitas crianças e famílias precisavam percorrer longas distâncias para o acesso à reabilitação.

A proposta de interiorização, coordenada pelo governo estadual, esteve voltada prioritariamente à implementação de serviços de reabilitação a partir da estrutura já existente nos municípios, considerando as regiões de saúde. Dessa maneira, contou-se com a participação das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAEs). Nas regiões onde não existiam tais equipamentos, orientou-se à utilização da rede hospitalar.

Não haveria possibilidade de atendimento a todos os aspectos envolvidos, sem a criação de ações coordenadas, cooperadas e intersetoriais. Como já apontado por Cunill – Grau (2005), a noção de intersetorialidade implica na integração de diversos setores com o objetivo de dar resolutividade a uma

⁷⁷ Ao analisar o número de casos confirmados entre os anos de 2015 a 2019 (473) e o número de óbitos fetais (47), o dado demonstra que o atendimento de um pequeno número de crianças pode não ter sido notificado no que se refere ao atendimento na rede pública ou pode estar relacionada a óbitos em outras idades. A informação aponta ainda para um considerável registro de acesso aos equipamentos vinculados ao setor saúde no estado de Pernambuco.

OBS: os dados acima estão no RESP, atualizados em 13/04/2020.

determinada questão. Dessa maneira, envolve necessariamente os dois outros fatores: coordenação e cooperação.

No contexto da epidemia do Zika Vírus, essa integração foi acontecendo de forma coordenada pela SES/PE. O fenômeno complexo em saúde demandou dessa secretaria a organização das ações a serem desenvolvidas pelos municípios e a convocação para a participação das demais instituições nos comitês e no Núcleo de Atenção às Famílias.

De acordo com os entrevistados vinculados aos órgãos de saúde e assistência, verificou-se uma importante articulação entre os setores, apesar de citada uma diminuição da participação nos últimos anos.

No que se refere à saúde pública, a estrutura estadual regionalizada nas GERES foi essencial para a articulação local entre os setores da assistência, reabilitação, acesso a medicamentos e outras demandas particulares.

Torna-se importante ressaltar que uma maior intersectorialização foi verificada nas instâncias situadas próximas à capital. Apesar disso, vários entrevistados relataram que os espaços dos mutirões apontaram para um debate cooperativo entre os setores.

O principal desafio citado para o direcionamento de um maior grau de intersectorialidade diante da problemática da epidemia do ZIKAV está relacionado também à inexistência de estruturas regionalizadas no campo da assistência social. Verifica-se que tal organização só se manifesta de forma mais clara no campo da saúde pública, através da atuação das GERES e de outras instituições vinculadas ao setor em questão.

Sobre esse aspecto, PE2 (2020) assevera que há uma influência na condução da assistência social. De acordo com a entrevistada,

Mas isso também porque depende da maneira como a assistência se estruturou. É diferente do SUS. A gente tem as regiões de saúde. A gente tem as regionais. A gente atua na dificuldade dos territórios de melhor maneira.

Isso que eu vou falar agora é uma opinião minha tá? Mas o que percebo é que a assistência social do estado está na capital e fica muito distante dos municípios. Eles ficam estimulando para que os municípios façam (PE2, 2020).

Como já apontado na Seção 3, os contextos e as estruturas organizacionais impõem limites à atuação intersectorializada dos atores. Apesar disso, a criação de processos integrativos e de estratégias colaborativas foram verificadas no contexto do estado pernambucano e contribuíram para a articulação de políticas públicas e enfrentamento das questões mais emergenciais vinculadas à epidemia.

Os principais arranjos colaborativos e intersectoriais verificados estão relacionados às áreas da saúde e da assistência social, apesar dos desafios citados.

No campo da assistência social, o acompanhamento do ente estadual envolveu a identificação dos casos junto a SES/PE e o cruzamento das informações com o Cadastro Único (CadÚnico), de modo a orientar os municípios sobre a necessidade de acompanhamento das famílias.

A entrevistada PE3 (2020), cita que o setor de Vigilância Socioassistencial da Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude atuou de forma intersectorial, dadas as orientações e protocolos conjuntos para o atendimento das demandas de crianças e famílias.

Nesse processo, os principais encaminhamentos de coordenação vinculados à assistência social estiveram com foco no subsídio e orientação aos municípios no que se refere ao acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), bem como na identificação dos casos e estímulo à busca ativa das famílias por parte dos municípios.

Como se sabe, o setor em questão é executado prioritariamente pelas gestões municipais e possui um número escasso de estruturas regionais. O acompanhamento do ente estadual às ações dos municípios aconteceu mais através do apoio e do assessoramento técnico, do que no monitoramento das ações que vinham sendo desenvolvidas localmente.

De acordo com PE3 (2020),

E aí o acompanhamento em si acabou se perdendo. E aí a gente não sabe exatamente quantos, mas a gente sempre mandava a planilha para os municípios e incentivava eles com a saúde a fazerem a busca ativa das famílias. E isso valia tanto para as famílias que estavam no

CadÚnico quando para aquelas que não estavam. E orientava eles a identificarem, se era porque não estavam no perfil de renda ou se era porque não estavam em inscritas ou não tinham sido identificadas pela assistência (PE3,2020).

Além disso, esse setor participou dos mutirões e realizou encontros regionais. Tais estratégias foram entendidas pela gestão estadual como mecanismos importantes ao direcionamento de ações intersetoriais entre a Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude, a Secretaria Estadual de Saúde, Previdência Social e Educação.

Assim como no setor saúde, a assistência social também avaliou, em entrevista, os impactos da capacidade de gestão de municípios de pequeno porte para o atendimento às questões vinculadas à epidemia. Diante disso, pode-se afirmar que houve dois momentos importantes na atuação desse setor específico:

1. Realização de Encontros Regionais de modo a construir relações cooperadas e intersetorializadas entre o ente estadual e os municípios.
2. Articulação intersetorial entre Saúde, Assistência Social e Previdência Social, tendo como instrumentos orientadores as normativas federais, os protocolos estaduais, a formação dos comitês e a atuação junto ao Núcleo de Atenção às Famílias.

Em relação ao primeiro momento, PE3 (2020) avalia que:

Então, isso é bem interessante porque faz a gente lembrar da assistência. É um desafio principalmente porque para os pequenos isso era uma coisa muito nova: dependiam de capacidade técnica, financeira... e aí a gente se aproximou a partir dos encontros regionais, né? A parte midiática também foi muito forte. Quase todos os municípios da região estavam presentes. E esse era o momento que a gente tinha contato com os municípios e orientava sobre quais procedimentos seriam adotados. E aí o primeiro contato foi esse (PE3, 2020).

No acompanhamento às questões complexas que demandavam planejamento e discussões conjuntas, identifica-se que os espaços dos comitês foram essenciais para direcionar as ações vinculadas à assistência social no estado em questão.

As articulações eram importantes para a identificação dos casos, bem como para o compartilhamento de dados entre os setores envolvidos nas estratégias de enfrentamento ao evento em saúde.

Nesse cenário de compartilhamento de informações, verifica-se inclusive uma significativa articulação entre Assistência Social e a Previdência Social, fato relacionado à identificação de crianças com direito ao acesso ao BPC, bem como de encaminhamentos e atendimento das famílias.

Para PE4 (2020), a atuação intersetorial da Previdência se consolidou de forma mais restrita quando comparada a outras políticas públicas, dada a existência de limitada autonomia e da forte hierarquização presente na instituição.

Outro fator que se colocou como um obstáculo a uma maior intersetorialização envolveu a conjuntura do período marcada pela greve dos trabalhadores do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), entre 2015 e 2016. Além disso, as instâncias de coordenação vinculadas diretamente ao governo federal sofreram as consequências políticas que marcavam aquele período, com o iminente processo de impeachment da Presidente Dilma Rousseff.

Ao tratar da atuação da Previdência Social nesse período, PE4 (2020) asseverou que

A gente tinha um diálogo na direção em todos os níveis, mas como tem essa questão muito forte da hierarquia, a gente demorava pra ter algumas respostas. Ou a direção central do INSS dependia de respostas do próprio Ministério. E aí não era tão forte a minha participação lá. Não conseguia fluir tanto como nas outras políticas (PE4, 2020).

Por essa razão, concorda-se com Lotta e Favareto (2016) quando asseveram que na discussão da análise da intersetorialidade, as instituições devem possuir a integração entre governança, processos decisórios e autonomia.

Mesmo com os desafios impostos à autonomia institucional a partir do exemplo citado, destaca-se a existência de ações cooperadas entre atores vinculados à previdência social, à assistência social, à política de saúde e outras

instituições através da participação nos comitês, nos mutirões e no Núcleo de Apoio às Famílias.

Um ponto de destaque em relação ao estado de Pernambuco é a existência de programas que já operavam de forma intersetorial em momentos anteriores à epidemia. Desse modo, pode-se afirmar que assim como havia um importante setor de Vigilância Epidemiológica localizado no setor saúde, havia também estratégias de acompanhamento a crianças. A estrutura pré-existente foi dessa forma utilizada pelo governo estadual como um dos mecanismos de apoio ao novo segmento PCD que surge com a epidemia do ZIKAV.

Pode-se citar como um diferencial do estado em questão, as estruturas de programas de Primeira Infância, como foi o caso do Programa Mãe Coruja. Além disso, no que se refere ao atendimento de crianças com deficiência, cita-se o Programa PE Conduz e o Programa Olhar para as Diferenças.

O “Mãe Coruja” foi criado em 2007 e tem como objetivo a garantia de uma gestação de qualidade, bem como uma atenção continuada na atenção às mulheres e crianças. O programa está presente em 105 municípios do estado e inclui o trabalho intersetorial de 09 Secretarias de Estado e Gabinetes estratégicos (PERNAMBUCO, s/a).

O “Programa PE Conduz” é coordenado pela Superintendência Estadual de Apoio à Pessoa com Deficiência e tem como objetivo a oferta de vans adaptadas para a garantia de mobilidade do segmento PCD. Apesar da importância desse programa para o atendimento desse grupo específico, verifica-se que o mesmo não atende aos municípios com as menores capacidades de gestão. A atuação acontece na capital e na região metropolitana, no Agreste Central, nas Zonas da Mata Norte e Sul e no Sertão do São Francisco. Outras regiões, no entanto, não são beneficiadas pelo programa e dependem exclusivamente das gestões municipais para a atenção às crianças e suas famílias (PERNAMBUCO, s/a).

Já o programa “Olhar para as Diferenças” veio sendo implementado entre os anos de 2018 e 2019 e teve justamente o objetivo de institucionalizar a

intersectorialização no atendimento a crianças com deficiência, com idade entre 0 e 6 anos.

O “Olhar para as Diferenças” surge de forma intersectorial no âmbito do ente federado estadual e tem como objetivo a ampliação da proposta de integralização dos setores, buscando a garantia do acesso a políticas de saúde, educação e assistência social a crianças com deficiência. Torna-se importante destacar que essa proposta não surge em decorrência das consequências da epidemia, mas como uma ação voltada ao atendimento do segmento PCD infantil de forma generalizada.

De acordo com PE5 (2020), a estrutura de Programas de Primeira Infância foi essencial ao enfrentamento da epidemia no estado pernambucano. Avalia-se que as ações pré-existentes vinculadas ao sistema de vigilância epidemiológica, vigilância socioassistencial e de programas locais podem ter se comportado como fatores determinantes ao direcionamento de estratégias intersectoriais.

De acordo com PE5 (2020),

O estado tem uma vanguarda bastante relevante em relação a isso, desde o Mãe Coruja, de apoio a mulher grávida. Mas isso se transversaliza com essa questão porque fica acompanhando essa mulher, tanto pelo acompanhamento dessa família por um tempo.

Aí tem também o Criança Feliz que é um Programa do Ministério. Mas tem o Mãe Coruja, tem o PE Conduz e tem também o Olhar para as Diferenças que é o que eu sou responsável. Fora isso tem o Pacto pela Primeira Infância. Tem uma série de instrumentos legais que normatizam o investimento do estado em relação à primeira infância, entendendo ela como essa janela de oportunidades que a gente fala né? Tanto do ponto de vista do desenvolvimento neurológico, como do cidadão como um todo, de médio e longo prazo (PE5, 2020).

Apesar do foco dado pela maioria dos entrevistados aos programas estaduais, não se pode deixar de mencionar que diversos desafios se colocaram ao enfrentamento da epidemia e à construção de uma rede intersectorial para além das estruturas vinculadas ao ente estadual.

As principais complexidades mencionadas pela maioria dos atores estavam relacionadas à necessidade de diálogo entre os municípios para a interiorização das ações, intersectorialização territorial, garantia dos atendimentos

de forma contínua e capacidade técnica ou de gestão em municípios de portes menores.

Como se viu, as várias articulações direcionadas no âmbito do ente estadual foram fortalecidas a partir da forte presença dos comitês, do Núcleo de Apoio às Famílias e da estrutura técnico-científica presente na região metropolitana.

Assim, verifica-se que fatores externos a esses espaços se colocaram ainda como desafios à implementação de ações intersetoriais na relação entre estado e municípios. Cita-se aqui, por exemplo, a escassa presença de programas nos municípios do interior do estado, bem como da capacidade técnica para o atendimento às complexidades vinculadas ao evento em saúde que ora se discute.

De acordo com PE6 (2020),

Realmente as ações não só da rede de saúde, mas de outros setores, da assistência etc ficavam mais concentradas na região metropolitana. A gente via e enxergava a região metropolitana. E a partir do momento que foi se interiorizando, foi se construindo. Então assim, começou primeiro com a região metropolitana, depois foi para as macrorregiões... e isso foi se interiorizando, conforme a demanda. A gente não fez isso de forma antecipada. Tiveram os casos para depois serem interiorizadas as ações.

E também uma questão importante é que não tinham profissionais para atuar no interior. Você procurava um profissional especializado em neuropediatria e você não tinha esse profissional no interior. Então você tinha centros de reabilitação, mas você não tinha um tomógrafo, você não tinha um neuropediatra para fazer essa avaliação... (PE6,2020).

De modo geral, pode-se afirmar que o desenvolvimento de ações intersetoriais no estado de Pernambuco teve mecanismos importantes, como por exemplo:

1. Coordenação estadual no direcionamento dos primeiros protocolos e atendimento às famílias;
2. Forte articulação do setor de Vigilância Epidemiológica com os municípios e Ministério da Saúde;

3. Construção de redes colaborativas para a identificação, atenção e reabilitação dos casos;
4. Construção de redes colaborativas entre as universidades e o ente estadual;
5. Mutirões Intersetoriais para o fechamento dos casos;
6. Comitês intersetoriais;
7. Núcleo de Atenção às Famílias;
8. Articulação com programas de Primeira Infância;

Pode-se asseverar que o caso de Pernambuco foi um laboratório para o ente federal e para outros estados no que se refere à criação de protocolos. Tal afirmativa corrobora com a fala de PE6 (2020) ao dar destaque ao aspecto mencionado:

Pra você ter uma ideia, pode pegar o primeiro protocolo da gente e o primeiro protocolo do Ministério, não tem diferença. Então tudo que a gente escreveu, corrigidas algumas coisas, com a melhoria do tempo, serviu de base para protocolos nacionais e internacionais. Porque não tinha. É muito ruim você criar a coisa do 0, mas ao mesmo tempo você observa que serviu de referência para o mundo (PE6,2020).

Além dessas questões, foi possível verificar que o principal mecanismo vinculado ao direcionamento de ações intersetoriais no estado pernambucano esteve situado nas estratégias implementadas pelo Núcleo de Atenção às Famílias. Esse espaço, como se viu, reuniu integrantes de várias políticas públicas e instituições, inclusive àquelas articuladas aos movimentos de famílias de crianças com SCZ, como foi o caso da União Mãe de Anjos (UMA).

Dos 11 entrevistados, 9 identificaram que esse foi o espaço em que se viu a criação de ações coordenadas, cooperadas e intersetoriais para o atendimento das questões mais emergenciais vinculadas ao contexto que ora se discute.

Em relação a isso, PE7 (2020) avalia a atuação do Núcleo diante do contexto epidêmico, no período analisado:

E aí essa integração sempre junto com Vigilância, com assistência... e principalmente junto ao núcleo. E isso representa muito a nossa atuação intersetorial. E aí a gente trabalha junto também com a Secretaria de Desenvolvimento social, Criança e Juventude principalmente em duas frentes. Porque a gente faz parte da câmara técnica e do comitê gestor do BPC na escola. Então a gente também

está envolvido também com essas crianças que recebem o Benefício de Prestação Continuada. E também com a Secretaria Estadual de Apoio à Pessoa com Deficiência (SEAD). E também a intersetorialidade em relação à educação.

Os outros três entrevistados que não citam tal espaço atuavam em instituições de atendimento ao segmento de crianças com SCZ, localizadas no interior do estado. Tal aspecto pode estar relacionado ao fato de que as reuniões do Núcleo aconteciam na sede do nível central da SES/PE, localizada na capital. Além disso, são estruturas institucionais que não estão articuladas à gestão ou à coordenação de ações. Apesar disso, torna-se importante ressaltar que integrantes das GERES participavam das reuniões e posteriormente realizavam as articulações com as demais instituições de suas regiões.

No que se refere aos desafios à existência de um maior grau de intersetorialização entre os entes federados e suas respectivas políticas públicas, diante da atuação do estado em questão, verifica-se:

1. Escassa capacidade técnico-científica em municípios situados no interior do estado;
2. Dificuldades de organização da rede de atendimento, com foco no trabalho intersetorial;
3. Baixo nível de autonomia entre algumas instituições, como foi o caso daquelas vinculadas à Previdência Social.
4. Baixa capacidade de gestão de municípios de pequeno porte;
5. Não compartilhamento de recursos financeiros entre políticas públicas para o enfrentamento conjunto do problema.

É fundamental asseverar ainda que as mães e famílias de crianças com Síndrome Congênita do Zika enfrentaram diversas complexidades à garantia do acesso a diversos procedimentos, bem como ao BPC. As questões se relacionavam às condicionalidades vinculadas ao benefício, à distância percorrida do interior à capital do estado, ao desconhecimento das complicações que envolviam à SCZ, às incertezas sobre o futuro das crianças, ao acesso a

medicamentos, ao assédio imposto por várias pesquisas e o não compromisso ético articulado a alguns estudos.

Como já citado, essa análise teve como objetivo a identificação das estratégias intersetoriais adotadas pelas políticas públicas diante da epidemia do ZIKAV. Diante disso, há que se reconhecer que a atuação das mães, através de suas associações, foi um elemento que contribuiu em certa medida para o fortalecimento das instâncias de planejamento e de implementação de políticas públicas.

As dificuldades existentes no cotidiano das famílias foram sendo discutidas no Núcleo de Apoio, na participação das mães em mutirões e nos trabalhos de visita aos territórios. Por essa razão, pode-se afirmar que a intersetorialidade direcionada no âmbito das políticas públicas contou com a participação e cooperação de técnicos, gestores e também de movimentos de famílias de crianças com SCZ.

As especificidades vivenciadas no estado de Pernambuco apontam para uma coordenação vertical no direcionamento de orientações, protocolos e na definição da rede de atendimento. Também, verifica-se certo grau de horizontalidade no planejamento e no atendimento às necessidades que surgiram no processo. Tal aspecto pode ser verificado a partir dos debates travados nos espaços formais, como foi o caso dos comitês e do Núcleo de Atenção.

A gravidade do fenômeno da Síndrome Congênita também mobilizou várias instituições e atores, de forma cooperada, aspecto que incidiu de maneira positiva no planejamento e implementação de estratégias.

Embora tenham existido protocolos, notas técnicas, declaração de emergência, planos nacionais e criação de ações por parte do Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, no período supracitado, verifica-se que foram os estados, em parceria com os municípios, os principais responsáveis por coordenarem a implementação de estratégias de enfrentamento à epidemia.

A experiência do estado de Pernambuco teve diversos aspectos positivos, dada à existência de uma rede de cuidados com programas destinados a crianças e ao acompanhamento materno, bem como pela estrutura de Vigilância Epidemiológica existente. Esse território foi ainda referência por ter se conformado inicialmente como o foco das descobertas e dos estudos iniciais. Tais fatores podem ter sido os determinantes para a construção de uma resposta intersetorial.

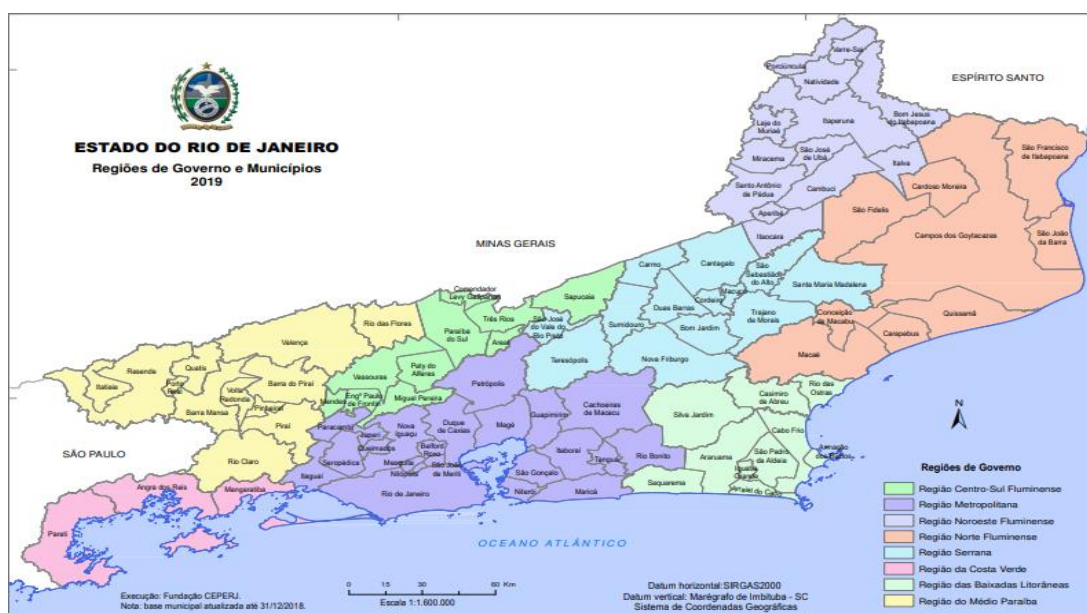
Considerando as diversas particularidades regionais, conjunturais e de institucionalidade na implementação de políticas públicas, apresentar-se-á abaixo as reflexões em torno das respostas direcionadas pelo Rio de Janeiro, de modo que seja possível apresentar mais à frente a análise em torno dos casos discutidos.

5.2 O Caso do Rio de Janeiro

O estado do Rio de Janeiro (ERJ) está situado na região Sudeste do país e faz limites com Minas Gerais (ao norte), com São Paulo (a oeste), com o Espírito Santo (a nordeste) e com o Oceano Atlântico (ao sul e a leste). O território é composto de 92 municípios, numa área de 43.766,6 km².

A distribuição territorial pode ser classificada a partir das 8 Regiões de Governo. Torna-se importante destacar que a Região Metropolitana é subdividida em I e II, sendo a I composta pelas cidades do Rio de Janeiro e de São Gonçalo. As referidas regiões podem ser visualizadas a partir do mapa abaixo:

Figura 4 – Mapa Regiões de Governo do estado do Rio de Janeiro



Fonte: Ceperj (2019).

Segundo dados do IBGE (2015), a população estimada no RJ era de 16.550.024 habitantes. Considerando os dados do último Censo (2010), o estado é composto de 27 municípios de Pequeno Porte 1; 28 municípios de Pequeno Porte 2; 11 municípios de Médio Porte; 24 municípios de Grande Porte; e 2 metrópoles.

No que se refere ao aspecto da população residente, no estado do Rio de Janeiro, verifica-se um percentual composto por 53,2% de mulheres e 46,8% de homens. Na Região Metropolitana, observa-se também uma concentração de pessoas do sexo feminino com 53,6%. Já a composição masculina era de 46,4% no período identificado (IBGE, 2014).

Em relação à população residente, por cor ou raça, verifica-se que o estado é composto de 47,42% de pessoas autodeclaradas brancas, 12,37% pretas, 0,77 amarelas, 39,33 pardas e 0,10 indígenas (IBGE, 2010).

Segundo a Síntese de Indicadores Sociais do IBGE, em 2013, a distribuição da população residente por grupos de idade, apontou para uma concentração de pessoas entre 30 e 39 anos (15,6%), seguida da idade de 40 a 49 anos (13,9%) e de 50 a 59 anos (13%). No segmento de crianças e adolescentes, esse dado apresenta uma concentração entre aqueles com idade entre 10 e 14 anos (7,1%) e entre 5 e 9 anos com 6,5% (IBGE, 2014).

Em relação à taxa de fecundidade total, taxa de mortalidade infantil e esperança de vida ao nascer verificou-se o seguinte cenário no estado do Rio de Janeiro, no ano de 2013:

Quadro XVI - Taxa de Fecundidade Total, Taxa de Mortalidade Infantil e Esperança de Vida ao Nascer no estado do Rio de Janeiro, 2014⁷⁸

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (‰)	ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER		
			Total	Homens	Mulheres
Rio de Janeiro	1,62	12,7	75,2	71,5	78,8

Fonte: Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2014).

Assim como no estado de Pernambuco, verificou-se também uma redução no número de nascidos vivos no estado do Rio de Janeiro em 2016. De acordo com dados do DataSUS (2020), houve um registro de 219.129 nascimentos no ano em questão. Já em 2015, esse número foi de 236.960 e em 2017 o número voltou a subir, registrando-se 223.224 nascimentos. Conforme já mencionado, tal fato pode estar imbricado ao momento de eclosão da Epidemia de Zika Vírus.

Sobre a situação de crianças de 0 a 14 anos de idade residentes em domicílios com saneamento inadequado, identifica-se que no estado do Rio de Janeiro 14% vivem sem abastecimento de água de rede geral, 17,5% residem em áreas em esgotamento sanitário de rede geral ou fossa séptica, 3,6% não tem acesso a coleta de lixo direta ou indireta e 1,2% convivem com todas as formas de saneamento inadequado, simultaneamente (IBGE, 2014).

A partir de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil (CNES), verifica-se que existiam 2.905 equipes de saúde em todo o estado do Rio de Janeiro em dezembro de 2015, sendo a Região Metropolitana aquela com o maior número (1.896). As regiões com o menor número de equipes

⁷⁸ Como já citado, o ano de 2014 foi utilizado como referência porque representa o período mais próximo ao cenário da epidemia.

estavam situadas naquele período na Costa Verde (com 98 equipes), Noroeste Fluminense (com 103 equipes), Centro-Sul Fluminense (com 115 equipes) e Norte Fluminense (com 124 equipes) (BRASIL- DATASUS, 2015).

Em relação ao ano de 2019 (último ano de análise da pesquisa discutida nesse trabalho), verifica-se uma ampliação no número de equipes de saúde na maioria das regiões. O número total no estado era de 3.499. A Região Metropolitana contava com 2.405 equipes. A Região Noroeste com 110, a Região Centro-Sul Fluminense com 131, a Norte Fluminense com 146. A Serrana com 168, as Baixadas Litorâneas com 195 e o Médio Paraíba com 266. Já a Costa Verde apresentou uma diminuição, contando com 78 equipes (BRASIL- DATASUS, 2015).

No momento em que eclode a epidemia, o Rio de Janeiro estava sendo governado por Luiz Fernando Pezão e a capital estava sob o comando do Prefeito Eduardo Paes. A Secretaria Estadual de Saúde estava sob o comando de Felipe dos Santos Peixoto, com transição de novo mandato a Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior. Torna-se importante destacar que o estado em questão vivenciou diversos conflitos econômicos e políticos entre os anos de 2015 a 2019, registrando-se inclusive uma intervenção federal no ano de 2018 e a prisão do governador, em 2018.

No campo da assistência social, a Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos estava sob o comando de Teresa Cristina Cosentino. Já a Subsecretaria de Assistência Social e Descentralização da Gestão estava sob o comando de Nelma de Azeredo, no ano de 2015, com transição a Ana Silvia Vasconcellos, em 2016.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE), de 2013, o ERJ está inserido entre os 10 com as maiores taxas de desigualdade social do país. No estado, o índice de Gini (que mede a concentração de renda em dada população) era de 0,503 no ano em questão.

Tal aspecto não pode deixar de ser considerado na análise das particularidades vinculadas ao Rio de Janeiro, tendo em vista que o mesmo se

associa à vida cotidiana da população fluminense no acesso a políticas públicas, como saúde, educação, assistência e segurança pública.

Sobre isso, o Plano Estadual de Saúde/RJ (2016-2019) assevera que a desigualdade e a distribuição de riquezas entre municípios e regiões no ERJ acontece de forma bastante heterogênea, fator que interfere no acesso aos serviços de proteção social. A análise em torno do território e de suas contradições é importante, já que o processo saúde-doença possui fortes determinações com as condições de vulnerabilidade na qual a população está inserida (RIO DE JANEIRO, 2016).

As informações apontadas acima não têm como objetivo estabelecer relações diretas com o surgimento da epidemia do ZIKAV no país e, especificamente, no ERJ. Como já se viu no capítulo anterior, as hipóteses estão imbricadas a alguns momentos conjunturais, como aqueles relacionados a eventos esportivos.

No entanto, o cenário apresentado é considerável à medida em que permite uma boa oportunidade de identificação de fatores associados e que fazem parte da dinâmica do país.

O direcionamento de ações coordenadas no âmbito do ERJ acompanhou as problematizações e os eixos presentes no Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, lançado em 5 de dezembro de 2015, bem como a partir de portarias e demais instrumentos lançados pelo governo federal (BRASIL, 2015a).

Como já visto, o Plano em questão se organizava em três eixos: Mobilização e combate ao mosquito (1); Atendimento às pessoas (2); e Desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa (3) (BRASIL, 2015a).

Identifica-se assim que as primeiras ações estavam alinhadas com os objetivos propostos pelo Plano em questão, bem como, posteriormente, pela Portaria 405, de 15 de março de 2016 que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia (BRASIL, 2016).

Pode-se afirmar dessa maneira que foi a partir da atuação coordenada pela SES/RJ que foram sendo direcionadas as primeiras interlocuções com os atores e instituições locais para o enfrentamento à epidemia de Zika Vírus no estado⁷⁹.

Com a criação das Salas de Situação, articuladas aos Eixos Prioritários, percebeu-se a construção dos primeiros diálogos entre as instituições vinculadas ao ente estadual e com os municípios. Nesses espaços, identifica-se a discussão de estratégias para identificação, acompanhamento e fechamento de casos.

Do mesmo modo, pode-se afirmar que o modelo estrutural preconizado em cada um dos eixos implicou na construção de ações coordenadas, cooperadas e intersectorializadas. Apesar disso, identifica-se que o debate instaurado no Eixo II (Atenção e Assistência às Famílias) reforçou a importância de articulação com outras políticas públicas.

A convocação para a formação dos debates foi provocada pela Superintendência da Atenção Básica, como uma forma de enfrentamento à epidemia, bem como para a criação dos fluxos de atendimento às crianças e de instalação de Pontos Focais, na assistência e na saúde.

De acordo com RJ3 (2017),

Na Secretaria de Estado tinha um grupo bem organizado de controle ao vetor que era o Eixo I da Sala de situação de microcefalia, mas o eixo II ainda não existia. Então quando eu cheguei eu vi essas questões sendo colocadas pelo Cosems⁸⁰. E, entendendo que a atenção básica é ordenadora das redes, coordenadora do cuidado e tem as crianças em seu território, independente do espaço em que elas circulem, a gente entendeu que a atenção básica deveria capitanear essa informação do Ministério da Saúde e coordenar a sala de situação do eixo II (RJ3, 2017).

Torna-se importante destacar que o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS), inserido na Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES/RJ, foi um setor primordial no desenvolvimento de ações entre o

⁷⁹ Como já visto a partir de dados do RESP (2020), o ERJ identificou 305 casos confirmados de crianças com SCZV, entre os anos de 2015 e 2019.

⁸⁰ Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro.

Ministério da Saúde, bem como na elaboração de dados e informações para a consolidação de atuações locais, em todos os três eixos de enfrentamento à epidemia.

No âmbito do Eixo II, as reuniões que aconteciam na sede da SES/RJ estabeleciam, portanto, debates em torno do acompanhamento dos casos, de articulações com a Subsecretaria de Assistência Social e Descentralização da Gestão e com outros atores vinculados à rede de atenção.

De acordo com RJ5 (2017), a rede de atenção não pode ser entendida de forma fragmentada, ou seja, uma vinculada ao estado e outra, separada, vinculada aos municípios. Ela deve acontecer de forma compartilhada e integrada, pensando no cuidado e na capacidade de gestão de alguns territórios, já que muitos dependem de estruturas maiores para a realização do atendimento a crianças e suas famílias.

Dessa maneira, para RJ5 (2017), um dos objetivos das Salas de Situação é o fortalecimento da rede, entendendo a mesma como uma estrutura ampla:

Então o que a gente faz aqui, a gente fortalece, por exemplo, a existência das salas de reunião que a gente faz aqui, as reuniões do Eixo II, que tenham também nos municípios pra que eles possam também discutir rede a nível municipal, que possam também discutir a rede a nível regional. Porque em muitos e muitos municípios as redes de saúde são regionais. Tem muitos municípios que não dão conta de ter a sua rede sozinhos. Então a gente fortalece isso: salas municipais, reuniões regionais... pra que essas redes sejam fortalecidas, sejam integradas em ciclo, não é? Então uma rede é uma coisa bem mais ampla (RJ5, 2017).

Em relação à articulação inicial da assistência social com o setor saúde, observa-se que a mesma pode ser verificada em dois momentos: através da participação nas discussões vinculadas ao Eixo II, das Salas de Situação, e na elaboração de uma Nota Técnica Conjunta. Esse documento inclusive pode ser considerado a principal normativa intersetorial no âmbito do ERJ.

Seguindo o disposto na Portaria 405 de 2016, a Nota Técnica Conjunta n. 001, de 01 de julho de 2016, elaborada pelas superintendências vinculadas à SES/RJ e a então Subsecretaria de Assistência Social e Descentralização da

Gestão estabeleceu respostas e diretrizes para a atuação intersetorial no ERJ (RIO DE JANEIRO, 2016).

Entre as principais questões vinculadas à criação desse documento, instalava-se mais uma vez a necessidade de fechamento dos diagnósticos de casos em investigação, o encaminhamento à rede de atenção especializada, bem como o acesso aos equipamentos, serviços, programas e benefícios da assistência social.

Nas orientações apontadas pela Nota Técnica (2016), identifica-se prioritariamente:

1. A necessidade de criação de Salas de Situação no âmbito dos municípios, de modo que nesses espaços pudessem ser tratadas as questões de cada caso, bem como a criação de estratégias de acompanhamento intersetorial entre saúde e assistência social (RIO DE JANEIRO, 2016);
2. A importância de direcionamento de Pontos Focais na Saúde e na Assistência Social, criando um espaço de referência e de busca ativa entre os técnicos e as instituições de cada município, no que se refere à problemática do ZIKAV (RIO DE JANEIRO, 2016);
3. Relevância do trabalho da Atenção Básica na construção das redes e do atendimento integralizado, nos quais crianças deveriam estar inseridas (RIO DE JANEIRO, 2016);
4. Reconhecimento da Atenção Especializada no acompanhamento das crianças e no fechamento dos casos (RIO DE JANEIRO, 2016).

Enquanto referência de informações nos municípios, os Pontos Focais se conformaram como uma estratégia intersetorial importante na articulação entre estado e município, bem como no âmbito local, entre a saúde e assistência social. O profissional indicado a essa função deveria construir ações permanentes entre os serviços, acompanhar os dados enviados pela SES/RJ e pela Subsecretaria de Descentralização da Gestão do SUAS.

A disseminação de informações para a busca ativa na saúde e na assistência social seguia um fluxo coordenado pelas instâncias estaduais que,

depois de analisar, encaminhavam aos municípios. Nesses, eram as estruturas vinculadas aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) que realizavam a busca de crianças já diagnosticadas com SCZV. No âmbito da saúde, eram a Atenção Básica que realizava as articulações.

No âmbito municipal, verifica-se que a atuação dos Pontos Focais teve um funcionamento mais ativo no ano de 2016 do que as próprias Salas de Situação. Já no espaço do ente estadual, identifica-se que essa última estrutura exerceu a sua função de maneira mais eficaz, reunindo inclusive representantes de gestões municipais⁸¹.

Todos os parâmetros criados eram discutidos e pactuados na Comissão de Intergestores Bipartite (CIB). Para os entrevistados RJ3 (2017) e RJ7 (2017), esse espaço também foi avaliado como de suma importância para o desenvolvimento de ações coordenadas, bem como para a sensibilização à cooperação e a intersectorialização das políticas.

Para RJ7 (2017),

No âmbito da CIB da saúde, no âmbito da CIB da assistência... e aí a gente já ampliou para os 92 municípios essa discussão. Na nossa Nota Conjunta a gente já orientou que os municípios reproduzissem as salas de situação, indicando os pontos focais, que eram pessoas de referência na assistência e na saúde. Nós fizemos isso tudo aí ao longo de 1 ano/ 1 ano e meio. Nós fizemos muitas videoconferências. Acho que nem foram tantas assim... acho que foram duas ou três (RJ7,2017).

Apesar dos desafios de compreensão dos gestores em relação ao evento complexo vinculado à epidemia, verifica-se que até dezembro de 2016, todos os municípios com casos de crianças com SCZV tinham definido os seus pontos focais na saúde⁸².

⁸¹ Conforme já citado, a Coordenação da Sala de Situação do Eixo II ficou sob responsabilidade da Superintendência de Atenção Básica no âmbito da SES/RJ.

⁸² Informações identificadas a partir da Ata da 12ª Reunião Ordinária da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB) em dezembro de 2016.

Tal cenário, no entanto, não demorou muito a sofrer mudanças, dada a persistente crise econômica e política vivenciada pelo ERJ, bem como com as mudanças nas gestões, ocasionadas pelas eleições municipais.

Esse aspecto refletiu numa descontinuidade de ações que já vinham sendo operacionalizadas, fazendo com que a equipe técnica estadual tivesse que iniciar todo o processo de coordenação e sensibilização com os municípios nos períodos seguintes.

Sobre essa questão, RJ3 (2017) assevera que esse contexto contribuiu para uma desmobilização dos fatores que já vinham sendo operacionalizados:

Então teve uma desmobilização por aí; trocou as gestões municipais, trocaram os coordenadores da saúde, os pontos focais pra saúde foram trocados diante disso. A gente tem mais ou menos uns 20 pontos focais da saúde que estão oficialmente apresentados pelos seus gestores municipais, mas atualmente ativos são poucos que estão respondendo ativamente isso (RJ3, 2017).

A descontinuidade verificada no campo da saúde, também foi sentida na assistência social, fato correlacionado em grande medida à fragilidade de contratos existentes no âmbito dessa política pública, conforme os elementos já evidenciados na contextualização da Seção 2.

Como já visto também, a assistência social possui um enorme desafio à institucionalização de suas ações, dada as particularidades de sua trajetória e do reconhecimento do seu papel por parte do Estado. Inclusive na construção dos pontos focais, tal aspecto foi sentido. A fragilidade nos vínculos de trabalho no âmbito dos equipamentos socioassistenciais dificultou a indicação de técnicos como referência continuada à realização de busca ativa de famílias com crianças com SCZV.

Sobre esse aspecto, RJ7 (2017) reflete que

A assistência social já tem uma dificuldade com essa questão da busca ativa que é a quantidade de profissionais. Eles levaram muito a sério, pelo menos na assistência social, a questão da equipe mínima de referência que é o que estabelece o Governo Federal. E eles se valeram dessa equipe mínima para contratar só o mínimo mesmo. E aí ocorre dessa equipe mínima não levar a sério como deveria. A gente tentou que essa articulação com a saúde fosse um indutor (RJ7, 2017).

Assim como no âmbito municipal, identifica-se que as articulações realizadas no órgão estadual coordenador da assistência social também sofreram impactos nos processos de trabalho. Um agravante a isso foi o fato da existência de troca de atores importantes à construção de estratégias, como foi o caso daqueles que estavam inseridos nos debates realizados com a saúde ou com os municípios.

De acordo com RJ9 (2018), o distanciamento à execução de ações intersectorializadas entre assistência social e saúde possui ainda relação com a estrutura escassa de recursos humanos para o atendimento de todas as demandas vinculadas ao ente estadual, entre os anos de 2017 e 2018:

A assistência vai seguindo na nossa demanda, mas a saúde continuou. Eles não pararam. Quem parou foi a gente. Eles sempre perguntavam se a gente não ia para a reunião, mas a gente não tinha pernas para estar acompanhando no momento o grupo de microcefalia. Hoje a assistência voltou para esse grupo que, funciona às segundas-feiras de 15 em 15 dias. Hoje a gente está retomando também com os pontos focais. Já foi falado isso na última CIB, na outra também. A gente está começando agora a fazer esse trabalho de novo em relação a esses municípios. Mas a gente não está tendo problema. Os gestores estão indicando as pessoas que seriam os seus pontos focais. Eles também entram em contato com a gente para tirar alguma dúvida. Se for da assistência é nossa. Se for da saúde eu encaminho (RJ9, 2018).

Outro aspecto que pode estar associado é a decretação do final da emergência em saúde pública, no ano de 2017, que, como já visto na Seção 4, trouxe interferências à continuidade das ações, ao investimento financeiro nas atividades de pesquisa, bem como à fragmentação interinstitucional.

Dessa forma, pode-se afirmar que existiu uma interrupção na interlocução da assistência social nos espaços de discussão imbricados ao enfrentamento à epidemia do ZIKAV, no período em questão, pelas hipóteses e aspectos mencionados.

Do ponto de vista da processualidade histórica inerente à implementação de políticas públicas no país, identifica-se que as trocas de gestões, a descontinuidade de ações e as consequentes alterações nas equipes se configuram como uma marca na gestão pública brasileira, assim como já afirmado por Senna (2016), na Seção 2.

Entre os anos de 2018 a 2019, no entanto, identifica-se uma importante reaproximação entre o ente estadual coordenador da assistência social, com o setor saúde, aspecto que também pode ser verificado nas relações estabelecidas entre os municípios.

Em 2018, o Plano de Execução da Estratégia de Fortalecimento das Ações de Cuidado das Crianças Suspeitas ou Confirmadas por SCZ e STORCH (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes Vírus) do ERJ pode também ser considerado um fator essencial à retomada das ações de atenção e cuidado ao segmento com SCZV (RIO DE JANEIRO, 2018).

O referido documento foi uma resposta ao planejamento apresentado na Portaria 3502, de dezembro de 2017, que instituiu no âmbito do SUS a Estratégia de Fortalecimento das Ações de Cuidado das Crianças Suspeitas ou confirmadas para Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ) e outras síndromes causadas por sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus (STORCH).

Como diretriz orientadora aos estados, inseriu-se a necessidade de construção do referido Plano, bem como de um Comitê Gestor para o acompanhamento da situação, haja vista que mesmo com a decretação do final da emergência em saúde pública permanecia a demanda para encerramento dos casos em investigação e de permanência de estratégias de reabilitação imbricadas ao desenvolvimento de crianças com SCZV.

No ERJ, vários atores e instituições passaram a compor o Comitê Gestor Estadual, com o objetivo de discutir as estratégias, a continuidade das ações, o atendimento das metas e o planejamento pactuado no Plano. Entre os setores envolvidos, pode-se citar a SES/RJ (através de suas superintendências), o Instituto Estadual do Cérebro, a assistência social (através da atuação da Proteção Social Básica), Conselhos Regionais de algumas categorias profissionais, Instituto Fernandes Figueira, movimentos de famílias e pesquisadores de algumas instituições.

Articulações como as direcionadas no espaço do Comitê Gestor são importantes porque criam a possibilidade de instauração de uma gestão

transversalizada, com legitimidade política, gerencial e normativa, aspectos que, como já visto, são capazes de potencializar a intersectorialidade.

De acordo com Costa e Bronzo (2012), a legitimidade de espaços, a magnitude dos arranjos institucionais e as alterações metodológicas existentes no plano decisório da agenda pública devem ser consideradas na análise de proposições intersectoriais.

O planejamento do Plano de Execução das Ações Vinculadas ao ZIKA-STORCH (2018) estruturou as intervenções a partir de 9 eixos de atuação: Eixo I - Vigilância Epidemiológica; Eixo II - Promoção e Prevenção; Eixo III - Atenção Básica; Eixo IV – Atenção Especializada; Eixo V - Atenção Hospitalar; Eixo VI - Reabilitação; Eixo VII- Educação em Saúde; Eixo VIII - Intersectorialidade; Eixo IX – Gestão (RIO DE JANEIRO, 2018).

Como visto, um dos parâmetros instituídos no Plano tinham como foco a atuação conjunta de várias políticas públicas, através da intersectorialidade (Eixo VIII), seguindo mais uma vez a orientação inicial da coordenação federal e o reconhecimento da importância dessa diretriz. Alguns objetivos relacionados a esse aspecto merecem destaque, como por exemplo: o desenvolvimento de ações intra e intersectoriais, visando qualificar a rede de proteção social, e o fortalecimento dos serviços do setor saúde e da assistência social para o acompanhamento das crianças e suas famílias (RIO DE JANEIRO, 2018).

No campo da saúde pública, um aspecto fundamental à continuidade das ações, no período posterior à decretação do fim da emergência em saúde pública (2017), foi ainda o fortalecimento do incentivo à implementação da descentralização do atendimento como uma estratégia importante aos cuidados das crianças com SCZV.

Em âmbito local, pode-se afirmar que o Plano de Execução da Estratégia de Fortalecimento das Ações de Cuidado das Crianças Suspeitas ou Confirmadas por SCZ e STORCH (2018), foi mais um dos parâmetros que buscou organizar a atuação dos municípios nas fases de acompanhamento às crianças.

Sabe-se que pela complexidade dos casos, no entanto, as estruturas disponíveis na capital continuaram recebendo o segmento em questão e realizando os atendimentos. Em todo esse processo, o IFF e a Fiocruz, por exemplo, se mantiveram em atividades contínuas, inclusive atuando em parceria com os movimentos de famílias, como foi o caso daqueles vinculados à Associação Lótus⁸³.

A rede de atenção a essas crianças teve como referência unidades de saúde e centros de pesquisa localizados na capital do estado, fator que por um lado dificultava o acesso das famílias para o acompanhamento (já que muitas residiam em municípios distantes e dependiam do Transporte Fora de Domicílio - TFD), mas, por outro lado, contribuía para o desenvolvimento das pesquisas e das estratégias de reabilitação às crianças.

No ERJ, foi o Instituto Estadual do Cérebro (IEC) o responsável pela realização do diagnóstico de crianças com SCZV. Em entrevistas a RJ13 (2018) e RJ14 (2018), identificou-se que esse acompanhamento acontecia em 3 etapas⁸⁴:

1. Consulta multiprofissional (pediatria, assistência social, fonoaudiologia, neurologia e psicologia);
2. Realização de exames complementares;
3. Disponibilização de laudos, resultados de exames às famílias e orientação sobre os serviços de acompanhamento que poderiam ser executados no município de origem, buscando a construção de redes e fluxos de atenção.

Outros serviços de referência situados na capital tiveram um papel primordial no acompanhamento das famílias, na construção de estratégias de reabilitação (através da estimulação precoce), na capacitação de profissionais e,

⁸³ A Associação Lótus pode ser considerada a principal organização sem fins lucrativos de defesa e apoio às famílias de crianças com SCZV no estado do Rio de Janeiro.

⁸⁴ O Município do Rio de Janeiro apontou para a utilização de sua própria rede de atenção no acompanhamento das crianças, utilizando-se dos serviços do IEC apenas em casos nos quais houvesse uma proximidade com o local de moradia da família.

destacadamente aqui, na busca pelo fortalecimento de ações intersetoriais e descentralizadas. Nesse conjunto, cita-se o papel fundamental de universidades, da Fundação Osvaldo Cruz e do Instituto Fernandes Figueira (IFF) ⁸⁵.

O IFF por sua vez pode ser considerado uma das principais instituições no apoio à construção de ações cooperadas, com foco na intersectorialidade. Em entrevista a RJ8 (2018), é possível observar a preocupação com o acompanhamento das crianças pela rede de atendimento, dado o desconhecimento sobre as estratégias de reabilitação.

Sabe-se que um dos principais desafios vivenciados por vários profissionais em todos os estados do país foi a compreensão das formas de reabilitação que poderiam ser direcionadas às crianças, já que muitas doenças associadas foram sendo descobertas no processo, com o acúmulo de pesquisas.

Por ser uma unidade de referência, identifica-se que o Instituto apoiou na construção de capacitações aos profissionais da rede de atenção às crianças e estimulou a proposição da intersectorialidade entre os diversos atores envolvidos com o segmento em questão (RJ8, 2020).

Algumas estratégias direcionadas pelo IFF foram essenciais à criação de ações cooperadas e intersectorializadas, no ERJ. Como exemplo, cita-se:

- Curso de Atualização - “Atenção Intersectorial às Crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus e suas Famílias”, em 2018: participaram dessa atividade profissionais e gestores que atuavam na rede de saúde e de assistência social do ERJ. Os principais pontos discutidos tinham como foco a criação de redes e ações intersectoriais entre as instituições de atendimento, localizadas na capital e no interior do estado.
- “Fórum de Intersectorialidade e Cuidado a Criança e famílias afetadas pelo Zika e outras condições crônicas de saúde”, em 2020: a atividade pode ser considerada uma continuidade do curso anterior, tendo como foco a

⁸⁵ Dada à dimensão do problema, diversas instituições atuaram no estado no atendimento às crianças, como foi o caso da Rede Sarah de Hospitais e Reabilitação, dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs) e das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs).

construção de análises e avaliações das ações desenvolvidas pelo ERJ até então.

- Grupo – “Atenção Intersetorial Zika Vírus”: criado a partir do curso de intersectorialidade de 2018. É um espaço virtual que permite o compartilhamento de experiências, eventos, documentos normativos e outras ações vinculadas à temática do ZIKAV.
- II Encontro do Fórum de Intersetorialidade e Cuidado a Crianças e Famílias Afetadas pelo Zika Vírus e Outras Condições Crônicas de Saúde, em 2021.

Eventos dessa natureza se configuraram como de suma importância ao debate interinstitucional porque aproximaram as realidades dos municípios, instituições, famílias e atores envolvidos no processo.

Entre as ações vinculadas ao acompanhamento das crianças com SCZV, a SES/RJ também reconhece a importância da estrutura pré-existente vinculada à Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência para o encaminhamento dos casos já confirmados.

Tal informação foi apontada pela gestão estadual de Pernambuco como sendo um aspecto positivo para a organização do fluxo de atendimento a essas crianças no interior do estado. Da mesma forma, identifica-se que o ERJ mobilizou as unidades existentes para o recebimento dessas crianças à reabilitação.

Um dos desafios à atuação do setor saúde, identificado pela gestão estadual, foi a necessidade de articulação entre as unidades de referência próximas aos locais de moradia das famílias. A complexidade do fenômeno e o desconhecimento em relação à doença fez com que muitas crianças continuassem buscando o atendimento nos equipamentos situados na capital. Tal cenário sofreu ainda consequências da baixa capacidade técnica e estrutural de municípios situados em territórios mais afastados da cidade do Rio de Janeiro.

Sobre essa questão, RJ6 (2018) reflete que a atenção básica enfrentou mais desafios do que atenção especializada na organização da rede e do reconhecimento por parte da família sobre a importância desses equipamentos para a construção da integralidade dos atendimentos. De acordo com ela,

É porque não é uma coisa assim: “que aconteceu e a gente teve que se organizar”. No nosso caso específico da nossa rede não foi um caso específico que a gente teve que se organizar. O que eu acho que aconteceu e que borbulhou mais foi no caso da atenção básica que precisou se organizar, “triar” pra poder dar conta daquilo. É muita coisa. Não é que eu fique num pedestal de tranquilidade. Mas se eu tenho um centro que é especializado, significa dizer que pra ele chegar lá, ele precisa entrar por algum lugar. Ele pode até bater lá na porta, mas ele não vai ser acolhido. Mas ele não teve que fazer todo o processo de vacina, triagem... não fez o teste do pezinho. Então não é uma posição de conforto. Então eu acho que a Atenção Básica passou a ter muitas demandas (RJ6, 2018).

Na atenção básica, observa-se a importância dos pontos focais para o estabelecimento de ações e de respostas no território. Na atenção especializada, reconhece-se a construção de interlocuções cooperadas entre o IFF e a SES/RJ, no sentido de capacitar os profissionais para o direcionamento de técnicas à reabilitação do público com SCZV.

Municípios como Niterói e São Gonçalo foram considerados importantes para a prestação de serviços porque além de atenderem a sua região, contribuíram para o atendimento a crianças de outras localidades (RJ6, 2018).

Em todo o processo de atuação do setor saúde, a maioria dos entrevistados reconheceu a importância dos mecanismos formais de trabalho - Nota Técnica, Comitês, sistemas, CIBs e Planos - para a construção de ações coordenadas, cooperadas e intersetorializadas. Porém, para além disso, sinalizaram a centralidade de mecanismos informais - e-mails, compartilhamento de planilhas e grupos de Whatsapp - como elementos que permitiram a aproximação entre as instituições na construção de respostas ao evento analisado.

Tal análise também foi identificada pelos atores que atuam no campo da assistência social, sobretudo entre os anos de 2018 e 2019 (período que marca uma proximidade mais continuada entre o ente estadual e os municípios). No âmbito dessa política, identifica-se a partir das entrevistas e do Plano Estadual

de Assistência Social (2020-2023) que documentos como a Nota Técnica Conjunta e o Plano de Execução das Ações Zika STORCH foram mecanismos formais que impulsionaram a intersetorialização entre o SUAS e o setor saúde.

O Plano foi considerado essencial para a continuidade da interlocução entre estado e municípios, mesmo depois de decretada o final da emergência em saúde pública, em 2017. Pode-se afirmar que o ente estadual vinculado à assistência social atuou através do compartilhamento de informações (com vistas à busca ativa), de participação da Sala de Situação do Eixo II, bem como por meio do direcionamento de orientações e assessoramentos técnicos.

De maneira geral, pode-se afirmar que os principais aspectos existentes na definição das ações intersetoriais construídas no elo entre assistência social e saúde no ERJ foram:

- Elaboração da Nota Técnica Conjunta nº001 SEASDH-RJ e SES/RJ, em 2016;
- Participação no Comitê Gestor Intersetorial, coordenado pela SES/RJ (nesse processo, há que se considerar os desafios já mencionados em relação à dificuldade de continuidade das ações vinculadas à assistência);
- Participação nas discussões vinculadas ao Eixo VIII (Intersetorialidade) do Plano de Execução da Estratégia de Fortalecimento das Ações de Cuidado das Crianças Suspeitas e Confirmadas por SCZ e STORCH/RJ;
- Assessoramento Permanente aos municípios com casos de crianças com SCZV, com vistas à sensibilização, execução de busca ativa e ações intersetoriais;
- Permanência do compartilhamento dos dados da SES/RJ junto aos municípios;
- Estímulo à permanência e indicação de pontos focais;

Em todas essas ações, observou-se uma importante interlocução entre o ente estadual coordenador da assistência social, com a saúde e com os municípios através de mecanismos formais, como os que já foram postos, e ainda por mecanismos informais. Registra-se um diálogo significativo ainda

através de grupos de Whatsapp, como um aspecto que aproximou e facilitou a comunicação.

Um aspecto que merece ser considerado ainda no campo da assistência social é que, desde meados de 2018 (com reforço em 2019), as ações vinculadas à SCZV e STORCH estão inseridas nas atribuições da Coordenação de Serviços e Programas da Superintendência de Proteção Social Básica, do ente estadual. Dessa maneira, esse setor reforça junto aos municípios a necessidade de acompanhamento das famílias no território, tendo o CRAS como a unidade de referência.

Na experiência do ERJ, identifica-se que alguns fatores imbricados à formação sócio-histórica do estado, bem como o cenário político e econômico trazem desafios à operacionalização das políticas públicas. Esses aspectos supramencionados na Seção 2 podem ser verificados no evento relacionado à epidemia do ZIKAV. Cita-se, por exemplo, o direcionamento de certa independência da gestão do município do Rio de Janeiro na pactuação de ações e estratégias. Como já citado tal cenário também foi sentido no momento de articulação e definição dos fluxos para o atendimento e realização de diagnósticos de crianças com SCZV, refletindo em certa autonomia da capital no desenvolvimento de suas ações.

Analisa-se que aspectos como esse podem trazer consequências significativas à coordenação direcionada pelo ente estadual. No caso específico da epidemia do ZIKAV, percebeu-se grandes desafios à implementação da rede de atenção básica e do estabelecimento de relações desta com as famílias. Esse aspecto é resultado ainda do baixo nível de cooperação existente no âmbito dos territórios municipais, bem como das permanentes mudanças de equipe que são verificadas na operacionalização de políticas públicas.

Outro aspecto identificado em entrevista a RJ6 (2018) é a concentração de equipamentos e unidades de referência na capital, fazendo com que as famílias de crianças com deficiência precisem continuar se deslocando. Em relação aos Centros Especializados em Reabilitação (CERs), por exemplo, identifica-se que existem 13 unidades em todo o estado, sendo 7 deles localizados na capital.

Os dados do RESP no que se refere à distribuição dos casos de SCZV em crianças vivas, atendidas pela atenção primária ou especializada, no ERJ, entre 2015 e 2019, apontam para o registro de 183 atendimentos⁸⁶.

Embora a maior concentração de crianças com SCZV esteja localizada em municípios da capital ou naqueles considerados de grande porte (conforme informações disponíveis no Anexo II), tornou-se importante a condução de ações ordenadas e a criação de um fluxo de atendimento, de modo que todos os setores envolvidos estivessem alinhados.

De modo geral, coube à SES/RJ o direcionamento da coordenação e estímulo à criação de respostas intersetoriais, conforme as orientações normativas disponibilizadas pelo governo federal.

Alguns setores fundamentais à proteção social às crianças enfrentaram dificuldades na condução dos seus papéis, como foi o caso da Previdência Social. Assim como no estado de Pernambuco, verifica-se certo afastamento desse setor com a saúde e com a assistência social na discussão de estratégias e dos fluxos para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada⁸⁷.

Tal ação pode ter sido comprometida tanto pelos desafios vinculados aos protocolos iniciais, a demora do diagnóstico dos casos, pela autonomia e a hierarquia pertinentes ao setor ou ainda pelo cenário político vivenciado à época, conforme exposto no tópico anterior.

Por meio dos elementos identificados nas entrevistas de RJ13 (2018) e RJ16 (2019), outro aspecto importante para a condução de ações intersetorializadas no ERJ se deu com a participação do Ministério Público (MP). De acordo com RJ13 (2018), essa foi uma das instituições responsáveis pela integração dos setores:

⁸⁶ Ao analisar o número de casos confirmados entre os anos de 2015 a 2019 (305) com o número de óbitos fetais (38), o dado demonstra que o atendimento de um pequeno número de crianças pode não ter sido notificado no que se refere ao acompanhamento pela rede pública de saúde ou ainda pode estar relacionada a óbitos em outras idades. Ressalta-se que tais aspectos não se constituem objeto dessa pesquisa, mas a informação se torna válida para a compreensão de algumas particularidades vinculadas ao estado.

⁸⁷ Outras políticas como a educação tiveram uma dificuldade ainda maior de inserção no processo. A transversalidade com esse setor vem sendo dialogada a partir de 2019, momento a partir do qual as crianças começam a se inserir nas escolas.

E aí o que o Ministério Público sempre pedia era que a gente se integrasse. Porque no início isso não aconteceu. Você acompanhou isso nas entrevistas...

Isso veio vindo com o tempo. Porque no início todo mundo sentou numa cadeira de autossuficiência e cada pessoa queria ter mais conhecimento que a outra: “ah, essa coorte é minha”; “eu vou publicar...”. E isso foi uma coisa horrível. Depois eu acho que as coisas deixaram de ser novidade, foram se esgotando os recursos em pesquisa e aí o pessoal começou a pedir ajuda (RJ13, 2018).

Torna-se importante destacar que a participação do MP no processo foi impulsionada pela articulação das mães que exigiam, entre outras coisas, a determinação e o funcionamento de instituições para o atendimento de suas crianças.

Para RJ16 (2019), há um grande gargalo no município do Rio de Janeiro na formação de fluxos de atendimento relacionados à precariedade do sistema de regulação, fazendo com que o MP venha a convocar as instituições envolvidas para a definição da rede de atendimento:

Então, de antemão eu já sabia que esta rede não existia. Isto não foi desenhado na mesa redonda. No nosso caso, não fizemos exatamente uma audiência pública, mas fizemos uma mesa redonda que na verdade teve uma figura de audiência pública, onde as pessoas vieram falar [...].

Enfim, fiz esta audiência pública e no final desta audiência eu fiz alguns encaminhamentos porque a gente verificou que na verdade não existia uma rede estruturada para atender estas crianças numa linha de cuidado também estruturada (RJ16, 2019).

Pode-se afirmar dessa maneira que a atuação do MP integrou o conjunto de mecanismos formais direcionados no âmbito do ERJ com foco na integralização dos setores envolvidos no enfrentamento à epidemia do ZIKAV e contribuiu para a construção de estratégias mais intersetorializadas no âmbito das políticas públicas.

Desse modo, pode-se afirmar que a consolidação de estruturas intersetoriais no ERJ contou com:

- Elaboração de Nota Técnica e Plano de Enfrentamento à epidemia em conjunto com a assistência social;
- Articulação entre saúde e assistência na definição de pontos focais;
- Envolvimento de setores importantes no Comitê Gestor, em capacitações e em outras reuniões vinculadas à problemática;

- Articulação entre estado e municípios na relação entre saúde e assistência social;
- Compartilhamento de informações;
- Importante participação de movimentos de famílias nos espaços de discussão;
- Forte cooperação de algumas instituições no direcionamento de capacitações e pesquisas.

Já em relação aos desafios enfrentados à intersectorialização das políticas no caso do ERJ, verifica-se:

- Dificuldade à descentralização dos serviços e articulação da atenção básica no trabalho com as famílias;
- Troca de profissionais, impactando a continuidade das ações e dos pontos focais;
- Baixa representatividade de alguns setores nas discussões e definição de estratégias;
- Dificuldade na definição da rede de atendimento, dadas às características territoriais e de “autonomia” da capital na condução de suas ações;
- Crise política e econômica vivenciada pelo ERJ.

As experiências dos dois estados na condução das estratégias de enfrentamento à epidemia do Zika Vírus apontam para heterogeneidades e particularidades nas respostas. O evento desconhecido fez com que algumas ações fossem direcionadas de forma mais próxima à realidade local.

No caso de Pernambuco, por exemplo, identificou-se uma importante operacionalização regionalizada, com a atuação das GERES; de mutirões para o fechamento dos casos, com envolvimento de instituições vinculadas à saúde, assistência, previdência e movimentos de famílias; e na criação de um setor institucional no âmbito da SES/RJ (Núcleo de Apoio às Famílias de Crianças com Microcefalia da Secretaria Estadual de Saúde) para a discussão das estratégias e do planejamento.

Como já sinalizado, as respostas do caso pernambucano envolveram a necessidade de ação imediata, a criação de protocolos e a forte mobilização nacional em torno dele para as primeiras descobertas. Tais aspectos podem ter contribuído para a operacionalização de estratégias mais inovadoras.

No caso do Rio de Janeiro, verifica-se que as iniciativas e proposições intersetoriais estiveram mais alinhadas com aquilo que vinha sendo proposto pela coordenação nacional. Tais aspectos refletiram tanto na criação de notas técnicas e outros mecanismos formais, quanto em articulações e compartilhamento de dados.

A análise dessas especificidades será apresentada no próximo tópico, evidenciado o papel das políticas públicas na coordenação, cooperação e intersetorialização das ações no enfrentamento à epidemia do ZIKAV, entre 2015 e 2019.

5.3 Análise dos Dados: a atuação das políticas públicas no enfrentamento à epidemia do Zika Vírus, nos estados de Pernambuco e do Rio de Janeiro

Esse item tem como objetivo a construção da análise em torno dos aspectos que envolveram a atuação das políticas públicas no enfrentamento à Epidemia do Zika Vírus, considerando as estratégias direcionadas pelos Estados de Pernambuco e Rio de Janeiro.

Como já visto na Seção 2, os estudos analíticos consideram a estrutura das políticas, bem como os itens afetos a sua implementação, como por exemplo, a capacidade de gestão, os recursos humanos e materiais existentes, as articulações desenvolvidas e os aspectos conjunturais.

Dessa maneira, assevera-se que essa discussão tem como objetivo construir reflexões em torno da situação nacional, a partir da experiência dos dois casos analisados. Apesar disso, a análise não deve ser considerada uma generalização das estratégias direcionadas no país. As dificuldades e a organização das políticas públicas assumiram características heterogêneas no

território nacional. Até mesmo em relação a Pernambuco e Rio de Janeiro, essas particularidades foram evidenciadas.

Pode-se afirmar a princípio que houve autonomia e singularidades em todos os estados do país na compreensão da dinâmica vinculada à epidemia e no atendimento de suas complexidades, mesmo com a coordenação do governo federal na condução dos planos, normas técnicas e portarias.

Sabe-se ainda que outros estados e cidades tiveram ações muito importantes no enfrentamento. Cita-se aqui, por exemplo, a grandiosa experiência desenvolvida no estado da Paraíba, com destaque à cidade de Campina Grande. Além das grandes pesquisas efetivadas nos estados da Bahia e de Minas Gerais.

Pelas justificativas já apontadas, essa análise tem como referência a compreensão do papel das instituições e dos atores implicados diante da implementação de estratégias à intersetorialização das ações, em Pernambuco e no Rio de Janeiro.

A intersetorialidade, como já identificada nas portarias e respostas locais, foi uma das diretrizes mais defendidas pelo Estado brasileiro, dadas a necessidade de enfrentamento ao problema complexo que atingia crianças e famílias, a partir de 2015.

Apesar da forte estrutura setORIZADA que caracteriza a proteção social do país, percebeu-se a construção de experiências significativas no âmbito dos estados que convergiram para a criação de mecanismos interinstitucionais entre alguns campos da política social. Como já visto, destaca-se nesse processo a atuação da saúde e da assistência social. A saúde, por sua vez, ficou responsável por coordenar as ações, protocolos, realizar os atendimentos às crianças e famílias, tanto no que se refere à atenção básica, quanto à atenção especializada. À assistência, direcionou-se a partir da necessidade de acompanhamento das famílias no âmbito dos equipamentos socioassistenciais e do encaminhamento ao acesso de programas, benefícios e serviços.

Outros setores também estiveram envolvidos no processo e foram fundamentais para a criação de respostas, como foi o caso da Previdência,

Justiça, Movimentos Sociais e Educação. Esta passa a se inserir, sobretudo, a partir de 2019, momento no qual as crianças começam a gerar maiores demandas.

Em todo o período analisado (2015-2019), identifica-se que as instituições localizadas nos dois estados assumiram um papel substancial na articulação entre os atores e na construção de estratégias. De acordo com Marques (2013), elas são importantes para a compreensão das ações direcionadas pelo Estado brasileiro, tendo em vista que marcam o sistema político e a sociedade. São ainda capazes de definir os fluxos e orientar as intervenções governamentais diante de um determinado objeto

Por essa razão, os resultados apontam que, apesar dos desafios enfrentados em relação à construção dos fluxos e da interlocução entre os alguns atores, as instituições vinculadas à coordenação estadual das políticas de saúde e de assistência social apresentaram experiências importantes diante do enfrentamento de um evento complexo, como foi o caso da epidemia do ZIKAV.

Aliás, pode-se afirmar que a cooperação de algumas instituições inseridas nos estados-chave contribuiu para a construção de respostas mais eficazes na descoberta dos aspectos associados à SCZV e no atendimento das demandas das crianças e suas famílias.

Torna-se importante ressaltar que a dinâmica de funcionamento das políticas públicas brasileiras enfrenta desafios históricos nos processos de coordenação, descentralização, capacidade técnica e de gestão (sobretudo em municípios de menor porte), desigualdades financeiras e regionais, entre outras questões que interferem na construção de processualidades contínuas.

De acordo com Sposati (2013), esses elementos dão a marca da descontinuidade e do fracionamento interno e externo na ação das políticas públicas brasileiras, comprometendo a igualdade de acesso e a dinâmica da proteção social.

Tais aspectos foram identificados nas duas realidades observadas. No caso do ERJ, o contexto em que emergiu a epidemia esteve ainda mais comprometido por conta das dificuldades financeiras, econômicas e políticas vivenciadas no período.

Como já visto, esse estado é referência na vanguarda de implementação de programas e políticas públicas, tanto na saúde, quanto na assistência social. A rede ampla de institutos de pesquisa, de universidades e hospitais contribuiu para a construção de boas experiências, junto ao Comitê Gestor Estadual, aspecto que foi capaz de atenuar um cenário que poderia se tornar ainda mais desafiador.

Nessa processualidade, percebe-se que a construção de ações intersetoriais procedeu mais da cooperação entre as instituições e atores que nelas atuam, do que da coordenação instituída por mecanismos formais. As Notas Técnicas, os Planos e o Comitê Gestor foram fundamentais na condução de respostas. Porém, as iniciativas para a elaboração desses documentos, bem como a defesa da permanência das estratégias (mesmo após de decretado o final da emergência em 2017), partiram fundamentalmente de iniciativas particulares de profissionais que atuavam no setor saúde e na assistência social.

Destaca-se ainda que a coordenação nacional ficou comprometida no início por conta do desconhecimento dos fatores associados à doença e das fragilidades que envolviam o cenário político nacional, acarretando ainda mais na necessidade de cooperação em âmbito local.

No ERJ as permanentes alterações nos protocolos coordenados pelo governo federal incidiram no fluxo para o diagnóstico e fechamento dos casos, implicando em muitos desafios de aproximação entre famílias e serviços de referência descentralizados e próximos dos locais de moradia.

Outro aspecto que merece destaque é o papel assumido pelo ente estadual na coordenação de políticas públicas, diante do compartilhamento de responsabilidades entre cada nível de governo. Como já visto, o processo de descentralização implantado na particularidade brasileira resultou em uma falta

de articulação entre os níveis federal e estadual, implicando ainda em uma municipalização desigual e exacerbada, nos termos de Abrucio e Franceze (s/d).

Esses limites interferem na coordenação de ações intersetoriais entre as instituições estaduais e na relação interfederativa de políticas públicas. De maneira geral, o que se observa é que são criadas as estratégias e as pactuações, mas ainda persistem as fragilidades nos mecanismos de coordenação e cooperação que, como já discutido, são fundamentais à integração de atores e instituições.

Na relação entre municípios e estados, os desafios se tornaram ainda maiores à coordenação e à construção de ações intersetorializadas, dadas as frequentes trocas de gestão, a carência da estrutura tecnológica e financeira, bem como da escassez de capacidade técnica. Tais fatores implicaram numa descontinuidade das estratégias que vinham sendo operacionalizadas desde o final de 2015.

Assim sendo, pode-se afirmar que a forte setorização existente no âmbito das políticas públicas é ainda o principal desafio à implantação de uma rede coordenada de atendimentos e, conseqüentemente, à intersetorialização das instituições e de atores envolvidos.

Quando a setorização está inserida ainda em uma realidade mais desafiadora, com a existência de crises políticas e econômicas, esse cenário se torna ainda mais difícil para a atuação das instituições de coordenação e de gestão das políticas públicas.

Em relação a isso, concorda-se com Cunill-Grau (2005) quando assevera que em todos os espaços a atuação dos atores depende das possibilidades existentes nas relações institucionais. Elas podem assumir um papel de limitadoras ou de facilitadoras no processo, interferindo em ações colaborativas.

No caso da epidemia do ZIKAV, identifica-se que houve ainda forte mobilização de atores e instituições logo no início das descobertas. A grandeza da decretação de emergência em saúde pública, de caráter nacional e

internacional, contribuiu ainda para um cenário mais colaborativo entre as instâncias de governo, de pesquisa e da sociedade civil.

As incertezas vivenciadas pelas famílias, a geração de protocolos terapêuticos, a atuação das associações de mães e a judicialização de algumas questões (acesso ao tratamento, medicamentos e benefícios) foram também determinantes à sensibilização de atores e instituições, processo que contribuiu para a geração de certa intersectorialização nas ações.

Sobre isso, concorda-se com Gomide e Pires (2014) quando afirmam que vários atores dão sustentação à implementação de estratégias no âmbito das políticas públicas. Diante do contexto político-institucional brasileiro e no caso do ERJ, verifica-se que essa atuação foi primordial na condução de ações, reforçando a tese de que as regras informais e a cooperação dos profissionais se destacaram mais do que a coordenação federativa existente no âmbito das instituições.

Essas atuações, é claro, precisam de legitimidade para acontecer. Por essa razão, os protocolos e demais instrumentos normativos se somam a essa rede, influenciando e garantindo representatividade institucional. Sobre esse aspecto, Souza (2007) assevera que algumas instituições tornam o curso de algumas políticas mais acessível do que outras, já que são capazes de redefinir as alternativas e o planejamento, a partir do diálogo entre os atores envolvidos. Assim, espaços de articulação interinstitucional são importantes porque podem instituir ações a partir das estruturas já existentes, criar novos fluxos, contribuir para a tomada de decisões e definir a agenda.

A articulação interinstitucional depende ainda da capacidade de gestão existente. Na particularidade brasileira, como já visto, há uma tensão entre regionalização e descentralização (aspectos importantes ao funcionamento das estruturas das políticas públicas) que interfere na construção de ações intersectorializadas. Para Lima *et al* (2010), o não planejamento e a implantação da regionalização de forma tardia em alguns estados trouxe sérios problemas à interlocução entre as instituições e à execução de estratégias no âmbito municipal.

Nos dois casos analisados, verificam-se formas organizativas muito distintas em relação a essa questão. No âmbito do ERJ, identifica-se que a regionalização das ações não esteve muito presente na condução de estratégias vinculadas à epidemia do Zika. Aliás, as interferências do período de fusão do Rio de Janeiro com o estado da Guanabara, na década de 1970, vêm sendo persistentes na gestão pública. Tal aspecto faz com que alguns municípios tenham maior autonomia e capacidade de gestão do que outros.

Essas particularidades fragmentam ainda mais o compartilhamento das intervenções, de pactuações e da definição da agenda. Regiões com maiores desigualdades sociais acabam se tornando dependentes da estrutura estadual para a organização de suas gestões.

Já em relação ao caso de Pernambuco, identifica-se que a estrutura pré-existente no que se refere à regionalização e à implementação de programas foi determinante ao processo de coordenação direcionado pelo governo estadual. Assim, nessa experiência, identifica-se que os mecanismos formais tiveram impactos bastante assertivos na condução de ações cooperadas e intersetorializadas.

A estrutura das Gerências Regionais de Saúde (GERES) apresentaram respostas importantes na articulação com os municípios e na aproximação das realidades locais enfrentadas pelas famílias para o acesso a tratamentos e medicamentos.

Há que se reconhecer ainda que a quantidade de municípios que fazem parte do estado de Pernambuco aponta para a necessidade de implementação regional das políticas, reforçando mais uma vez a importância das GERES no apoio às regiões mais afastadas e nas demandas de famílias que vivem em territórios distantes da capital.

Como se viu, a descentralização da estrutura de saúde foi bastante discutida e impulsionada no estado de Pernambuco em alguns períodos governamentais, sobretudo aqueles vinculados à gestão do então governador Miguel Arraes. Essa processualidade anterior foi importante para a solidificação

de arranjos regionalizados e de mecanismos formais voltados à horizontalização das ações (ANJOS JÚNIOR, 1998).

Assim, pode-se afirmar que a condução das respostas direcionadas ao enfrentamento da epidemia contou com a capacidade já instalada, fator que contribuiu para uma maior interlocução ao enfrentamento de desafios imediatos.

A criação de um setor para tratar as estratégias locais, considerando as particularidades inerentes ao estado de Pernambuco naquele momento, foi um reconhecimento institucional importante e que colaborou na criação de intervenções intersetoriais. Afirma-se assim que as ações vinculadas ao Núcleo de Apoio às Famílias de Crianças com Microcefalia da Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE) foi a maior experiência intersetorial identificada no caso em questão.

O Núcleo integrou os atores envolvidos em outras políticas públicas (como saúde, previdência, educação, pessoa com deficiência e movimentos sociais) em âmbito estadual, definiu estratégias rápidas ao fechamento dos casos (através dos mutirões) e aproximou as estruturas regionalizadas para o atendimento das situações cotidianas envolvendo a problemática do ZIKAV.

Costa e Bronzo (2012) asseveram que ações dessa natureza são importantes e contribuem para a implementação intersetorial porque se restringem às dimensões substantivas da proposta a ser discutida, adaptando-a aos mecanismos de gestão. Tal aspecto preserva ainda o foco privilegiado a ser debatido e favorece a tomada de decisões.

Na particularidade do estado Pernambucano, visualiza-se ainda que as ações não acompanharam o ritmo da coordenação vinculada ao governo federal, aspecto que fez do ente estadual o principal direcionador das intervenções a serem desenvolvidas pelos municípios, gerências regionais, instituições e atores envolvidos.

Como já visto, esse território estava avançado na condução de protocolos de enfrentamento à epidemia e identificação dos casos, comportando-se inclusive como um laboratório para outros estados e países na compreensão das

associações vinculadas à SCZV e das respostas de enfrentamento que vinham sendo emitidas.

Além do Núcleo, cita-se também o Programa Olhar para as Diferenças que, apesar de não ter sido planejado para ser executado em decorrência da epidemia do ZIKAV, promoveu o retorno do debate intersetorial entre o estado e os municípios no que se refere à problemática em questão. Essa estrutura foi inclusive utilizada pela coordenação do ente estadual para ser mais um dos objetos de articulação entre as políticas públicas no atendimento a crianças com deficiência.

Ao analisar a conjuntura vivenciada no país no período analisado, identifica-se ainda que o estado de Pernambuco apresentou elementos mais favoráveis à implementação intersetorial do que o Rio de Janeiro, tendo em vista que este enfrentava uma grave crise fiscal e política, paralisando e gerando descontinuidades no planejamento vinculado à gestão pública.

Por essa razão, concorda-se com Cunill-Grau (2005) quando assevera que conjunturas favoráveis são fundamentais para a garantia da intersetorialidade no âmbito das políticas porque permitem a instauração de novas rotinas, financiamento adequado e a contratação de equipe técnica. Além disso, são capazes de criar níveis significativos de colaboração entre as instituições envolvidas, contribuindo para a formulação adequada de metas, objetivos, documentos e colaboração entre os setores.

Outro aspecto importante em todo esse processo foi a atuação da Associação Mãe de Anjos, instituição que ganhou notoriedade em todo o país e mobilizou as instituições pernambucanas no sentido de garantia do acesso ao tratamento, medicamentos e permanência do debate em relação à problemática do ZIKAV.

As associações dos dois estados analisados (Associação Lótus no ERJ e Mãe de Anjos em PE), inseriram-se nos espaços vinculados à estrutura intersetorial e contribuíram para a articulação entre os setores. Organizações como as que se formaram no contexto epidêmico foram capazes ainda de descortinar a invisibilidade histórica e persistente em relação ao segmento de

crianças e pessoas com deficiência, apontando os desafios e demandando o acesso a direitos.

Essas organizações ainda agiram de maneira colaborativa às redes e aos institutos de pesquisa, contribuindo para a geração de novas descobertas e gerando interfaces entre as políticas públicas.

É importante destacar ainda que nos dois estados analisados que foi a saúde o setor responsável por mobilizar as demais políticas públicas à construção de respostas intersetoriais. Tal fato se relaciona à centralidade do problema que demandou dessa política uma atuação firme e rápida na atenção às crianças e suas famílias.

Além disso, essa é uma política que tem uma estrutura institucional mais sólida e vem construído boas experiências intersetoriais através de programas voltados a segmentos populacionais, bem como através da atenção básica.

No caso da assistência social, identifica-se que os desafios persistem em decorrência da fragilidade de investimentos no campo e da utilização da mesma como um instrumento de barganha, fator que desafia à implementação de estratégias e de solidificação de suas estruturas.

Assim como na maioria do país, a regionalização de instâncias de gestão no campo da assistência é escassa ou inexistente. Nos dois estados analisados, verifica-se que esse aspecto se tornou um desafio para a relação entre o nível central e os municípios, fator que, entre outras coisas, complexificou a interlocução interinstitucional no âmbito municipal.

Além disso, identifica-se que o conjunto de condicionalidades que está articulado aos benefícios socioassistenciais impôs uma barreira no acesso ao BPC, dificultando a participação das famílias e implicando em vulnerabilidades no campo da proteção social.

Como já apontado na Seção 4, são muitos os desafios vivenciados pelas famílias de crianças com deficiência. No caso da SCZV, muitas mães precisaram abdicar dos seus trabalhos e se dedicar integralmente ao cuidado. Tornou-se quase uma “peregrinação” aos hospitais, à justiça e à assistência social.

Conforme aponta Ferreira (2017), esse cuidado impõe ainda o “tempo de espera” e a demora nos encaminhamentos ou atendimentos, atividades não remuneradas, que envolvem um amplo desgaste aos indivíduos envolvidos.

Ao identificar aspectos como esse, fica mais clara a necessidade de implementação da diretriz da intersetorialidade no enfrentamento à problemática do Zika Vírus entre o período analisado.

A análise em relação à atuação do Estado brasileiro no enfrentamento à epidemia do ZIKAV identificou que a lógica da setorialidade ainda é muito presente no planejamento e na implementação de políticas. Assim sendo, pode-se asseverar que essa fragmentação ainda se coloca como um grande gargalo à efetividade de ações intersetoriais, apesar das excelentes experiências identificadas na condução no enfrentamento ao contexto epidêmico.

Para Costa e Bronzo (2012), a cultura organizacional das políticas públicas em secretarias e programas especializados, a destinação de recursos de forma fragmentada, bem como o não compartilhamento de informações através de um único sistema, conformam-se como alguns dos obstáculos à gestão intersetorial.

Os repasses financeiros à epidemia do ZIKAV aconteceram diretamente às secretarias estaduais de saúde. A utilização deveria ser pactuada na CIB do setor. Embora a diretriz da intersetorialidade tenha sido bastante defendida nas portarias e normativas do governo federal, verificou-se que não houve partilha financeira com o campo da assistência, nem com outras áreas diretamente envolvidas no processo.

Como já visto, o compartilhamento de recursos financeiros é importante porque é um dos fatores que contribui para um maior grau de intersetorialização entre as políticas públicas. De acordo com o exposto por Cunill-Grau (2005), os itens que estão sendo integrados ajudam a definir o modo e a intensidade da gestão intersetorial.

Dessa maneira, visando compreender o grau de intersetorialização implementado nas experiências analisadas serão consideradas três variáveis definidas pela autora: o grau de incorporação do problema no ciclo das

políticas(I); o grau de compartilhamento de recursos, incluindo informações, responsabilidades e ações (a chamada *mancomunidad*) (II); e o grau de alteração das formas organizacionais dos setores envolvidos (III).

O segundo item, como já visto, é um aspecto desafiador à particularidade brasileira que não dispõe inclusive de um sistema de rotina para o compartilhamento das informações dos usuários entre as políticas públicas. Na condução das estratégias vinculadas à epidemia do Zika, mecanismos como esse teriam sido de suma importância e contribuiriam para uma maior interlocução entre as instituições envolvidas.

Sobre esse cenário, Costa e Bronzo (2012) reforçam que na singularidade brasileira, construir intervenções mais sólidas como as que requerem o compartilhamento de recursos e informações não se configuram como uma tarefa simples. Demandam um prazo considerável e determinam adesão política para a gestão coordenada e intersetorial de políticas.

No caso de uma emergência em saúde pública, com particularidades desconhecidas e com a necessidade de enfrentamento imediato, identifica-se que as estratégias se utilizaram da estrutura e dos mecanismos já existentes. Os maiores investimentos foram sendo construídos no âmbito local, a partir das iniciativas de coordenação e cooperação entre as instituições e dos profissionais que nelas atuam.

Tais aspectos, embora não envolvessem o compartilhamento de recursos entre políticas públicas, articularam outros elementos que foram primordiais e contribuíram para o funcionamento das ações. Inseridos nesse segundo aspecto, identifica-se:

- Troca de informações, através do uso das planilhas, entre saúde e assistência social;
- Envolvimento de instituições de pesquisa e de setores de execução das políticas públicas, no Comitê Gestor Estadual e no Núcleo de Apoio às Famílias;
- Compartilhamento de informações, ações, pactuações, planejamento entre estado e municípios, por meio da participação das reuniões da CIB,

dos Pontos Focais, das Gerências Regionais e de outras instâncias de execução das políticas, como por exemplo, as secretarias de saúde e de assistência.

- Articulação entre programas de primeira infância no atendimento às demandas e necessidades das crianças.

No que se refere às outras dimensões citadas por Cunill-Grau (2005) como importantes à análise da implementação intersectorial, verifica-se que a incorporação do problema no ciclo das políticas públicas foi um aspecto desafiador em ambas as experiências, dado o período conjuntural vivenciado no país que gerou, entre outras coisas, descontinuidades às ações que já vinham sendo desenvolvidas.

Como já citado, o ciclo das políticas é composto pela definição da agenda, indicação das estratégias, implementação e avaliação. Essas etapas são fundamentais ao funcionamento do Estado e, conseqüentemente, para o enfrentamento de problemas complexos como foi o caso da epidemia do ZIKAV.

Nos casos analisados, verifica-se que a etapa de implementação sofreu interferências dos protocolos e controvérsias imbricados à questão da SCZV, mas também da dinâmica setorializada que envolve o sistema de proteção social brasileiro.

Com a decretação do final da emergência, em 2017, essa etapa sofreu ainda com a descontinuidade das ações implicando em dificuldades ao direcionamento e ao planejamento vinculado ao ciclo de políticas públicas.

Há que se reconhecer ainda que os estados analisados executaram formas distintas de enfrentamento à epidemia, embora houvesse orientações do governo federal para a implementação das ações. Tal aspecto reflete a dimensão do problema em cada território e as especificidades regionais que precisavam ser atendidas por meio da estrutura existente. Sabe-se que as heterogeneidades em todas as regiões do país direcionam a necessidade constante de avaliação e construção de estratégias particulares.

Em relação ao terceiro aspecto (grau de alteração das formas organizacionais dos setores envolvidos), verifica-se que os dois estados

realizaram importantes movimentos na condução de estruturas para o atendimento das demandas. Como já assinalado, tais aspectos se concentraram principalmente por meio dos espaços do Comitê Gestor Estadual (no caso do Rio de Janeiro) e do Núcleo de Apoio às Famílias (no caso de Pernambuco).

Apesar do destaque desses ambientes para a construção das estratégias interinstitucionais, verifica-se que não houve grandes alterações nas estruturas organizativas setoriais das políticas públicas envolvidas para o enfrentamento e atendimento das questões de forma contínua.

O que se identifica é que as políticas discutiam as intervenções e definiam o planejamento de forma conjunta em espaços como os já assinalados, mas continuavam assumindo setorialmente as suas funções.

Tais questões não incidem apenas na particularidade atrelada à epidemia do ZIKAV. Fazem parte da organização das políticas públicas brasileiras e da forte cultura setorializada que vem sendo historicamente implementada.

A partir de todos os aspectos já discutidos, pode-se afirmar que houve importantes estratégias no direcionamento de ações intersectorializadas no enfrentamento ao evento em saúde em questão, dado o papel proeminente assumido por gestores e profissionais inseridos no âmbito das políticas públicas.

Essa atuação permitiu o gerenciamento das dificuldades de coordenação e da estrutura técnica nos territórios analisados, dentro dos limites institucionais e da capacidade de gestão disponível para o momento. A criação de uma importante rede colaborativa, bem como de mecanismos formais e informais entre políticas, foram fatores assertivos na condução de uma experiência intersectorializada.

Hochman (2007) inclusive reforça que eventos como epidemias e outras situações de emergência geram uma importante rede colaborativa entre as instituições de coordenação de políticas e outros setores da sociedade no direcionamento de orientações, normativas e estratégias.

Porém, apesar de todos os esforços emitidos pelas instituições e pelos atores que nelas atuam, verifica-se que a forte setorialização incidente no âmbito

das políticas públicas brasileiras interferiu nos processos, acarretando em uma caracterização de baixa intensidade à ação intersetorial no contexto vinculado à epidemia do ZIKAV.

Como já visto um dos principais desafios para a prática da intersetorialidade é a superação da vontade dos agentes, por meio da construção de uma estrutura sólida e contínua que envolva a gestão e o reordenamento das metodologias de trabalho.

Com a estrutura organizacional das políticas e com as recorrentes disputas de coordenação entre os entes federados, a intersetorialidade se coloca como uma diretriz desafiadora às instituições do país, seja para o enfrentamento de ações permanentes, seja para o enfrentamento de momentos epidêmicos.

As maiores fragilidades encontradas se estabeleceram na relação entre saúde e assistência, bem como na interlocução desenvolvida entre estados e municípios. A baixa capacidade de gestão e a estrutura de algumas regiões podem ter se comportado como fatores desafiadores a uma operacionalização intersetorial de maior intensidade.

Analisa-se ainda que foram construídas importantes relações no âmbito do ente estadual para a discussão e o planejamento de estratégias intersetoriais. Porém, verifica-se que a extensão desses aspectos ao âmbito municipal não aconteceu da mesma forma, tendo em vista que a gerência de ações dessa natureza dependia ainda de fatores, como a vontade política e a capacidade de gestão, elementos desafiadores à estrutura local da maioria dos municípios brasileiros.

No campo da assistência, por exemplo, essa dependência ainda se torna maior tendo em vista as características históricas e as dificuldades de institucionalização da política de forma efetiva.

Outro fator importante a ser citado é que as sedes dos entes estaduais, vinculadas às políticas públicas, são comumente localizadas nas capitais, gerando um distanciamento maior dos municípios. Esse fato faz com que as comunicações se concentrem por e-mails ou outros instrumentos tecnológicos.

No caso de Pernambuco, há um diferencial nessa questão, considerando a existência das estruturas das GERES. Estas potencializam a relação entre o ente estadual e os municípios, contribuindo para a identificação e resolução de problemas.

A multiplicidade de desigualdades e as contradições emergentes no âmbito da sociedade brasileira carecem de ações intersectorializadas. A epidemia do ZIKAV evidenciou ainda mais essa necessidade no contexto mais recente. E, embora tenha se formado uma excelente estrutura colaborativa entre as instituições, não se pode afirmar que a mesma tenha as características e especificidades para uma intersectorialidade de alta intensidade, conforme previsto por Cunill-Grau (2005). Esse formato, como já se viu, depende necessariamente dos seguintes fatores:

1. Incorporação do Problema no Ciclo de Políticas Públicas;
2. Planejamento Conjunto;
3. Programação Orçamentária Comum;
4. Monitoramento e Avaliação Compartilhados;
5. Compartilhamento da execução das decisões e dos recursos;
6. Ações, recursos e responsabilidades compartilhadas com funcionamento em rede;
7. Alteração nas estruturas organizativas setoriais.

No contexto analisado, vários foram os indicativos para a realização de ações conjuntas, mas a fragilidade de inserção de algumas políticas comprometeu o processo, como foi o caso da assistência social e, sobretudo, da previdência social.

A autonomia, hierarquia e as distintas estruturas organizacionais de algumas instituições comprometem a construção de ações intersectorializadas e geram conflitos interorganizacionais.

Além disso, fatores externos aos contextos institucionais, como aqueles vinculados a crises políticas e econômicas, contribuem para a geração de embates intraorganizacionais e de descontinuidades do planejamento. Foi o que

aconteceu no contexto epidêmico, a partir das alterações executadas no governo federal e, de modo particular, no caso do estado do Rio de Janeiro.

Além dessas questões, outra característica recorrente no âmbito das políticas públicas é a grande rotatividade de profissionais na gestão e nos espaços de atendimento direto aos usuários. Especialmente na particularidade do ERJ, esse aspecto trouxe impactos significativos à continuidade das ações que vinham sendo desenvolvidas pelos pontos focais.

Pelos aspectos mencionados, concorda-se com Mota (2015) quando afirma que a estrutura das políticas vinculadas à Seguridade Social brasileira foi se constituindo com fragilidade e não equalizou as condições históricas imbricadas às contradições da formação social brasileira.

No momento de eclosão da epidemia, verifica-se que as condições políticas foram ainda determinantes à garantia de continuidade das ações. Além do evento do impeachment, as políticas sociais brasileiras vinham enfrentando contrarreformas políticas (reforma trabalhista e reforma previdenciária), cortes em programas de transferência de renda e aspectos particulares em cada um dos estados analisados, conforme já apontado nos dois itens anteriores.

Dessa maneira, afirma-se que ao normatizar frequentemente o enfrentamento de eventos complexos como foi o caso da epidemia em questão, sem o investimento prévio, adequado e continuado, há um direcionamento à responsabilidade institucional e de seus atores na condução das intervenções.

Além dos fatores supramencionados, reforça-se que do ponto de vista da relação entre os entes federados, o desconhecimento sobre a doença no momento inicial gerou grande indefinição sobre os procedimentos a serem adotados, fazendo com que as estratégias precisassem ser frequentemente avaliadas.

Se por um lado esse aspecto condicionava cada vez mais a dependência de redes colaborativas entre as instituições de pesquisa e aquelas vinculadas à operacionalização de políticas públicas, fazia com a intersetorialidade se tornasse um desafio. As dificuldades das estruturas organizacionais persistiam.

Ao analisar a implementação intersetorial instituída na relação entre o governo federal, estados e municípios no enfrentamento à epidemia do ZIKAV, entre 2015 e 2019, pode-se concluir que houve a geração de uma importante rede colaborativa para a compreensão do fenômeno e para o atendimento às demandas das crianças e de suas famílias. Porém, como já visto, os esforços analisados apontam para uma prática intersetorial de baixa intensidade entre as políticas públicas. Esse formato, a partir das definições de Cunill-Grau (2005), é caracterizado quando:

1. **Apenas uma parte do ciclo de políticas públicas é operacionalizado:** no caso da epidemia do ZIKAV, avalia-se a criação de estruturas, planos e protocolos, com a intervenção de um órgão de caráter técnico, como foi o caso das Secretarias Estaduais. Porém, esses mecanismos não foram suficientes para a alteração das fortes estruturas setoriais existentes no campo das políticas públicas brasileiras. Tal aspecto fez com que as respostas e os planejamentos imbricados à epidemia fossem discutidos nos espaços do Comitê Gestor ou do Núcleo de Apoio às Famílias, porém as ações continuavam sendo executadas de forma setORIZADA, com todas as dificuldades já assinaladas.
2. **As atividades básicas de planejamento, elaboração do orçamento e avaliação continuam assumidas setorialmente:** como discutido, não houve compartilhamento orçamentário entre políticas públicas envolvidas no direcionamento de ações intersetorializadas.
3. **Compartilham-se somente assuntos operacionais:** apesar da importância das instituições para o enfrentamento à epidemia em questão, verifica-se que muitos dos debates construídos estiveram concentrados na definição dos fluxos de atendimento às famílias ou ainda do compartilhamento de informações, com foco na busca ativa.

Apesar dessa característica, torna-se fundamental destacar que a complexidade do evento em saúde, demandava uma ação imediata entre as instituições, por meio da reorganização dos serviços e da construção de fluxos para um melhor atendimento às demandas das famílias.

Também, em muitos momentos, verificou-se que as instituições de pesquisa direcionavam em conjunto com os setores de operacionalização de políticas públicas, importantes compartilhamentos de descobertas sobre a doença. Inseriram-se nesse processo, de forma destacada, a Fiocruz/PE e a Fiocruz/RJ. Ambas realizaram inclusive estudos articulados e dialogaram sobre os resultados em congressos, eventos e capacitações.

Outras características citadas por Cunill-Grau (2005), como a construção de arranjos para a intervenção intersetorial e o financiamento das ações, envolveram mais os espaços vinculados ao setor saúde. Como se viu, as CIBs se inseriram como estratégias importantes à pactuação do planejamento e utilização dos recursos.

Ainda, como já citado, foi o setor em questão o responsável por coordenar as principais estratégias e mobilizar as demais políticas públicas para participação nos espaços de debate e no direcionamento de um planejamento cooperado. Porém, apesar dos impulsos provocados à construção de ações intersetoriais (seja através de aspectos normativos e dos espaços de debate conjuntos) não foi possível verificar a construção de atuações sólidas em outras políticas de forma continuada em toda a trajetória que remete à agenda da epidemia do ZIKAV. Esse aspecto pode ser observado na relação entre União e estados, na interlocução entre estados e municípios e, ainda, em âmbito local.

As frágeis estruturas da assistência social, a forte hierarquização existente no campo da previdência, a estrutura setORIZADA de programas e a distância com o campo da educação são elementos importantes e que podem ter sido catalisadores desses desafios.

Considerando todos os aspectos que compuseram essa análise, torna-se importante reforçar que os desafios imbricados à efetivação de uma intersectorialidade de intensidade maior, do que a apresentada, estão relacionados às particularidades estruturais do país.

Como já justificado na Seção 2, fatores como a legislação e a organização dos sistemas de políticas públicas trazem interferências ao processo. Para que sejam criadas estratégias sólidas e continuadas à ação intersectorial é importante

que o Estado disponha de mecanismos permanentes que facilitem o seu desenvolvimento.

O excesso de normativas não vem sendo compatível com as capacidades de gestão existentes em território nacional. Assevera-se que para o enfrentamento de problemas complexos como epidemias e outras emergências, impõe-se a necessidade de utilização das estruturas pré-existentes, fator que compromete o atendimento de demandas sociais que já vinham sendo enfrentadas e desafia os profissionais na atenção de uma nova particularidade.

Além disso, concorda-se com Cunill-Grau (2005) quando assevera que contextos político-institucionais, como o brasileiro, desafiam mais a prática da intersectorialidade dada a tradição setorializada de organização das políticas públicas, de camadas de poder vinculadas às corporações e do aspecto político-partidário. Este, por sua vez, pode tornar a ação intersectorial muito vulnerável e comprometer a etapa da implementação se for usada como um instrumento de barganha.

No caso da atenção a crianças com deficiência, analisa-se que há ainda um longo caminho na efetividade universal da rede de atenção entre políticas públicas. Em várias das entrevistas direcionadas a gestores e técnicos que atuaram no contexto epidêmico, foi possível identificar que esse campo se tornou ainda mais fragmentado com as particularidades que envolveram o segmento com Síndrome Congênita do Zika Vírus.

As prerrogativas direcionadas ao segmento de crianças com SCZV, diante da grave emergência em saúde pública instalada no país, sedimentaram o acesso de direitos por grupos com outras deficiências. Sabe-se que o universo vinculado ao segmento PCD enfrenta grandes desafios para o acesso a benefícios socioassistenciais, atendimentos especializados e reabilitação.

Desse modo, analisa-se que ao fragmentar novamente, impõe-se mais uma vez o desafio à intersectorialidade. Não se pode negar que no conjunto das deficiências, há uma particularidade atrelada à SCZV. Foi a não intervenção estatal ao longo dos anos anteriores que culminou em mais esse grave problema de saúde pública.

Também não se pode deixar de reconhecer que à síndrome associada ao Zika Vírus abriu caminhos para o olhar de outras deficiências. As experiências positivas aplicadas no âmbito das políticas públicas poderiam ser expandidas e utilizadas como diretrizes ao atendimento do segmento PCD.

Ao se pensar o aspecto da implementação intersetorial, tão defendida no enfrentamento ao evento epidêmico analisado, reforça-se a importância de garantia do acesso pleno aos direitos sociais ao conjunto da população, como um instrumento que deve ser ofertado de forma contínua, através do investimento em políticas públicas.

Por fim, reafirma-se que a estrutura e os modelos que foram sendo utilizados na gestão das políticas públicas em toda a trajetória brasileira, colocaram-se como elementos desafiadores a uma implementação intersetorial de maior intensidade no contexto epidêmico. Apesar de fenômenos dessa natureza geraram um forte cenário colaborativo e reforçarem o papel das instituições ou dos atores que nelas atuam, há que se reconhecer que a intersetorialidade ainda enfrenta grandes entraves diante de contextos como o brasileiro.

Em nenhum momento, a atuação profissional pode ser desconsiderada ou questionada sem as devidas mediações em torno da estrutura organizacional das políticas públicas brasileiras e dos desafios que são impostos diante de particularidades e contextos que permeiam o processo. Os arranjos institucionais e os seus atores tiveram inclusive um papel essencial na construção de estratégias e no enfrentamento da particularidade analisada, apesar de todas as questões sociais, econômicas e políticas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo o desenvolvimento de uma análise em torno das estratégias intersetoriais implementadas no âmbito das políticas públicas brasileiras, no enfrentamento à epidemia do Zika Vírus (ZIKAV). Para a identificação do cenário, os estados de Pernambuco e do Rio de Janeiro foram utilizados como referências empíricas.

Como supramencionado, o período de investigação compreendeu os anos de 2015 a 2019. Cumpre destacar que não foi objeto desse estudo a projeção de generalizações sobre a atuação de todos os estados do país, diante do evento em saúde pública instalado. Apesar disso, é mister salientar que a perspectiva adotada poderá contribuir para a identificação de perspectivas e desafios vivenciados por realidades não pesquisadas.

No conjunto das ações direcionadas pelo Estado brasileiro, cabe destacar o papel fundamental exercido pelas políticas públicas, sobretudo a saúde e a assistência social. As normativas deixaram claro a importância desses setores no enfrentamento ao contexto epidêmico. Como diretriz da atuação intersetorial, destaca-se a Instrução Operacional Conjunta n. 1 MS-MDS, de 25 de fevereiro de 2016. Tal documento destaca a função conjunta a ser exercida pelos campos em questão.

A premissa do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) foi estimular os estados no desenvolvimento de planos de ação integrados, de modo que o SUS e o SUAS pudessem atuar no contexto e contribuir para o fortalecimento da rede de proteção dos territórios afetados.

Dessa forma, para a composição dessa pesquisa, tomou-se como ponto de partida a identificação da estrutura e organização das políticas de saúde e de assistência social nos estados-chave. Destaca-se que embora tenha existido transversalidade com outros campos, como previdência e educação, coube a esses dois setores o papel primordial de atendimento às famílias e crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus.

A partir dos elementos apresentados, destaca-se que embora os entes estaduais e municipais devam seguir as diretrizes e normativas coordenadas pelo Governo Federal, há particularidades históricas e processuais que caracterizam a dinâmica de operacionalização do setor saúde e da assistência social.

Como visto nos resultados vinculados ao estado pernambucano, a diretriz da descentralização na gestão da saúde pública foi passo importante na composição do atendimento vinculado à população. As estruturas interiorizadas das Gerências Regionais foram essenciais na aproximação de realidades situadas em regiões mais distantes da capital (Recife). Essa interface contribuiu para a interlocução e realização de encaminhamentos. Embora a concentração de equipamentos de saúde, de alta complexidade, esteja situada em Recife, identifica-se que as estruturas existentes, aliadas aos Programas de Primeira Infância, foram importantes para a composição da rede de atenção. No cenário estudado, verifica-se o papel integrador e organizativo instituído pelo Núcleo de Apoio às Famílias das Crianças com Microcefalia. Sem dúvidas, a cooperação entre políticas dependeu dessa estrutura para o desenvolvimento das potencialidades existentes nos territórios.

No estado do Rio de Janeiro, destaca-se a influência das importantes instituições de pesquisa e do comitê gestor na criação de estratégias de enfrentamento à epidemia. Embora esse estado estivesse vivenciando uma grave crise econômica, foi possível verificar um grande esforço dos atores envolvidos nas instituições de gestão de políticas públicas, como Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Estadual de Assistência Social, na efetivação do diálogo e na criação de ações conjuntas. Outras instituições exerceram um papel integrador entre os segmentos envolvidos, como foi o caso da Fiocruz/RJ e do Instituto Fernandes Figueira que, por sua vez, realizaram diversos eventos com foco na participação das famílias e dos profissionais envolvidos no atendimento às crianças.

No que se refere à assistência social, foi possível verificar que os dois estados analisados introduziram a pauta do momento epidêmico e da SCZV em suas agendas. O diálogo intersetorial aconteceu de maneira heterogênea, dadas

às particularidades organizativas e os planejamentos direcionados, em cada território. Há que se considerar que nesse campo, permeiam ainda fragilidades históricas no que se refere à institucionalização da política e à estrutura descentralizada, o que desafiou a articulação entre o ente estadual e os municípios.

No campo da Seguridade Social, há que se reconhecer ainda que a hierarquização vinculada à Previdência Social se colocou como um enorme desafio à articulação com a assistência social, fator que impactou no atendimento às crianças e na garantia do acesso a benefícios socioassistenciais.

Ainda no campo da proteção social, verificou-se que há uma necessidade continuada de articulação com a política de educação no atendimento ao segmento de crianças com deficiência. Torna-se imprescindível o fortalecimento dessa rede, com vistas não apenas ao atendimento da diretriz da intersectorialidade, mas por compreender o conjunto de fatores associados ao desenvolvimento dos sujeitos sociais.

Em todo o contexto analisado, assevera-se que tanto o sistema de vigilância epidemiológica, quanto o sistema de vigilância socioassistencial foram fundamentais para a identificação do problema a ser enfrentado pelo Estado brasileiro. Tais mecanismos contribuíram para o mapeamento das situações de risco que permeiam cotidianamente as dinâmicas populacionais. Pode-se afirmar que esse foi o ponto de partida para a atuação das políticas públicas. Por essa razão, assevera-se que não há intersectorialidade possível entre as políticas públicas sem a participação desse campo.

Na análise instituída, ressalta-se também a importância do neoinstitucionalismo histórico como uma forma de identificação do papel das instituições no processo, tendo em vista que as mesmas assumiram um alto grau de legitimidade na implementação das estratégias de enfrentamento à epidemia.

Dessa forma, assevera-se que as entrevistas aplicadas aos profissionais que atuam nas Secretarias Estaduais de Assistência Social e de Saúde, em outras instituições que executaram Políticas transversais articuladas ao problema de pesquisa, bem como as demais que foram sendo indicadas pelos

informantes-chave, foram necessárias à compreensão do processo de implementação intersetorial.

Aliás, há que se reconhecer que a atuação desses atores foi o elo necessário para a garantia do atendimento às crianças, num momento extremamente desafiador. Mesmo diante de um evento desconhecido e no processo de descobertas, esses profissionais se mantiveram atentos às necessidades e contribuíram para a definição dos protocolos.

A partir do conjunto de informações obtidas nesse vasto período de análise foi possível perceber que a emergência da epidemia do Zika Vírus descortinou os desafios vivenciados no enfrentamento a eventos complexos no campo da saúde pública. Nesse contexto, há que se reconhecer a ineficácia da estratégia de controle vetorial do *Aedes Aegypti* como a forma central de prevenção a situações semelhantes com aquela identificada nesse estudo.

Torna-se necessário o fortalecimento das políticas de atenção primária e de saneamento básico, tanto nos grandes centros urbanos, quanto no interior do país. A epidemia ora discutida aponta para a necessidade de reflexão sobre a efetiva descentralização e regionalização dos serviços, de modo que a população residente em locais mais afastados possa ter acesso a serviços de qualidade.

A composição de um dos princípios básicos do SUS, a integralidade, precisa ser colocada em prática por meio do amplo atendimento, bem como de garantia de capacidade técnica e financeira, de forma regionalizada. Com isso, pretende-se afirmar que a rede precisa estar continuamente estruturada para o enfrentamento de situações epidêmicas ou outros eventos complexos.

Assim, defende-se que o sujeito precisa ser reconhecido por meio de suas dimensões biológica, social e psicológica. Ou seja, precisa ser tratado por meio da totalidade que o compõe. Por essa razão, estratégias como integralidade e intersetorialidade são sempre colocadas como uma forma de atendimento das demandas imbricadas ao ser social.

Há que se reconhecer em todos os aspectos apresentados nessa tese que a estrutura fragmentada e descontinuada de programas e projetos,

vinculados às políticas públicas, são elementos que dificultam a prática de ações intersetoriais de alta intensidade.

Os protocolos e notas técnicas foram essenciais à orientação do trabalho da equipe técnica. Nos anos iniciais da epidemia, as Declarações de Emergência, Nacional e Internacional, direcionaram-se como instrumentos necessários à operacionalização do atendimento e identificação dos casos, diante de um cenário ainda em investigação.

Apesar disso, a coordenação em âmbito nacional desconsiderou as particularidades territoriais vivenciadas em cada estado. Este, mais do que uma divisão territorial, envolve muitos municípios com baixa capacidade técnico-científica, fator que compromete a continuidade do atendimento ofertado às famílias.

Sobre isso, é imperativo salientar que os núcleos familiares vêm enfrentando inúmeros desafios no acesso aos medicamentos, à reabilitação e aos benefícios socioassistenciais. Os espaços dos comitês gestores precisam aprofundar a discussão sobre a agilidade desses processos, de modo que esses segmentos consigam garantir os seus direitos.

É importante destacar que muitas mães precisaram ainda se afastar ou deixar os seus empregos para se dedicarem integralmente ao cuidado. Hoje, ainda enfrentam a necessidade de articulação com a rede escolar, de modo que suas crianças possam se desenvolver e buscar mais autonomia. Há ainda muita incerteza sobre a doença e sobre as melhores formas de tratamento. Por essa razão, assevera-se a importância de comprometimento do Estado na garantia permanente desse debate, do acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), bem como do aprofundamento da capacidade de proteção aos núcleos familiares.

Como já afirmado, as emergências se configuram como eventos que fogem ao funcionamento de práticas cotidianas, lançando complexidades aos processos de trabalho. Apesar disso, defende-se que o pós-epidemia seja recomposto por um reordenamento das políticas públicas, no sentido de superação de práticas e estratégias fragmentadas.

À política de assistência, imputa-se a necessidade de institucionalização de suas ações, com foco no reconhecimento de suas normativas e da ampliação dos benefícios socioassistenciais por parte do Estado. No caso das pessoas com deficiência, é primordial asseverar a necessidade de acesso a direitos sociais já conquistados, além de expansão da cobertura para aqueles que se dedicam ao cuidado.

Do ponto de vista da intersetorialidade, esta análise reconhece todos os esforços desenvolvidos pelos estados pesquisados, destacando-se o papel assumido por gestores e por toda a equipe técnica para operacionalizar os protocolos e os elementos dispostos no conjunto de normativas, lançadas no auge da epidemia e no período posterior à decretação do final da emergência em saúde pública.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. **Zika Vírus: desafios da saúde pública no Brasil**. Rev Bras Epidemiologia ABR-JUN; 19(2): 225-228, 2016.

_____. (2018). **Especial Abrasco sobre Aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil**. Disponível e: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/especial-abrasco-sobre-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-brasil/36777/>. Acesso em 01 de fevereiro de 2019.

ABRUCIO, Fernando Luiz. **Coordenação e cooperação no federalismo brasileiro: avanços e desafios**. In: Estado, instituições e democracia: república. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2010

ABRUCIO, F.L.; FRANZESE, C. **Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil**. Texto digitado, s/d.

AFFONSO, Rui de Britto Álvares. **Descentralização e reforma do Estado: a Federação brasileira na encruzilhada**. Revista Economia e Sociedade, Campinas, (14): 127-152, jun, 2000.

ALEXANDER, Ernest R. **Interorganizacional coordination: theory and practice**. Journal of Planning Literature, 1993.

ANJOS, Júnior. **Descentralização de Políticas Sociais Em Pernambuco**. Recife: Editora Massangana, 1998.

ARAÚJO, Luísa; RODRIGUES, Maria de Lourdes. **Modelos das Análises das Políticas Públicas**. Revista Sociologia Problemas e Práticas, 2017.

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

_____. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas/Fiocruz, 2012.

_____. **Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo**. RBCS Vol. 14 no 40 junho, 1999.

_____. **Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização**. São Paulo: Fapespe, 2000.

_____. **Dossiê Agenda de Pesquisa em políticas públicas**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v.18, n.51, fev.2003.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde**. In: In: HOCHMAN, Gilberto. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BEHRING, Elaine. **Fundamentos de Política Social**. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo, Cortez: 2011.

AZEREDO, Nelma. **A Construção do Sistema Único de Assistência Social (SUAS): a experiência do Estado do Rio de Janeiro**. Porto Alegre: Editora Nova Práxis, 2020.

BEHRING, Elaine. **Neoliberalismo, Ajuste Fiscal Permanente e Contrarreformas no Brasil da Redemocratização**. Vitória: Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social, 2018.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 55p. : il. Modo de acesso: www.saude.gov.br/svs.

_____. **Portaria nº 1.813/GM/MS**. 11 nov 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html. Acesso em 5 de dezembro de 2018.

_____. Brasil (Ministério da Saúde). **Boletim Epidemiológico. Vol. 49. N46**, nov, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/2018-053-Monitoramento-integrado-Semana-Epidemiologica-40-publicacao.pdf>. Acesso em 5 de dezembro de 2018.

_____. **Portaria nº 3.502/GM/MS**. 19 dez 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3502.pdf>. Acesso em 5 de dezembro de 2018.

_____. **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.

_____. (2015a). **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 novembro de 2018.

_____. (2015b). **Lei Brasileira de Inclusão**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em 10 de fevereiro de 2019.

_____. (2016a). **Portaria nº 405/GM/MS**. 15 mar 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/pri0405_15_03_2016.html. Acesso em 5 de dezembro de 2018.

_____. (2016b). **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-2016-22670920Acesso em 5 de dezembro de 2018.

_____. (2016c). **Portaria nº 1.046/GM/MS**. 20 maio 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13170.html>. Acesso em 5 de dezembro de 2018.

_____. **Lei 8.080**. 19 set 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso em 10 de fevereiro de 2019.

_____. **Lei 8.742**. 7 de dezembro de 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em 20 de dezembro de 2019.

_____. **Lei 13.985, de 7 de abril de 2020**. Disponível em: [https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2020/lei-13985-7-abril-2020-789954-norma-pl.html#:~:text=EMENTA%3A%20Institui%20pens%C3%A3o%20especial%20destinada,de%20Presta%C3%A7%C3%A3o%20Continuada%20\(BPC\)](https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2020/lei-13985-7-abril-2020-789954-norma-pl.html#:~:text=EMENTA%3A%20Institui%20pens%C3%A3o%20especial%20destinada,de%20Presta%C3%A7%C3%A3o%20Continuada%20(BPC)). Acesso em 30 de maio de 2020.

_____. (e-SIC). **Sistema de Informações ao Cidadão**. Disponível em: <https://esic.cgu.gov.br/falabr.html>. Acesso em 01 de março de 2020.

_____. RESP (2020). **Registro de Eventos em Saúde Pública**. Disponível em: <http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel>. Acesso em 10 de maio de 2020.

_____. (CNS). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 02 de março de 2019.

_____. (1990). **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em 01 de março de 2020.

_____. (1988). **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 30 de outubro de 2020.

_____. (2004). **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)**. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em 01 de fevereiro de 2020.

_____. (2012). **NOB/SUAS – 2012**. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf. Acesso em 01 de fevereiro de 2020.

_____. (2005). **NOB/SUAS – 2005**. Disponível em: <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/NOB-SUAS.pdf>. Acesso em 01 de fevereiro de 2020.

_____. (MDS, 2018). **Censo Suas - 2018**. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>. Acesso em 09 de setembro de 2020.

_____. (MDS, 2021). **CadSUAS – 2021**. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/cadsuas/visualizarConsultaExterna.html?jsessionid=2DFEF3C3D498D12099B169C9BA0CC989>. Acesso em 09 de setembro de 2020.

_____. (2010). **Portaria GM/MS nº 4279, de 30 de dezembro de 2010**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 01 de dezembro de 2020.

_____. (2020). **Nascimentos por Ocorrência, segundo unidade da Federação**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em 27 de março de 2021.

_____. (DATASUS, 2015). **Equipes de Saúde – PE/RJ**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipePE.def>. Acesso em 01 de março de 2021.

_____. (DATASUS, 2019). **Equipes de Saúde – PE/RJ**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipePE.def>. Acesso em 01 de março de 2021.

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.

BRAGA, Ima Aparecida; VALLE, Denise. **Aedes aegypti : histórico do controle no Brasil**. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde. 16 (2): 113–8, 2007.

BRITO, C et al. **Zika in Pernambuco: rewriting the first outbreak**. rev. Soc. bras. med. trop., v. 49, n. 5, p. 553-558, Sep./Oct. 2016.

BRITTEN, Nicky. **Entrevistas qualitativas**. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CAPELLA, Ana Cláudia. **Perspectivas Teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas**. In: HOCHMAN, Gilberto. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil – o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CASTRO, Elisa Kern de; PICCININI, César Augusto. **Implicações da Doença Orgânica Crônica na Infância para as Relações Familiares: Algumas Questões Teóricas**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 15(3), pp. 625-635, 2002.

CEPERJ (2019). **Cartografia Fluminense**. Disponível em: <http://www.ceperj.rj.gov.br/Conteudo.asp?ident=79>. Acesso em 27 de março de 2021.

CDC. **Centro de Controle de Doenças**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/>. Acesso em 20 de novembro de 2018.

CONDEPE FIDEM (2015). **Pernambuco em Mapas**. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=condepe+fidem+mapa+regi%C3%B5es+desenvolvimento+pernambuco&oq=condepe+fidem+&aqs=chrome.1.69i57j35i39j0l2j0i22i30l5.3371j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>. Acesso em 15 de fevereiro de 2021.

COSTA A.M. **A determinação social da microcefalia/zika no Brasil**. 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, 2016.

COSTA, Bruno Lazzarotti Diniz; BRONZO, Carla. **Intersectorialidade no enfrentamento da pobreza: o papel da implementação e da gestão**. In: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Implementação de políticas públicas: teoria e prática. Ed Puc Minas, 2012.

COSTA, FL & Castanhar, JC. **Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos**. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.

CUGOLA, Fernanda *et al.* **The Brazilian Zika Virus strain causes birth defects in experimental models**. Revista Natural, 534, p. 267–271, 2016.

CUNILL-GRAU, Nuria. **A intersectorialidade nas novas políticas sociais: uma abordagem analítico conceitual**. In: Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. – N. 26 (2016)- . Brasília, DF : Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2005

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

_____. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DRAIBE, SM. **Ciclos de reformas de políticas públicas em ambiente de consolidação da democracia: a experiência brasileira recente de reforma dos programas sociais**. Campinas: Unicamp; 2005.

EASTON, David. **A framework for Political Analysis**. Englewood cliffs: Prentice-Hall, 1965.

_____. **The Political System: na inquiry into the State of Political Science**. New York: Alfred A. Knopf, 1953.

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

ETZIONI, Amitai. **Mixed Scanning: A Third approach to Decision-Making**. Public Administration Review, Bloomington, 1967.

FALEIROS Vicente de Paula. **A política social do estado capitalista. As funções da previdência e assistência social.** Cortez: São Paulo, 2000.

FARIA, NR et al. **Zika virus in the Americas: Early epidemiological and genetic findings.** Science (New York, NY). Apr; 352(6283): 345—349, 2016.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Implementação: ainda o “elo perdido” da análise de políticas públicas no Brasil?** In: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Implementação de políticas públicas: teoria e prática. Ed Puc Minas, 2012.

_____. **A multidisciplinaridade no estudo das políticas públicas.** In: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio. A política pública como campo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

FERREIRA, Verônica Maria. **Apropriação do tempo de trabalho das mulheres nas políticas de saúde e reprodução social: uma análise de suas tendências.** Recife: Tese de Doutorado, 2017.

FLEURY, Sonia. **Políticas Sociales y Ciudadanía.** INDES, BED, Washington, 1999.

_____. **Seguridade social: um novo patamar civilizatório.** In: INSTITUTO LEGISLATIVO BRASILEIRO. Os cidadãos na carta cidadã. Brasília: Senado Federal, 2008.

FLEXOR, G & LEITE, SP. **Análise de Políticas Públicas: breves considerações teórico- metodológicas. Avaliando a gestão das políticas agrícolas no Brasil: uma ênfase no papel dos policy-makers”.** Relatório Final de Pesquisa, 2006.

FREIRE, Desirée Guichard Freire; OLIVEIRA, Floriano José Godinho de; RIBEIRO, Guilherme; OLIVEIRA, Leandro Dias de. **2016, ano em que o país sofreu um golpe político institucional, não termina.** Revista brasileira de geografia econômica, 2016.

GARCIA, Leila Posenato. **Epidemia do Zika Vírus no Brasil: Emergência, Evolução e Enfrentamento.** Brasília: IPEA, 2018.

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.

GERSCHMAN, Silvia. **Formulação e Implementação de Políticas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.** In: UGÁ, Maria Alicia *et al.* A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** São Paulo: Atlas, 2010.

GOIÁS (2000). **Histórico da Política de Assistência Social.** Texto produzido para a Capacitação Regional de Conselheiros Estaduais e Municipais de Assistência Social. Disponível em:

http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/historico_da_politica_de_assistencia_social_-_2000.pdf. Acesso em: 20 de dezembro. 2020.

GOMIDE, Alexandre de Ávila; PIRES, Roberto Rocha C. **Capacidades estatais e democracia**. Brasília: IPEA, 2014.

_____. **Governança, Arranjos Institucionais e Capacidades estatais na implementação de políticas federais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

GONTIJO, José Geraldo Leandro. **Coordenação, Cooperação e políticas públicas: organizando percepções e conceitos sobre um tema caro à implementação**. In: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. *Implementação de políticas públicas: teoria e prática*. Ed Puc Minas, 2012.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GULLAND A. **Zika virus is a global public health emergency, declares WHO**. *BMJ*. 352: i657, 2016.

HALL, Peter; TAYLOR, Rosemary C. R. **Political science and the three new institutionalisms**. *Political Studies*, 1996.

HECLO, H. **Issue Networks and the Executive Establishment**. In: KING, A. *The The new american political system*. Washington: American Institute for Public Policy Research, 1978.

HEUKELBACH J, Alencar CH, Kelvin AA, de Oliveira WK, de Góes Cavalcanti LP. **Zika virus outbreak in Brazil**. *Journal of Infection in Developing Countries*. 2016; 10 (2): 116–20.

HOCHMAN, Gilberto. **Agenda Internacional de Políticas Nacionais: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

HÖFLING, Eloisa de Matos. **Estado e Políticas Públicas (Sociais)**. *Cadernos Cedes*, ano XXI, nº 55, novembro, 2001.

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2008.

IBGE (2018). **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

_____. (2010). **Censo IBGE 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em 09 de fevereiro de 2021.

_____. (2013). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/ Síntese de Indicadores Sociais**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94414.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2021.

_____. (2014). **Síntese de Indicadores Sociais**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91983.pdf>. Acesso em 09 de fevereiro de 2021.

_____. (2015). **Estimativa da População**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579#resultado>. Acesso em 09 de fevereiro de 2021.

JACCOUND, Luciana. Pobreza, **Direitos e Intersectorialidade na evolução recente da proteção social brasileira**. In: Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. – N. 26 (2016)- . Brasília, DF : Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2005

JORNAL FOLHA DE SÃO PAULO. **Fim de Situação de Emergência da Zika preocupa estudiosos da área**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/05/1883239-fim-de-situacao-de-emergencia-para-zika-preocupa-estudiosos-da-area.shtml>. Acesso em 04 de fevereiro de 2019.

JORNAL PÚBLICO (PORTUGAL). **Casos de Microcefalia em Angola aumentaram por causa do Vírus Zika**. Disponível em: <https://www.publico.pt/2018/10/22/ciencia/noticia/casos-microcefalia-angola-aumentaram-causa-virus-zika-1848085#gs.srhLH5iW>. Acesso em 17 de fevereiro de 2019.

KINGDON, J. **Agendas, Alternatives and Public Choices**. Boston: Little Brown, 1984.

LEITE, Cristiane Kerches da Silva; FONSECA, Francisco. **Federalismo e Políticas sociais no Brasil: impasses da descentralização pós-1988**. Revista o&s - Salvador, v.18 - n.56, p. 99-117 - Janeiro/Março, 2011.

LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. **O Pacto Federativo Brasileiro e o Papel do Gestor Estadual no SUS**. In: UGÁ, Maria Alicia *et al.* A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

LABRA, M. E. **Análise de Políticas, Modos de Policy-Making e Intermediação de Interesses: uma Revisão**. Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 9 (2): 131-166, 1999.

LASSWELL, Harold. **Politics: Who gets What, When, How**. Cheveland: Meridiam Books, 1936.

LESSER, J; KITRON, U. **A geografia social do zika no Brasil**. Estud. av. [online]; 30(88), 2016.

LOBATO, Lenaura. **Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988**. Ciênc. saúde coletiva vol. Rio de Janeiro, 2009.

LOBATO, Lenaura; SENNA, Monica. **Health Federalism in Brazil**. In: Katherine Fierlbeck and Howard Palley (orgs). Comparative Health Care Federalism. 1ed. Surrey: ASHGATE PUBLISHING Limited, 2015, v.1, p.179-194.

LOPES, Nayara *et al.* **Características Gerais e Epidemiológicas dos Arbovírus Emergentes no Brasil**. Rev Pan-Amaz Saude; 5(3):55-64, 2014.

LOTTA, Gabriela Spanghero. **O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade**. In: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Implementação de políticas públicas: teoria e prática. Ed Puc Minas, 2012.

LOTTA, Gabriela; FAVARETO, Arilson. **Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil**. Rev. Sociol. Polit., v. 24, n. 57, p. 49-65, 2016.

LOWI, Theodore. **American Business, Public Policy Case Studies and Political Theory**. World Politics, 1964.

LUNA, Expedito. **A Emergência das Doenças Emergentes e as Doenças Infeciosas emergentes e reemergentes no Brasil**. Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 5, Nº 3, 2002.

MACIEL, Heloísa Helena Mesquita. **A Participação na Conformação da Política de Assistência Social no Estado do Rio de Janeiro (1980-2007)**. Tese (Doutorado em Política Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social. UFF. Rio de Janeiro, 2014.

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.

MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio. **A Política Pública como campo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

MARQUES, Eduardo. **As políticas públicas na Ciência Política**. In: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio. A política pública como campo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

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

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

- MATTOS, R. A. de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.
- MENICUCCI, Telma. **Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política**. Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.72-87, maio-ago, 2006.
- 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.
- MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.
- MONNERAT, Giselle Lavinias. **Transferência Condicionada de Renda, Saúde e Intersetorialidade: lições do Programa Bolsa Família**. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado, 2009.
- MONNERAT GL; SOUZA RG. **Da seguridade social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil**. Revista Katályses. 14 (1): 41-49, 2011.
- MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2015.
- MOVIMENTO ZIKA. **Guia para Estimulação para crianças com Síndrome do Vírus Zika**. Movimento de Ação e Inovação Social. Rio de Janeiro, 2017.
- MUSSO, D. **Zika Virus Transmission from French Polynesia to Brazil**. Emerging infectious diseases. Oct; 21(10):1887, 2015 .
- OLIVEIRA, Wanderson Kleber de. **Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional: resposta brasileira à síndrome congênita associada à infecção pelo Zika Vírus, 2015 e 2016**. Porto Alegre: Tese de Doutorado, 2017.
- OLSON, M. **The Logic of Collective Action**. Cambridge MA: Harvard University Press. 1965.
- OMS (2013). **Progress on Sanitation and Drink-Water**. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/81245/9789241505390_eng.pdf;jsessionid=A633B3F17C7CECF9EA2B3DE43D8B134E?sequence=1. Acesso em 10 de fevereiro de 2019.
- OPAS (2020). **Informações sobre a Pandemia de Covid-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em 30 de setembro de 2020.
- PARADA, Roberto. **Federalismo e o SUS: Um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social. UERJ. Rio de Janeiro, p.158, 2002.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2011.

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

_____. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania**. In Boschetti I et al, Política Social no capitalismo contemporâneo. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Utopias Desenvolvimentistas e Política Social no Brasil**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 112, p. 729-753, out./dez. 2012.

PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes. **Redes interestaduais de saúde: o caso da rede de atenção à saúde Pernambuco/Bahia**. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. USP. São Paulo, p. 198, 2017.

PERNAMBUCO (PDR, 2011). **Plano Diretor de Regionalização**. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/documentos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/plano-diretor-de-regionalizacao-2011>. Acesso em 30 de dezembro de 2020.

PERNAMBUCO (s/aA). **Gerências Regionais de Saúde**. Disponível em: - [coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude](http://portal.saude.pe.gov.br/documentos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude). Acesso em 30 de dezembro de 2020.

PERNAMBUCO (s/aB). **Trajetória do SUAS em PE**. Disponível em: <https://www.sigas.pe.gov.br/pagina/assistncia-social>. Acesso em 10 de janeiro de 2021.

PERNAMBUCO (2019). **Plano Estadual de Assistência Social (2020-2023)**. Disponível em: <https://www.sigas.pe.gov.br/files/05202020065513-peas.pernambuco.2020.2023.com.resolucao.ceas.pdf>. Acesso em 02 de novembro de 2020.

PERNAMBUCO (2019). **Plano Estadual de Saúde (2020-2023)**. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_d_e_saude_2020-2023.pdf. Acesso em 01 de dezembro de 2020.

PERNAMBUCO (2015a). **Lei nº 15.452, de 15 de janeiro de 2015**. Disponível em: <http://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=1908&tipo=TEXTOATUALIZADO>. Acesso em 05 de fevereiro de 2021.

PERNAMBUCO (2015b). **Anuário Estatístico de Pernambuco**. Disponível em: <http://www.anuario.pe.gov.br/wp-content/uploads/downloads/2017/01/1.1-Regioes-de-Desenvolvimento-e-municipios.pdf>. Acesso em 09 de fevereiro de 2021.

PERNAMBUCO (2019). **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_d_e_saude_2020-2023.pdf. Acesso em 23 de fevereiro de 2021.

PERNAMBUCO (s/a). **Programas – Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude.** Disponível em: <https://www.sigas.pe.gov.br/pagina/programa-me-coruja-pernambucana#:~:text=Criado%20em%202007%2C%20por%20meio,e%20desenvolvimento%20saud%C3%A1vel%20e%20harmonioso>. Acesso em 10 de fevereiro de 2021.

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

PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. (Org.). **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: IPEA, 2008.

PNUD. 2017. **Uma Avaliação do Impacto Socioeconômico do Vírus Zika na América Latina e Caribe: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso.** Disponível em: <http://www.latinamerica.undp.org/content/dam/rblac/docs/Research%20and%20Publications/HIV/UNDP-RBLAC-Zika-07-20-2017-Portuguese-WEB.pdf>. Acesso em 10 de fevereiro de 2019.

RESP (2020). **Dados do RESP obtidos através de abertura de Protocolos no E-sic.** Dados podem ser solicitados em: <https://esic.cgu.gov.br/falabr.html>. Brasil, 2020.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas.** São Paulo: Atlas, 2010.

RIO DE JANEIRO (2016). **Plano Estadual de Saúde (2016-2019).** Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NjMwNg%2C%2C>. Acesso em 15 de fevereiro de 2021.

RIO DE JANEIRO (2016). **Nota Técnica Nº 001SEASDH-RJ e SES-RJ.** Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Nzc5MA%2C%2C>. Acesso em 12 de março de 2020.

RIO DE JANEIRO (2018). **Plano de Execução da Estratégia de Fortalecimento das Ações de Cuidado das Crianças Suspeitas ou Confirmadas por SCZ e STORCH do Estado do Rio de Janeiro.** Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2259-plano-scz-storch-final-20-06-2018/file.html>. Acesso em 12 de março de 2020.

RIO DE JANEIRO (2020). **Plano Estadual de Assistência Social (Mimeo).** Subsecretaria de Gestão do Suas e Segurança Alimentar. Rio de Janeiro, 2020.

RIO DE JANEIRO (2017). **O processo de Regionalização no Estado do Rio de Janeiro.** Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro>. Acesso em 05 de janeiro de 2021.

RIO DE JANEIRO (s/a). **Organização da Rede de Saúde SES/RJ**. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/>. Acesso em 01 de dezembro de 2020.

RIO DE JANEIRO (2002). **Plano Estadual de Saúde (2001-2004)**. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NjMwOQ%2C%2C>. Acesso em 15 de janeiro de 2021.

RUA, M.G. **Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos**. Texto digitado, s/d. 18pp.

SANTA CATARINA. **Doenças Exantemáticas Febris**. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Exantemas-Miolo-Visualizacao.pdf>. Acesso em: 15 de novembro de 2018.

SANTOS, Darci Neves *et al.* **Documento de Posição sobre a Tríplice Epidemia de Zika-Dengue- Chikungunya**. Salvador: Observatório de Análise Política em Saúde, 2016.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro. Ed Campus, 1979.

SCHATZMAYR, Hermann G. **Viroses Emergentes e Reemergentes**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(Suplemento): 209-213, 2001.

SEN, Amartya K. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

_____. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SENNA, Mônica de Castro Maia. **Políticas Sociais e Intersectorialidade: elementos para debate**. São Luís: Anais da IV Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2009.

_____. **Gestão estadual do SUAS no Rio de Janeiro: iniciando um debate**. Revista Argum. (Vitória), v. 8, n. 2, p. 51-63, maio/ago, 2016.

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

SILVA, A.C.R; DE MATOS S.S; DE QUADROS M.T. **Economia Política do Zika: Realçando relações entre Estado e cidadão**. Revista AntHropológicas-ISSN: 2525-5223, v. 28, n. 1. p. 24, 2017.

SOARES, Márcia Miranda. **Federalismo e Políticas Públicas**. Brasília: Enap, 2018.

SOUZA, Celina. **“Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 18(51): 15-20, 2003.

_____. **Estado da arte da pesquisa em políticas públicas**. In: HOCHMAN, Gilberto. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

SOUZA FILHO, Rodrigo de. **Gestão pública e democracia: a burocracia em questão**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

SPOSATI, Aldaíza. **Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 116, p. 652-674, out./dez, 2013.

TEIXEIRA, Sandra Oliveira; BOSCHETTI, Ivanete. **O Fardo do Radical Ajuste Fiscal para a Classe Trabalhadora sob a Ótica das Despesas do Orçamento da Seguridade Social**. Vitória: Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadoras/es em Serviço Social, 2018.

UNICEF. 2018. **Pobreza na Infância e na Adolescência**. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/pobreza_infancia_adolescencia.pdf. Acesso em 10 de fevereiro de 2019.

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, 2013a. p. 13-26.

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.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela. **Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição Federal de 1988**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):731-741, 2009.

VIANA, Ana Luiza d'Àvila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Análise de Políticas de Saúde**. In: Giovanella, Ligia et al (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: CEBES, 2017.

VIEIRA, Daniela Koeller Rodrigues. **Pessoas com deficiência e doenças raras: o cuidado na atenção primária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

VIEIRA, Daniela Koeller Rodrigues; NASCIMENTO, Suliane Motta do; Attianezi, Margareth. **Possíveis ferramentas para abordagem do cuidado à pessoa com deficiência e doenças raras na atenção primária**. In: VIEIRA, Daniela Koeller Rodrigues. Pessoas com deficiência e doenças raras: o cuidado na atenção primária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

VINUTO, Juliana. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa**. Revista Temáticas, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez, 2014.

ZANLUCA, C. **First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil**. PubMed. Jun;110 (4):569-72, 2015.

ZIKALLIANCE. **Página Oficial do Zika Alliance**. Disponível em: <https://zikalliance.tghn.org/>. Acesso em 01 de fevereiro de 2019.

WEBER, Max. **Os três aspectos da autoridade legítima**. In: ETZIONI, Amitai. Organizações Complexas: Um estudo das organizações em face dos problemas sociais. São Paulo: Atlas, 1973.

WILLIAMSON K.E. **Cuidado nos tempos de zika: notas da pós-epidemia em Salvador (Bahia), Brasil**. Dossiê. Interface, comunicação, saúde e educação. 22(66). p. 685-96, 2018.

8. ANEXOS

ANEXOS

8.1 ANEXO I

Número de casos confirmados de Síndrome Congênita do Zika Vírus em Pernambuco, segundo município de residência e ano de notificação. RESP, 2015-2019.

CIDADE	ANO DE NOTIFICAÇÃO				
	2015	2016	2017	2018	2019
—	267*	160*	22*	16*	7*
Abreu e Lima	2	1	0	0	0
Afogados da Ingazeira	0	1	0	0	0
Agrestina	0	1	0	0	0
Águas Belas	0	1	0	0	0
Alagoinha	0	1	0	0	0
Aliança	2	1	0	0	0
Altinho	0	1	0	0	0
Amaraji	0	1	0	1	0
Araçoiaba	1	1	0	0	0
Araripina	3	1	0	1	0
Arcoverde	2	3	0	0	0
Barra de Guabiraba	1	0	0	0	0
Belém do São Francisco	0	2	0	0	0
Belo Jardim	5	3	0	0	0
Bezerros	1	0	0	0	0
Bodocó	2	0	0	0	0
Bom Conselho	1	1	0	0	0
Bom Jardim	2	2	0	0	0
Bonito	1	1	0	0	0
Brejo da Madre de Deus	1	2	0	0	0
Buenos Aires	1	0	0	0	0

Buíque	1	2	0	0	0
Cabo de Santo Agostinho	6	5	0	1	0
Caetés	0	1	0	0	0
Calumbi	1	0	0	0	0
Camaragibe	4	0	0	1	0
Camocim de São Félix	0	1	0	0	0
Capoeiras	0	1	0	0	0
Carnaíba	1	1	0	0	0
Carpina	3	1	0	1	0
Caruaru	12	8	0	0	0
Catende	1	0	0	0	0
Cedro	0	0	1	0	0
Condado	1	0	0	0	0
Cortês	1	0	0	0	0
Cumarú	0	1	0	0	0
Cupira	1	0	0	0	0
Custódia	0	2	0	0	0
Escada	1	0	0	0	0
Exu	2	2	0	0	0
Feira Nova	0	1	0	0	0
Flores	2	1	0	0	0
Floresta	1	0	0	0	0
Frei Miguelinho	1	0	0	0	0
Gameleira	1	0	0	0	0
Garanhuns	0	2	0	0	0
Glória do Goitá	2	0	0	0	0
Goiana	4	0	0	0	0
Gravatá	2	2	0	0	0
Ibimirim	0	1	0	0	0
Igarassu	3	0	1	0	0
Ipojuca	6	3	0	0	0
Ilha de Itamaracá	1	0	0	0	0
Itambé	2	1	1	0	1

Itapissuma	3	0	0	0	0
Itaquitinga	0	0	1	0	0
Jaboatão dos Guararapes	26	13	1	1	0
Jataúba	1	0	0	0	0
João Alfredo	0	1	0	0	0
Joaquim Nabuco	0	1	0	0	0
Jupi	2	0	0	0	0
Lagoa do Carro	1	0	0	0	0
Lagoa do Ouro	1	0	0	0	0
Lajedo	1	0	0	0	0
Limoeiro	3	1	0	0	0
Macaparana	0	1	1	0	0
Machados	0	0	0	1	0
Manari	1	1	1	0	0
Mirandiba	1	0	0	0	0
Moreno	1	0	0	1	0
Olinda	20	8	0	0	2
Orobó	1	0	0	0	0
Ouricuri	4	1	0	0	0
Palmares	1	2	1	0	0
Panelas	1	1	0	0	0
Parnamirim	1	0	0	0	0
Passira	1	0	0	0	0
Paudalho	1	2	0	0	0
Paulista	11	8	1	0	0
Pesqueira	1	0	0	0	0
Petrolândia	2	3	0	0	0
Petrolina	5	5	1	2	0
Poção	1	0	0	0	0
Pombos	2	1	0	0	0
Quipapá	0	2	0	0	0
Recife	50	17	4	6	3
Ribeirão	2	1	0	0	0

Rio Formoso	0	1	0	0	0
Sanharó	2	1	0	0	0
Santa Cruz	0	0	1	0	0
Santa Cruz do Capibaribe	2	4	1	0	0
São Bento do Una	0	3	0	0	0
São Caitano	0	2	0	0	0
São João	0	1	0	0	0
São Joaquim do Monte	1	0	1	0	0
São José da Coroa Grande	1	0	0	0	0
São José do Belmonte	1	0	0	0	0
São Lourenço da Mata	6	9	2	0	1
São Vicente Férrer	1	0	0	0	0
Serra Talhada	2	0	0	0	0
Serrita	0	0	1	0	0
Sertânia	0	0	1	0	0
Sirinhaém	3	0	0	0	0
Moreilândia	0	1	0	0	0
Surubim	3	0	0	0	0
Tabira	1	0	0	0	0
Tacaimbó	0	0	1	0	0
Tacaratu	0	3	0	0	0
Timbaúba	0	1	0	0	0
Toritama	2	0	0	0	0
Trindade	1	1	0	0	0
Venturosa	2	2	0	0	0
Vertente do Lério	1	0	0	0	0
Vertentes	2	1	0	0	0
Vicência	1	0	0	0	0
Vitória de Santo Antão	4	1	0	0	0
Xexéu	1	0	0	0	0

Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP, 2020).

* Refere-se ao total de casos confirmados por ano.

8.2 ANEXO II

Número de casos confirmados de Síndrome Congênita do Zika Vírus em Rio de Janeiro, segundo município de residência e ano de notificação. RESP, 2015-2019.

CIDADE	ANO DE NOTIFICAÇÃO				
	2015	2016	2017	2018	2019
—	43*	230*	24*	8*	0
Aperibé	0	1	0	0	0
Araruama	0	2	0	0	0
Armação dos Búzios	0	1	0	0	0
Barra Mansa	0	2	0	0	0
Belford Roxo	2	9	2	0	0
Bom Jesus do Itabapoana	0	1	0	0	0
Cabo Frio	1	3	0	0	0
Campos dos Goytacazes	0	4	0	0	0
Duque de Caxias	2	16	2	2	0
Iguaba Grande	0	1	0	0	0
Itaboraí	0	4	0	0	0
Itaguaí	1	1	1	1	0
Itaperuna	1	1	0	0	0
Japeri	0	1	1	0	0
Macaé	1	5	1	0	0
Magé	1	10	0	0	0
Maricá	1	0	0	0	0
Miguel Pereira	0	1	0	0	0
Miracema	0	1	0	0	0
Nilópolis	1	2	0	0	0
Niterói	0	10	2	0	0
Nova Iguaçu	4	10	2	0	0
Paracambi	0	1	0	0	0
Petrópolis	0	3	0	0	0
Queimados	0	2	0	0	0
Rio das Ostras	0	2	0	0	0
Rio de Janeiro	25	102	10	4	0
Santo Antônio de Pádua	0	1	0	0	0
São Fidélis	0	1	0	0	0
São Gonçalo	0	5	2	0	0
São João de Meriti	2	14	0	0	0
São Pedro da Aldeia	0	2	0	0	0
Saquarema	0	3	0	0	0
Teresópolis	0	3	0	1	0

Três Rios	0	2	0	0	0
Volta Redonda	1	3	1	0	0

Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP, 2020).

* Refere-se ao total de casos confirmados por ano.

9. APÊNDICES

9.1 APÊNDICE I- ROTEIRO DE ENTREVISTAS

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1. Apresentação dos objetivos; justificativa; riscos; benefícios; questões éticas; e devolutiva de dados à instituição pesquisada.
2. Desenvolvimento das questões condutoras.

Questões Semiestruturadas:

- 1) Durante e no pós-epidemia do Zika Vírus, vários documentos e protocolos foram emitidos pelo Ministério da Saúde, pela Gestão Estadual ou por outras instâncias governamentais. Como você avalia essa construção, os principais pontos abordados e os principais nós-críticos das propostas?
- 2) Você participou da elaboração de algum desses documentos, considerando a sua atuação nesse espaço de trabalho?
- 3) Na particularidade da instituição na qual você atua, poderia citar alguma estratégia importante ou alguma que tenha sofrido resistência para ser implementada?
- 4) Houve dificuldades no diálogo interno e externo para a condução da proposta?
- 5) Quais as principais estratégias adotadas para informação e continuidade da discussão da problemática do Zika Vírus, mesmo após o fim da emergência em saúde pública?
- 6) Quais as principais estratégias que vêm sendo adotadas para a atenção e proteção a famílias e crianças que foram acometidas pela Síndrome Congênita?
- 7) Nesta unidade, como é feito o contato/parceria com os serviços da assistência social da previdência social, educação ou outras políticas públicas?
- 8) Quais são as principais dificuldades observadas em relação ao caminho percorrido pelas mães para que recebam o atendimento ou para acessar os serviços de proteção?

- 9) Considerando o aspecto regional do estado, quais são os serviços de apoio da política de saúde, da assistência social, da educação ou outras políticas?
- 10) Você avalia que o número de serviços de referência é suficiente para o atendimento ou para estimulação precoce e para outras que venham surgindo? Caso não, o que vem sendo feito para melhorar (geração de parcerias; busca de financiamento; oferta de capacitações entre outras questões)?
- 11) Qual a principal característica das famílias que tem buscado os serviços? É desenvolvido algum estudo periódico em relação a isso?
- 12) Você saberia informar quais os principais direitos que as famílias e crianças têm conseguido acessar e quais são também as principais negações?
- 13) Em caso de negação de direitos, quais são as estratégias e parcerias adotadas?
- 14) Institucionalmente, existe algum mecanismo formal ou informal de apoio às mães ou às associações criadas por elas?
- 15) De maneira geral, há um fluxo de atendimento intersetorial destinado às famílias e crianças que foram acometidas pela Síndrome Congênita? Identifique mecanismos formais, informais e outras parcerias firmadas durante os últimos anos.
- 16) Considerando a Portaria 3.502 de 19 de dezembro de 2017, identifique quais foram os principais benefícios e dificuldades para a condução do que fora proposto pelo Ministério da Saúde. Todos os mecanismos foram pactuados em CIB? Como se estabeleceram as relações com os municípios?
- 17) Quais as ações Coordenadas (compartilhamento de fontes financeiras, monitoramento/avaliação, comunicação inter e intra federativa) que você identifica no seu espaço institucional?
- 18) Quais as ações de Cooperação (comunicação; iniciativas locais (formais e informais)) que vêm sendo criadas?
- 19) Há envolvimento com outros setores não governamentais (instituições privadas, Terceiro Setor etc)?

20) Qual a periodicidade das ações estratégicas em torno da problemática do Zika Vírus no seu espaço de trabalho?

OBS: considerando a instituição ou ator a ser entrevistado, outras questões poderão ser inseridas ou retiradas do roteiro.

9.2 APÊNDICE II- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Riscos e Benefícios

Riscos

Em relação aos possíveis riscos diretos, esclarece-se que o instrumento de coleta, a aplicação de entrevista pode provocar situações que gerem algum tipo de constrangimento, desconforto e tensão aos participantes. Caso ocorra qualquer tipo de sujeição ou prejuízo, a pesquisadora compromete-se a interromper imediatamente a coleta de dados. A entrevista como instrumento de coleta de dados é compreendida como uma exposição verbal e textual de experiências e busca apenas revelar uma maneira ainda mais concreta e a partir da dimensão do real, as suas contradições.

Benefícios para o participante

Os benefícios diretos pela participação na pesquisa para os sujeitos informantes-chave são: (1) refletir sobre as suas experiências profissionais; (2) aprofundar os conhecimentos já adquiridos durante a formação e exercício profissional; (3) socializar com a equipe suas vivências. Os benefícios indiretos são: (1) ampliar e contribuir no processo de difusão de novos conhecimentos gerados a partir de sua vivência profissional; (2) contribuir com a educação profissional continuada; (3) incentivo à difusão do trabalho das experiências locais para outros sujeitos.

Critérios para descontinuação do estudo

Afirma-se que caso os informantes verbalizarem qualquer tipo de constrangimento ou dano, a pesquisadora cessará prontamente a entrevista.

Guarda do material coletado

As informações obtidas durante a fase de coleta de dados da pesquisa serão sigilosas, portanto, só serão divulgadas apenas em eventos ou

publicações científicas. Afirma-se que não haverá identificação dos sujeitos voluntários envolvidos, a não ser entre a responsável pelo estudo, sendo assegurado o anonimato da participação.

Os dados coletados ficarão armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal, em sua residência e sob a responsabilidade da pesquisadora.

Devolutiva dos dados da pesquisa

O estudo prevê a devolutiva dos resultados aos sujeitos e às instituições pesquisadas. Para tal, compromete-se a apresentar os resultados em formato impresso (tese) e apresentação verbal a partir de data combinada. Isso também é um benefício que a pesquisa trará aos sujeitos, pois poderá gerar novos conhecimentos, contribuindo para a construção de reflexões, trocas de experiências, mudanças e novas ações no cotidiano institucional.

9.3 APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (UFF)
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

**TÍTULO DO PROJETO: O ESTADO FRENTE À EPIDEMIA DE ZIKA VÍRUS:
DESAFIOS, ESTRATÉGIAS E ESPECIFICIDADES DO CASO BRASILEIRO**

Pesquisador Responsável: Ingrid Karla da Nóbrega Beserra

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal
Fluminense/ Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social

Telefones para contato do Pesquisador: (081) 99651-7812

E-mail: ingridkarla.nobrega@gmail.com

Prezado participante,

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “O Estado frente à Epidemia de Zika Vírus: desafios, estratégias e especificidades do Caso Brasileiro”, de responsabilidade da pesquisadora Ingrid Karla da Nóbrega Beserra, doutoranda do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social.

O objetivo dessa pesquisa é analisar a epidemia do Zika Vírus, considerando as estratégias de coordenação e cooperação adotadas no âmbito do Estado brasileiro, tendo como referências empíricas os estados do Rio de Janeiro e de Pernambuco.

O convite a sua participação se deve à sua condição de gestor, superintendente ou profissional de saúde ou de área estratégica na atenção, controle, prevenção e/ou resposta à época da epidemia de Zika Vírus ou da organização de estratégias relacionadas a essa questão (durante e após o período).

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua entrevista, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Em relação aos possíveis riscos, esclarecemos que na fase de coleta de dados, o instrumento de coleta de informações utilizado, a entrevista semiestruturada, pode

provocar situações que gerem algum tipo de constrangimento, desconforto e tensão. Caso ocorra qualquer tipo de sujeição ou prejuízo ao participante, a pesquisadora compromete-se em interromper imediatamente a entrevista. Considera-se que a pesquisa será realizada em uma sala fechada e as informações recolhidas serão guardadas em sigilo.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: a pesquisadora do projeto não fará uso destas informações para outras finalidades que não as previstas; qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa; o material coletado será armazenado em local seguro cujo acesso será restrito apenas aos pesquisadores envolvidos. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista semiestruturada, a ser realizada sempre realizada pela mesma pesquisadora. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. A entrevista será gravada em áudio, para que sejam posteriormente transcritas e armazenadas, em arquivos digitais; mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e/ou a sua orientadora de doutorado, a Professora Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos e com o fim deste prazo, será descartado.

Os riscos em participar desta pesquisa são mínimos, decorrentes do desconforto em falar de assuntos possivelmente sensíveis. Para minimizá-los, lembramos que é possível que você interrompa sua participação a qualquer tempo, ou retire seu consentimento, sem penalização ou ônus algum. Como benefícios indiretos de sua participação, você poderá estar contribuindo para a melhora da resposta do sistema de saúde ou das políticas sociais frente a epidemias, como por exemplo, a do Zika Vírus.

O estudo prevê a devolutiva dos resultados aos sujeitos e às instituições pesquisadas. Para tal, compromete-se a apresentar os resultados em um seminário e em formato impresso (relatório final). Essa devolutiva está como provável benefício que a pesquisa trará aos sujeitos e ao órgão pesquisados. Esses poderão utilizar as informações para solucionar os problemas elencados nos resultados, bem como promover mudanças com novas ações e propostas sobre o tema.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas por você e pelo pesquisador responsável, e assinados na última página.

A pesquisadora responsável, Ingrid Karla da Nóbrega Beserra, pode ser contactada a qualquer tempo pelo telefone (81) 99651-7812, pelo e-mail ingridkarla.nobrega@gmail.com ou ainda no endereço Avenida Professor Marcos Waldemar de Freitas Reis, s/n – Bloco E (3º Andar). Campus do Gragoatá. Niterói/RJ.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (CEP/UFF).

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa na área de Humanas da Universidade Federal Fluminense (CEP HUMANAS/UFF). Endereço: Campus da Praia Vermelha - UFF - Instituto de Física (3º andar - torre nova). Rua Passo da Pátria, 156. Bairro: Boa Viagem. Niterói - RJ. E-mail: cephumanasuff@gmail.com

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Pesquisador – Ingrid Karla da Nóbrega Beserra

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em ser participante, do projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do participante:
