

Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas

Departamento de Gestão de Políticas Públicas

Júlia de Albuquerque Pacheco

**INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
NA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA POR
MICROCEFALIA NO BRASIL**

Brasília – DF 2018

JÚLIA DE ALBUQUERQUE PACHECO

**INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
NA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA POR
MICROCEFALIA NO BRASIL**

Monografia apresentada ao
Departamento de Gestão de Políticas Públicas
como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Orientadora: Professora Dra. Magda de Lima
Lúcio

Brasília – DF 2018

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

PP116i Pacheco, Júlia de Albuquerque
Instrumentos de Gestão do Ministério da Saúde na
Emergência de Saúde Pública por Microcefalia no Brasil /
Júlia de Albuquerque Pacheco; orientador Magda de Lima
Lúcio. -- Brasília, 2018.
67 p.

Monografia (Graduação - Gestão de Políticas Públicas) --
Universidade de Brasília, 2018.

1. Gestão Pública. 2. Emergência de Saúde Pública. 3.
Saúde Pública. 4. Zika. 5. Microcefalia. I. Lúcio, Magda de
Lima, orient. II. Título.

JÚLIA DE ALBUQUERQUE PACHECO

**INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
NA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA POR
MICROCEFALIA NO BRASIL**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília do (a) aluno (a)

Júlia de Albuquerque Pacheco

Profa. Dra. Magda de Lima Lúcio
Universidade de Brasília - Orientadora

Profa. Mestra Renata Callaça Gadioli dos Santos
Universidade de Brasília – Professora
Examinadora

Brasília, 03 de julho de 2018

Para todas as mulheres, famílias, profissionais de saúde e pesquisadores que continuam enfrentando as consequências da emergência de saúde pública do vírus zika no Brasil, especialmente as mulheres nordestinas. À todas as vozes que ainda exigem do Estado brasileiro uma resposta adequada para as gerações de crianças e famílias vivendo com os efeitos da síndrome congênita do zika. E aos profissionais do Ministério da Saúde e demais esferas do SUS, que enfrentaram as dúvidas e doaram inúmeras horas na resposta a ESPIN por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Magda Lima Lúcio, pela orientação que viabilizou a realização desse trabalho pela perspectiva dos instrumentos de gestão, à professora Fernanda Natasha Bravo Cruz pelas orientações para formatação do TCC e à professora Renata Callaça Gadioli dos Santos pela avaliação. Aos professores Daniel Bin e Franco de Matos pela inspiração e avaliação favorável à conclusão desta graduação, iniciada em 2011.

Aos amigos de Gestão de Políticas Públicas pelo incentivo para execução do tema e pelas referências e angústias compartilhadas, além do legado de memórias e amizades construídas, mais importantes do que qualquer título de graduação.

À Mariana Bertol Leal, pela disponibilização das apresentações do MS feitas publicamente no âmbito da Renezika e pelo trabalho imensurável para melhoria da resposta às emergências de saúde no âmbito da SAS.

Aos companheiros de jornada na FN-SUS pelos ensinamentos e experiências em emergências de saúde pública e aos parceiros de trabalho na CGUE pela compreensão dos meus limites e ausências, e pelos ensinamentos na política de urgência e emergência e nas redes de atenção do SUS.

À minha irmã e a minha mãe, minhas amigas e amigos, e ao meu companheiro de vida Márcio Gurgel, pelo apoio emocional necessário para conciliação entre uma segunda graduação e a minha jornada atípica de trabalho, que possibilitou a manutenção da minha saúde mental mesmo nos momentos em que o equilíbrio entre a vida acadêmica e o mundo do trabalho parecia inalcançável.

“...eu peguei, eu beijei, eu abracei, eu cheirei, eu ninei. Eu fiz tudo que eu queria, que uma mãe quer com o filho, aquele momento de mãe e filho, mesmo ele não estando mais com vida, mas eu senti o corpinho dele ainda quente, eu aproveitei o tempo que eu tava lá na UTI, mesmo com ele já sem vida, mas eu aproveitei ao máximo. E foi aí que eu tomei uma decisão, falei, Dra. Fabiana, eu permito que ele passe por todo o procedimento que for preciso, se for preciso abrir um pouquinho da cabeça pra tirar alguma coisa, o que for preciso tirar nele, pode tirar. Eu, como mãe, se é a missão dele, eu, como mãe, eu permito que seja cumprida. Se isso era uma missão, se era a missão dele vir, passar por tudo isso, então eu permito. Nesse momento de dor, mas naquele momento não dava para parar ali. Pra mim a história não ia acabar ali. Ali era um recomeço, a gente ia viver muita coisa, mesmo com a partida dele, eu não queria ser egoísta em deixar todas as outras mães do mundo sem resposta diante de tanta pergunta.” Géssica Eduardo dos Santos para o documentário Zika, da Anis (2016).

Géssica e Maria da Conceição Alcantara Oliveira Matias são as duas mulheres nordestinas doadoras das amostras de líquido amniótico que permitiram o primeiro diagnóstico da transmissão intrauterina do vírus zika (Oliveira Melo et al., 2016; Diniz, 2016)

RESUMO

Este trabalho teve como objeto de pesquisa identificar se os instrumentos de gestão do Ministério da Saúde durante a emergência de saúde pública de microcefalia foram pontos-chave para resposta à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional. Foram levantados e identificados os instrumentos de gestão do MS durante a vigência da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN entre 2015 e 2017, através de pesquisa documental qualitativa com levantamento bibliográfico e análise de fontes documentais. Foram descritos os instrumentos de gestão utilizados pelo Ministério da Saúde, a partir da perspectiva de análise da ação pública através dos instrumentos de gestão, e avaliados os possíveis efeitos e impactos dos instrumentos de gestão na condução da resposta do Ministério da Saúde à epidemia. Concluiu-se que os instrumentos de gestão foram pontos-chave para resposta rápida do governo brasileiro na identificação do agente etiológico da epidemia e seus efeitos na saúde pública; com a definição de ações federais importantes para o combate ao vetor, diagnóstico e atendimento das famílias afetadas. Entretanto os instrumentos de gestão não foram capazes de produzir efeitos para garantia integral do acesso à saúde e da intersetorialidade necessária à efetivação dos direitos humanos das crianças e famílias afetadas pela Síndrome Congênita do Zika durante ou mesmo após a epidemia.

Palavras-chave: Gestão pública. Emergência de Saúde Pública. Saúde Pública. Zika. Microcefalia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Instrumento de decisão para a avaliação e notificação dos eventos que possam constituir ESPII nos termos do RSI 2005 – Anvisa, 2009	20
Figura 2 - Estrutura Regimental do Ministério da Saúde - Site Oficial do MS.....	38
Figura 3 - Linha do tempo dos principais eventos relacionados à ESPIN até dezembro de 2016. Fonte: Boletim Epidemiológico 06/2017- Ministério da Saúde, 2017	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

CIEVS - Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde

COES - Centro de Operações de Emergência em Saúde

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

ESPII - Emergência em Saúde Pública de importância Internacional

ESPIN - Emergência em Saúde Pública de importância Nacional

GEI-ESPII - Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

RSI - Regulamento Sanitário Internacional

SAS/MS – Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

SIC – Serviço de Informação ao Cidadão

SCO – Sistema de Comando de Operações

SUS – Sistema Único de Saúde

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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Contextualização	12
1.2 Formulação do problema.....	13
1.3 Objetivo Geral.....	15
1.4 Objetivos Específicos.....	15
1.5 Justificativa	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Gestão de Emergências em Saúde Pública.....	18
2.1.1 Sistema Único de Saúde e Emergências de Saúde Pública	21
2.1.2 Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e o vírus zika	25
2.2 Políticas Públicas e Instrumentos de Gestão	29
2.2.1 Gestão de políticas públicas no Brasil.....	29
2.2.2 Instrumentos de Gestão e análise da ação pública.....	32
3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	35
3.1 Tipo e descrição geral da pesquisa.....	35
3.2 Caracterização da organização.....	36
3.3 Procedimentos de coleta e de análise de dados	38
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
4.1 A Declaração de ESPIN	41
4.2 O GEI-ESPII e o Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia.....	43
4.3 A Sala Nacional de Coordenação e Controle - SNCC	47
4.4 Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia.....	48
4.5 Instrumentos de gestão do MS na ESPIN e impactos da Síndrome Congênita do Zika no Brasil	50
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS.....	62
ANEXO A – Transcrição da consulta ao Serviço de Informação ao Cidadão do MS	62
ANEXO B – Quadro resumo da análise dos instrumentos de gestão do MS durante a emergência de saúde pública por alteração do padrão de microcefalia no Brasil	67

1 INTRODUÇÃO

A intensificação do fluxo de pessoas, mercadorias e comércio entre os países nas últimas décadas, assim como situações envolvendo migrações, mudanças climáticas, aparecimento de novos agentes infecciosos ou modificações de agentes já existentes, trouxeram impactos para a saúde pública dos países, que enfrentam alterações no padrão de ocorrências de doenças infecciosas e na dinâmica de transmissão de seus agentes. Para dar conta desses processos e da diversidade de fatores com potenciais impactos à saúde das populações, ocorreu uma evolução de conceitos mais restritos de epidemia ou doenças infecciosas emergentes para o conceito de emergência de saúde pública de importância internacional, estabelecido pela revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), aprovada na Assembleia Mundial de Saúde em 2005 (Carmo, Penna e Oliveira, 2008).

Uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) é definida pelo Regulamento Sanitário Internacional como um evento extraordinário, determinado por constituir um risco de saúde pública para outro Estado Membro por meio da propagação internacional de doenças e por potencialmente requerer uma resposta internacional coordenada. Além disso, evento é entendido como a manifestação de uma doença ou uma ocorrência que cria um potencial para doença, ou seja, ao incluir fatores de risco para determinada ocorrência o RSI ampliou os eventos que devem ser monitorados para além das doenças infecciosas, incluído ocorrências de natureza diversa (química, desastres, etc) e permitindo a adoção de medidas preventivas antes que ocorra a disseminação internacional ou dano à população (Carmo, Penna e Oliveira, 2008; WHA, 2005; ANVISA, 2009).

Em 2015 foi identificada pelos gestores municipais, estaduais e federais do Sistema Único de Saúde uma alteração no padrão de microcefalia no Brasil, inicialmente identificada com relatos clínicos de profissionais de saúde e posteriormente evidenciada por um aumento expressivo no nascimento de crianças com microcefalia em Pernambuco e em outras regiões do nordeste brasileiro. Em outubro do mesmo ano, o nascimento de crianças com microcefalia motivou a primeira missão *in loco* da vigilância em saúde federal, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), para apoio às equipes das secretarias de Saúde do estado de Pernambuco e do município de Recife (Brasil, 2017).

Era o início da resposta federal ao que iria se tornar uma Emergência de Saúde Pública Nacional – ESPIN, decretada pelo Ministério da Saúde em novembro de 2015 pela alteração no

padrão de microcefalia no Brasil, e elevada à condição de Emergência de Saúde de Importância Internacional (ESPII) em fevereiro de 2016 pelo Comitê de Emergência da Organização Mundial de Saúde (OMS), diante do aumento de casos de síndromes neurológicas e de nascimento de crianças com microcefalia, neste momento já identificadas como relacionadas ao vírus zika em circulação no país (Brasil, 2017; Oliveira Melo *et al.*, 2016). Os instrumentos de gestão utilizados pelo Ministério da Saúde durante a ESPIN para coordenação da resposta no SUS durante a ESPIN foram o objeto de pesquisa desse trabalho.

1.1 Contextualização

Apesar dos potenciais riscos e ameaças às populações advindos de eventos por causas naturais ou pela ação humana, e da experiência com epidemias globais por doenças infecciosas e suas implicações para a saúde pública, a gestão de emergências em saúde pública ainda é um campo emergente que reúne conhecimentos, técnicas e princípios organizacionais necessários para a gestão efetiva de eventos de saúde complexos e emergências com graves consequências para a saúde pública. Ele surge da interseção de campos com longa história de atuação: saúde pública e gestão de emergências. A partir de 1970 o campo de gestão de emergências começou a se afastar de uma orientação mais restrita à defesa civil para um leque maior de ameaças naturais ou tecnológicas (causa humana), enquanto que a partir da década de 1990 a saúde pública aumentou seu escopo de atuação em emergências, com crescente atenção para áreas como terrorismo com agentes químicos e biológicos e epidemias globais por agentes como influenza (Rose *et al.*, 2017).

A complexidade da gestão de emergências de saúde pública exigiu o fortalecimento dos sistemas públicos de saúde e da ação estatal para adoção de estratégias de gestão de risco que garantissem uma resposta adequada e eficiente as novas ameaças e aos riscos crescentes das mudanças econômicas e sociais resultantes da globalização. No mundo e no Brasil, diversas ações para desenvolver estruturas e sistemas de saúde capazes de enfrentar eventos que extrapolam as capacidades e funções cotidianas dos serviços de saúde foram realizadas, tais como o desenvolvimento de planos de resposta; criação e melhoria de sistemas de vigilância, notificação e alerta; treinamento e formação de recursos humanos, entre outras ações com objetivo de criar sistemas de saúde resilientes e efetivos para gestão do risco, resposta,

recuperação e mitigação frente às emergências de saúde pública (Rose et al., 2017; Carmo, Penna e Oliveira, 2008).

Entretanto, para analisar a gestão de emergências em saúde pública, é necessário observar não só a gestão de emergências, mas a própria gestão pública. Segundo Carneiro e Menicucci (2011), os debates teóricos e políticos das últimas décadas colocaram em oposição ao modelo convencional de administração pública - fundado na burocracia weberiana - a perspectiva hegemônica da Nova Gestão Pública (*New Public Management*). A perspectiva da *New Public Management*, que fundamentou boa parte dos debates sobre reforma do Estado e tendências no campo da gestão pública, atualmente encontra um relativo esgotamento por não alcançar com as reformas sob sua influência os resultados perseguidos, além de gerar consequências não pretendidas ou paradoxais (Carneiro e Menicucci, 2011).

Em oposição as reformas neoliberais do Estado nos 1990 e aos princípios da perspectiva da *New Public Management*, surgiu um debate mais recente de revalorização do papel do Estado como essencial para o desenvolvimento social com inclusão e redução de desigualdades, com a valorização da participação da sociedade na gestão pública e de princípios como participação social, *accountability*, governança democrática e outros conceitos que valorizam a participação ampla e efetiva da sociedade civil na gestão pública (Carneiro e Menicucci, 2011). Assim, o campo das políticas públicas para gestão de emergências em saúde pública, ainda em recente construção, também encontra um contexto de disputa teórico-política a respeito das relações entre Estado e sociedade e do modelo de gestão pública mais adequado para as funções definidas como papel do Estado.

1.2 Formulação do problema

De acordo com Lascoumes e Le Galès as políticas públicas são “um espaço sociopolítico construído tanto por suas técnicas e instrumentos quanto por seus objetivos e conteúdo” (2007, p. 4). Para os autores é preciso superar a abordagem funcionalista que entende as técnicas e instrumentos das políticas públicas como dispositivos neutros ou periféricos para a análise das políticas públicas, e em seu lugar, adotar uma abordagem sociológica e política que identifica diferentes dimensões da instrumentalização das políticas públicas, entendendo que existem relações de poder associadas aos instrumentos e diferentes dinâmicas de legitimação e politização associadas com diferentes instrumentos, que por sua vez também produzem efeitos

próprios a depender do instrumental escolhido para determinada ação pública. A abordagem sócio-política dos instrumentos permite analisar dimensões da política pública que de outra forma não seriam perceptíveis, enxergando as políticas públicas pelos instrumentos que estruturam ou influenciam a política.

Conforme definido por Lascoumes e Le Galès (2007):

“A instrumentação das políticas públicas é o conjunto de problemas representados pela escolha e uso de instrumentos (técnicas, métodos de operação, mecanismos) que permitem que a política governamental seja operacional e materializada. Outra maneira de formular a questão é dizer que envolve não apenas o entendimento das razões implicadas em manter um instrumento ao invés de outro, mas também os efeitos produzidos por essas escolhas” (Lascoumes e Le Galès, 2007, p. 4).

As autoras Lucio, Daroit e Freitas (s.d., p. 07) definem instrumentos de gestão como “tecnologias voltadas para o planejamento, direção, organização e controle das políticas públicas cuja base reflexiva resulta da ação pública”. Os instrumentos de gestão são estratégicos, e são o espaço da ação pública: as demandas sociais e os direitos individuais e coletivos são concretizados por meio dos instrumentos de gestão. As autoras propõe um projeto de desenvolvimento para garantia de direitos individuais e coletivos na execução e gestão de políticas públicas no Brasil, o que implica em algumas prescrições para que os instrumentos de gestão cumpram esse objetivo: um caráter transversal tanto na sua elaboração quanto nos seus resultados e uma capacidade de mobilizar, representar e organizar atores heterogêneos (movimentos sociais, associações, órgãos governamentais, partidos políticos) nos diferentes níveis do desenho democrático brasileiro (União, estados, municípios cidadãos).

A transversalidade e intersectorialidade em instrumentos de gestão também surge como uma necessidade para a atuação do poder público frente a desafios complexos, em que a intervenção exige novas respostas organizativas e formas de trabalho que às vezes não se ajustam aos modelos organizacionais verticalizados clássicos das instituições governamentais. São demandas que exigem uma atuação integrada e coordenada de diversos atores e estruturas em uma perspectiva transversal (Serra, 2005). Dada a complexidade dos fatores e atores envolvidos em eventos com impactos ou riscos graves para a saúde pública, pode-se entender a relevância de uma perspectiva de análise que considere os instrumentos de gestão empregados na resposta a uma emergência de saúde pública.

Assim, a emergência por alteração do padrão de ocorrência de microcefalia no Brasil, que iniciou sem certezas científicas sobre quais seriam os fatores responsáveis pelo evento e ainda

permanece com várias questões em estudo sobre o vírus zika e possíveis fatores associados para a magnitude da epidemia no Brasil, pode ser avaliada a partir da ótica dos instrumentos de gestão utilizados pelo poder público para resposta à primeira Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional decretada pelo Estado brasileiro.

Tendo em vista o contexto exposto acima, a pergunta de pesquisa definida para essa pesquisa foi: de que forma os instrumentos de gestão utilizados pelo Ministério da Saúde na resposta à emergência de saúde pública por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no país podem ser considerados pontos-chave para as ações de enfrentamento à epidemia de microcefalia associada ao zika no Brasil?

1.3 Objetivo Geral

Considerando o problema enunciado anteriormente, esta pesquisa teve como objetivo geral analisar de que forma os instrumentos de gestão utilizados pelo Ministério da Saúde na resposta à emergência de saúde pública por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no país podem ser considerados pontos-chave para as ações de enfrentamento à epidemia de microcefalia associada ao zika no Brasil.

1.4 Objetivos Específicos

Para alcance do objetivo geral descrito acima, foram definidos como objetivos específicos da pesquisa:

- Realizar levantamento bibliográfico e documental a respeito da emergência de saúde pública por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil, sua caracterização como consequência de infecção pelo vírus zika e seu encerramento, com fontes nacionais e internacionais.
- Identificar os instrumentos de gestão utilizados pelo Ministério da Saúde na resposta à emergência de saúde pública por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil, levantados a partir dos documentos oficiais e normativas publicadas pelo Ministério da Saúde no período de vigência da ESPIN entre os anos de 2015 a 2017.
- Descrever quais ações de enfrentamento à epidemia de microcefalia associada ao zika foram realizadas pelo Governo Federal a partir dos instrumentos de gestão utilizados

pelo Ministério da Saúde para resposta à emergência de saúde pública por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil.

- Avaliar se os instrumentos de gestão do Ministério da Saúde colaboraram para a intersectorialidade nas ações de resposta do poder público federal à epidemia de microcefalia associada ao zika no Brasil e para garantia dos direitos humanos e sociais das mulheres e crianças afetadas pela epidemia.

1.5 Justificativa

O Sistema Único de Saúde do Brasil já enfrentou diversos desafios para resposta à epidemias e ao risco de introdução de doenças infecciosas no país. Entretanto, a epidemia de microcefalia foi, desde a publicação do Decreto nº 7.616 de 17 de novembro de 2011 (que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN), a primeira vez em que o Brasil declarou uma ESPIN. Também foi a primeira vez que uma epidemia em território brasileiro motivou uma declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial de Saúde.

O Brasil declarou ESPIN por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil através da Portaria GM/MS nº 1.813 de 11 de novembro de 2015. Em 01 de fevereiro de 2016, a OMS declarou que a associação recente entre infecção por vírus zika e aglomerados de casos de microcefalia e outros distúrbios neurológicos constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional¹ (Brasil, 2017).

Em 18 de novembro de 2016 a OMS declarou o encerramento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional para microcefalia, outras desordens neurológicas e o vírus zika, que agora passa a ser tratada pela organização como um desafio significativo para a saúde pública de longo prazo, que exige programas e mecanismos sustentáveis para continuidade das ações relacionadas a doença e suas consequências, mas que não se caracteriza mais como uma ESPIN nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (WHO, 2016). No dia 06 de julho de 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1682/GM/MS, que declarou o encerramento da ESPIN por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil.

Assim, mesmo com o encerramento das declarações de emergência de saúde pública nacional e internacional, os desafios para a gestão pública relacionados a infecção por zika e

¹ Em inglês, ESPIN é denominada como Public Health Emergency of International Concern – PHEC (WHO, 2016)

suas consequências no Brasil e no Mundo permanecem, assim como as necessidades das mulheres, famílias e crianças afetadas pela epidemia e pela circulação do vírus no país, que exigem ação do Estado através de políticas públicas sustentáveis para garantia dos seus direitos sociais e humanos.

Considerando que o encerramento da ESPIN pelo governo brasileiro não completou nem um ano no momento de realização e conclusão deste trabalho, a perspectiva de análise das ações realizadas para resposta à emergência de saúde pública a partir dos instrumentos de gestão empregados pelo Ministério da Saúde é pertinente tanto da perspectiva de viabilidade da pesquisa, quanto para investigar a capacidade de resposta da administração pública federal a eventos complexos com necessidade de ação imediata, identificando, se possível, lições aprendidas e potenciais melhorias para a ação pública; ou mesmo incentivando pesquisas e estudos futuros sobre o tema de emergências de saúde no campo de públicas, que incentivem a construção de capacidades no SUS e na administração federal para gestão de emergências em saúde pública.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Conforme abordado na introdução, objetivo geral da pesquisa foi analisar de que forma os instrumentos de gestão utilizados pelo Ministério da Saúde na resposta à emergência de saúde pública por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no país podem ser considerados pontos-chave para as ações de enfrentamento à epidemia de microcefalia associada ao zika no Brasil.

Para fundamentação teórica da problemática, serão abordados primeiramente os principais conceitos para compreensão da categoria emergência de saúde pública e dos aspectos e normativas de saúde pública envolvidos no problema, tais como organização do Sistema Único de Saúde no Brasil para vigilância epidemiológica e investigação de epidemias, o zika vírus e suas implicações na saúde pública, e as normativas nacionais e internacionais para emergências de saúde pública, etc (seção 2.1). Em seguida, serão levantados os aspectos relacionados à gestão pública no Brasil necessários para compreensão da perspectiva de análise sob a ótica dos instrumentos de gestão, abordando de forma sintética alguns aspectos fundamentais do aporte teórico utilizado para realização dos objetivos de pesquisa (seção 2.2).

2.1 Gestão de Emergências em Saúde Pública

Gestão de Emergências em Saúde Pública é um campo emergente, produzido da intersecção da gestão de emergências em desastres com a saúde pública (Rose et al., 2017). As estratégias nacionais e internacionais de redução de risco de desastres foram integrando cada vez mais outros aspectos da saúde além da resposta dos serviços de saúde em emergências, integrando a saúde na análise de risco dos desastres e em abordagens cada vez mais multisetoriais da gestão de risco desastres (Dar et. Al., 2014).

Desde 1962, no contexto de um terremoto de grandes proporções no Irã, as Nações Unidas e seus estados membros vem tentando implementar uma estratégia global de redução de riscos de desastres. Os anos 90 foram considerados a “Década para Redução dos Desastres Naturais”, e o marco de ação de Hyogo, adotado um ano após o Tsunami na Ásia, foi uma estratégia de dez anos para construção de nações e comunidades resilientes a desastres, em que a saúde já aparecia como parte essencial da redução de riscos de desastres (Dar et. Al., 2014).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) adotados por ocasião da Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável incorporaram a proposta multirrisco e de gestão intra e intersetorial do marco de Sendai para redução de riscos de desastres 2015-2030. O marco de Sendai, por sua vez, tem a premissa de que a gestão eficaz dos riscos de desastres contribui para o desenvolvimento sustentável, reforçando o papel da saúde na gestão multifatorial no risco e na resposta a desastres, incluindo ações no âmbito nacional e local ou regional e global para resiliência dos sistemas nacionais de saúde com a integração da gestão do risco de desastres, e induzindo colaboração com outros setores para efetivação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) da OMS (UNISDR, 2015).

Da perspectiva do setor saúde, a concepção de eventos de saúde pública também vem se transformando de uma perspectiva conceitual restrita a categoria de surtos de doenças transmissíveis para uma compreensão mais ampla de eventos de risco a saúde pública a partir de uma agenda global de preocupação com pandemias e riscos de disseminação internacional (Carmo, Penna e Oliveira, 2008). A globalização não só acentuou a possibilidade de disseminação internacional de doenças, como demonstrou que mesmo quando os danos de saúde de uma epidemia não são tão grandes quanto os riscos inicialmente previstos, os impactos econômicos advindos de um surto em um mundo globalizado podem tomar dimensões catastróficas para a economia mundial (Smith, 2006).

A responsabilidades das autoridades nacionais frente a eventos de saúde pública que possuem potencial de ameaça para as populações do mundo e o papel da OMS no alerta mundial de surtos e na resposta a eventos de saúde pública são atualmente previstas no Regulamento Sanitário Internacional de 2005. O primeiro regulamento sanitário internacional foi instituído em 1951 e posteriormente sendo substituído por revisões. O RSI de 2005 foi adotado após uma longa revisão de uma década, na quinquagésima oitava Assembleia Mundial de Saúde, e entrou em vigor em 2007 (Brasil, 2016a; ANVISA, 2009).

O propósito e abrangência do RSI é “prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais”, observando-se os direitos humanos, liberdades fundamentais e respeito à dignidade das pessoas na sua implementação (ANVISA, 2009, p. 18). No Brasil o RSI de 2005 teve sua versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009, publicado no DOU de 10/07/09, pág.11 (ANVISA, 2009).

O RSI de 2005 trouxe várias alterações para os processos de monitoramento, vigilância e resposta, sendo o mais importante deles a introdução do conceito de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII, como objeto do monitoramento internacional de eventos de saúde pública. Uma ESPII é um evento extraordinário que constitui um risco para a saúde pública para outros Estados devido à propagação internacional de doença e que potencialmente exige uma resposta internacional coordenada; já evento é definido como “uma manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença” (ANVISA, 2009, p.15). Outras definições importantes incluem a forma de análise de risco a partir das definições conceituais do RSI 2005, como o algoritmo de decisão demonstrado na figura abaixo, e as exigências de capacidades básicas definidas para os Estados partes, que deveriam avaliar e adequar suas estruturas e recursos nacionais existentes para satisfazer as exigências do RSI para vigilância e resposta (Anvisa, 2009).

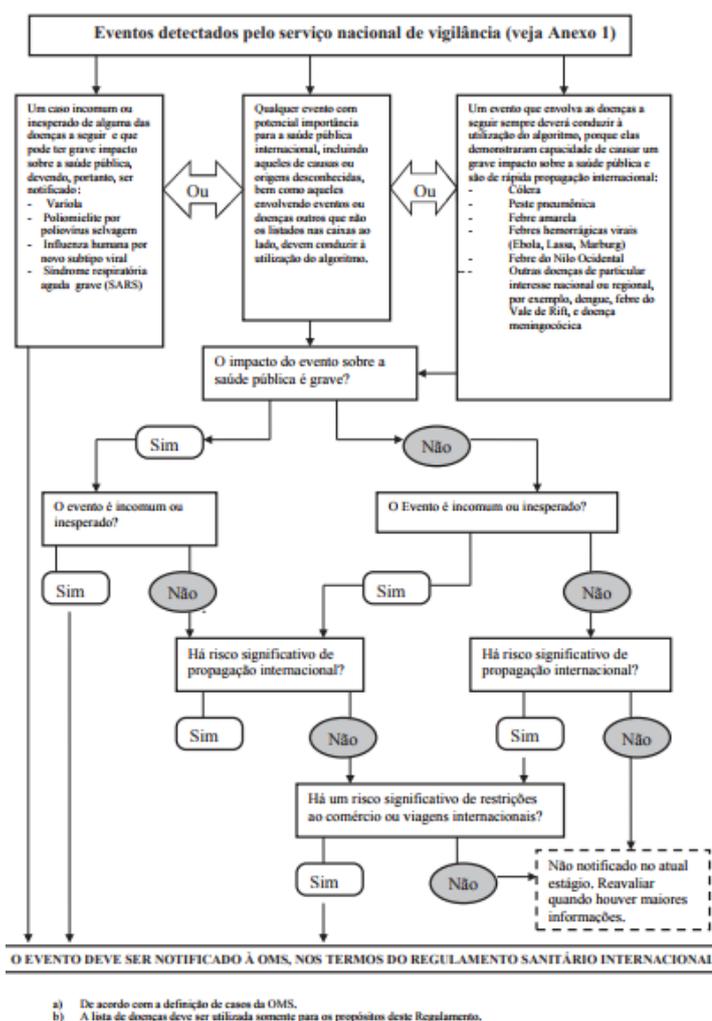


Figura 1- Instrumento de decisão para a avaliação e notificação dos eventos que possam constituir ESPII nos termos do RSI 2005 – Anvisa, 2009

Os Estados Parte devem ter comunicação com o Ponto de Contato da OMS para o RSI para notificação de eventos que possam ser de interesse internacional, conforme estabelecido no regulamento para as notificações pelos países, considerando o algoritmo de decisão pré-definido pelo anexo II do RSI de 2005. O Ponto de Contato da OMS para o RSI é a unidade permanentemente acessível para comunicação com o Ponto Focal Nacional do RSI; que por sua vez é definido como o centro nacional designado por cada Estado Parte que estará permanentemente acessível para comunicação com a OMS. No Brasil o Ponto Focal Nacional para o RSI como centro nacional designado pelo Estado brasileiro é a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, conforme a Portaria GM/MS nº 1865/2006. Por sua vez, a SVS/MS designou como competência do coordenador-geral responsável pela gestão do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs) da SVS a representação da secretaria junto à OMS (ANVISA, 2009; Brasil, 2016a).

Como Ponto Focal Nacional do Brasil para o RSI 2005, compete à SVS/MS, entre outros: acompanhar e responder aos eventos que possam se constituir em emergência de saúde pública de importância internacional; remeter à OMS através dos pontos de contato designados por ela comunicações referentes ao RSI, em especial relacionadas à notificação, intercâmbio de informações, as consultas, aos relatórios, à verificação e a avaliação para determinação de eventos que possam se constituir como ESPII; coletar, consolidar e disseminar informações referentes ao RSI 2005 recebidas dos diversos setores da administração pública federal, incluindo aqueles responsáveis pela vigilância epidemiológica, portos, aeroportos e fronteiras, clínicas e hospitais; coordenar e acompanhar as ações de implementação do RSI no âmbito do MS; definir e coordenar tecnicamente a cooperação internacional solicitada pela OPAS, OMS e demais países relacionada à implementação do RSI (Brasil, 2006).

2.1.1 Sistema Único de Saúde e Emergências de Saúde Pública

No Brasil, desde a Constituição Federal de 1988, a saúde é um direito social, e o conjunto das ações destinadas a assegurar os direitos relativos a saúde, assistência social e previdência compõe a seguridade social. A saúde é entendida como direito de todos e dever do Estado, e as ações e serviços públicos de saúde constituem um sistema único e integram uma rede regionalizada e integrada com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A atribuição de executar as ações de vigilância sanitária e

epidemiológica já é prevista para o sistema único na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

Na Lei 8.080 de 1990, que regulamenta em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, a execução de ações de vigilância epidemiológica e sanitária estão incluídas no campo de atuação do SUS. A vigilância epidemiológica é definida como um “conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”; e a vigilância sanitária é definida como um “conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”, abrangendo o controle da prestação de serviços e de bens de consumo que se relacionem com a saúde seja direta ou indiretamente (Brasil, 1990).

Mesmo antes do Sistema Único de Saúde, o Brasil já possuía ações de vigilância em saúde pública, com sistemas nacionais de vigilância epidemiológica e agravos de notificação compulsória, em grande parte instituídos na década de 60, sob a vigência do RSI de 1951 (Teixeira et al., 1998; Seta et al., 2017). A partir da instituição do SUS, foram criadas diferentes esferas institucionais para execução da vigilância em saúde, com concepções de vigilância em saúde que também foram se modificando. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária foi instituído junto com a criação da Anvisa em 1999, enquanto que a vigilância epidemiológica nos anos 1990 se vinculava ao Centro Nacional de Epidemiologia, e passou para a SVS/MS em 2003 com a criação da secretaria (Seta et al., 2017).

As ações e responsabilidade do Brasil em relação ao Regulamento Sanitário Internacional de 2005 abrangem ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária. No Sistema Único de Saúde, as três esferas de gestão realizam ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, dentro das suas respectivas competências: a União deve definir e coordenar os sistemas de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica, estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras e executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do SUS ou que representem risco de disseminação nacional; os estados devem coordenar e complementarmente executar ações e serviços de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, e colaborar na execução da

vigilância sanitária em portos, aeroportos e fronteiras; e aos municípios compete executar serviços de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, e colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras (Brasil, 1990).

Desde a década de 90, os sistemas de vigilância em saúde no SUS vem sendo desenvolvidos e aprimorados, com capacitação de recursos humanos em resposta a emergências de saúde pública, com objetivo de responder aos crescentes desafios para a garantia e proteção da saúde através da vigilância em saúde no SUS. Mesmo com o histórico de atuação e resposta em emergências de saúde pública do Brasil, o Regulamento Sanitário Internacional de 2005 foi um importante indutor de ações desenvolvidas para estruturação e desenvolvimento da vigilância em saúde no país para atender aos requisitos mínimos preconizados pelo documento (LIMA e Costa, 2015; CARMO et al., 2008; Brasil, 2016a).

No governo federal foram realizadas medidas importantes nas últimas duas décadas que fortaleceram o SUS para atuação em emergências de saúde pública, entre elas: o Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS – Epissus, formando técnicos para investigação e resposta às emergências de saúde pública no país; a organização e a criação do Cievs/SVS (baseado em experiências dos Centros de Operações de Emergências da OMS, Canadá e Estados Unidos da América), instituído pela Portaria SVS/MS nº 30/2005; o desenvolvimento do Sistema Integrado de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública pela SVS e a implantação de rede de vigilância epidemiológica hospitalar em 2005; as ações para resposta a Pandemia de Influenza, inclusive com a instituição de Grupo Executivo Interministerial pelo Decreto presidencial de 24 de outubro de 2005 para a implementação de Plano de Contingência Brasileiro; a designação da SVS como Ponto Focal Nacional do RSI e responsável pela adoção de providências para implementação do RSI em todas as esferas de gestão do SUS através da Portaria GM/MS nº 1.865/2006; a estruturação de Cievs estaduais e municipais em articulação com o Cievs nacional para vigilância de emergências de saúde pública nas demais esferas de gestão desde 2007 (Rede Cievs); avaliação diagnóstica das capacidade básicas do Brasil para o RSI 2005 pelo Ministério da Saúde em 2008 e 2009; elaboração e pactuação no SUS do Plano Diretor de Desenvolvimento de Capacidades Básicas em 2010 com objetivo de atingir as capacidades de vigilância e resposta até 2012; e constituição e ampliação da rede de laboratórios de saúde pública (Brasil, 2016a; CARMO et al., 2008).

A partir de 2010 algumas normativas importantes para a gestão de emergências de saúde pública do Brasil foram publicadas, em especial através de decretos da presidência da república. O Decreto de 6 de dezembro de 2010 instituiu o Grupo Executivo Interministerial de

Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII), com a finalidade de acompanhar e propor medidas de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional, preconizadas no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005. O GEI-ESPII é coordenado pela SVS/MS e conta com representantes do Ministério da Saúde; da Anvisa; da Casa Civil da Presidência da República; do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República; do Ministério da Fazenda; do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; do Ministério da Integração Nacional; do Ministério das Relações Exteriores; do Ministério da Justiça; do Ministério da Defesa; do Ministério dos Transportes; do Ministério do Meio Ambiente; do Ministério do Desenvolvimento Agrário; do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; do Ministério da Educação; do Ministério do Turismo; da Secretaria Especial de Portos da Presidência da República; e da Secretaria-Geral da Presidência da República (BRASIL, 2010).

Em 2011, o Decreto nº 7.616 de 17 de novembro de 2011 dispôs sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e instituiu a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. A ESPIN pode ser declarada pelo Ministério da Saúde em situações que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública em virtude da ocorrência de situações epidemiológicas que apresentem risco de disseminação nacional, sejam produzidos por agentes infecciosos inesperados, representem a reintrodução de doença erradicada, apresentem gravidade elevada ou extrapolem a capacidade de resposta da direção estadual do SUS; ou em situações de desastres que configurem situação de emergência ou estado de calamidade pública reconhecidos pelo Poder Executivo federal; ou em situações de desassistência à população em que mediante a decretação de situação de emergência ou calamidade pública pelo ente federado afetado, coloque-se em risco a saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento à demanda, e que extrapolem a capacidade de resposta das direções estadual e municipal do SUS (BRASIL, 2011).

Além da institucionalização da lógica de emergência de saúde pública de importância nacional pelo MS de forma similar à ESPII da OMS, o Decreto nº 7.616 de 17 de novembro de 2011 também instituiu a Força Nacional do SUS, um programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população e que prevê equipes de profissionais para atuação conjunta com

as demais esferas de governo e instituições envolvidas na resposta às situações de emergência em saúde pública (Brasil, 2011).

Em 2014 ocorreu a criação do Centro de Gerenciamento de Informações sobre Emergências em Vigilância Sanitária (eVisa), no âmbito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O Ministério da Saúde também publicou Planos Nacionais norteadores da atuação em emergências de saúde pública, entre eles a primeira edição do Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, publicada em 2014, que prevê a instituição de um centro de operações baseado no modelo de Sistema de Comando de Incidentes para resposta a emergências de saúde pública (Centro de Operações de Emergência em Saúde - Coes); e o Plano de Operação do Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional, que sistematiza as instruções básicas do funcionamento e dos procedimentos de competência do Brasil para o RSI 2005 através do Ponto Focal Nacional, publicado em 2016 (BRASIL, 2016a, 2014).

2.1.2 Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e o vírus zika

A microcefalia é uma malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada e que pode levar a alterações cerebrais e problemas no desenvolvimento neurológico, e era conhecida relacionada à fatores genéticos e cromossômicos, ou exposições ambientais da mãe no período pré-natal ou perinatal (consumo de álcool, drogas ilícitas ou medicamentos teratogênicos, contato com substâncias químicas ou radiação ionizante, distúrbios metabólicos, e processos infecciosos como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes e sífilis. A microcefalia é rotineiramente monitorada pela vigilância em saúde através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e, entre 2010 e 2014, foram registrados em média 156 casos por ano em todo o país (Vargas et al., 2016).

Em outubro de 2015, o Ministério da Saúde recebia da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco a informação de que havia uma série de relatos clínicos de uma grande quantidade de crianças que estavam nascendo com microcefalia no estado de Pernambuco, e que motivou a ida de uma missão conjunta da vigilância federal e da OPAS para apoio às equipes de saúde do estado e do município de Recife em 26 de outubro. A microcefalia não era por si só um agravo inusitado, e sim o alto número de casos em um curto espaço de tempo, que indicava um

surto da doença identificado inicialmente em Pernambuco: a SES-PE notificou ao Ministério da Saúde 54 casos de recém-nascidos com a malformação em 22 de outubro de 2015 (Brasil, 2017; Vargas et al., 2016).

Logo foram observados casos notificados em vários estados do Nordeste brasileiro. A distribuição geográfica dos primeiros casos no Nordeste, onde já havia identificação de circulação do vírus zika, e os relatos das mães sobre um quadro de vermelhidão na pele (exantema) durante a gravidez levaram a uma hipótese de possível relação da epidemia com o vírus zika, mas até então não havia nenhuma fundamentação científica capaz de justificar essa associação. A transmissão autóctone de febre pelo vírus zika no Brasil (dentro do próprio território, sem ser um caso importado) foi confirmada em abril de 2015, e passou a integrar os monitoramentos dos casos de dengue e febre de chikungunya do Ministério da Saúde sem muito destaque até então, por aparentemente ser um quadro leve e na maioria das vezes assintomático na maior parte da população infectada (Brasil, 2017; Vargas et al., 2016; Ministério da Saúde, 2015).

Em 10 de novembro de 2015 o Ministério da Saúde ativou o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES) devido ao aumento dos casos de Microcefalia no país. Segundo o Plano de Resposta a Emergências de Saúde Pública da SVS/MS, o COES é uma estrutura organizacional com objetivo de promover a resposta coordenada por meio da articulação e da integração dos atores envolvidos, constituída com profissionais das Coordenações-Gerais e Departamentos da SVS para atuar na tipologia de emergência identificada. O COES é acionado quando o evento representa risco à saúde pública, seja pela probabilidade de propagação nacional ou pela superação da capacidade de resposta local (Brasil, 2014).

Em 11 de novembro foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.813, de 11 de novembro de 2015, que declarou Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil e designou o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES) como mecanismo de gestão nacional coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional. No primeiro Informe Epidemiológico do Coes sobre o monitoramento dos casos, a situação epidemiológica divulgada informava notificação de 739 casos suspeitos de microcefalia até 21 de novembro de 2015, identificados em 190 municípios de nove estados do Brasil, com notificação apenas do estado do Goiás fora da região nordeste. Os casos estavam assim distribuídos: Pernambuco (487 casos; 65,9%), Paraíba (96 casos; 13,0%), Sergipe (54 casos; 7,3%), Rio Grande do Norte (47 casos; 6,4%), Piauí (27 casos;

3,7%), Alagoas (10 casos; 1,4%), Ceará (9 casos, 1,2%), Bahia (8 casos; 1,1%) e Goiás (1 caso; 0,1%), com um óbito suspeito notificado no Rio Grande do Norte (Brasil, 2017; SVS, 2015).

O ineditismo da descoberta de que a infecção pelo vírus zika estava relacionada a ocorrência da microcefalia foi inicialmente um elemento de disputa no campo científico para reconhecimento do Ministério da Saúde e da comunidade internacional da correlação entre o vírus e a epidemia de microcefalia. Três estudos com temporalidade próxima de execução identificaram o vírus em materiais biológicos disponibilizados por mulheres afetadas pela epidemia (Diniz, 2016).

Géssica Eduardo dos Santos e Maria da Conceição Alcantara Oliveira Matias, duas mulheres da Paraíba, permitiram a coleta de amostras de líquido amniótico que permitiram o primeiro diagnóstico da transmissão intrauterina do vírus zika, em estudo divulgado em 18 de novembro pela Fiocruz, realizado com equipe de pesquisa composta, dentre outros, por uma das profissionais que esteve envolvida desde o início com a identificação do aumento do nascimento de bebês com microcefalia na Paraíba, a obstetra e pesquisadora Adriana Melo (Oliveira Melo et al., 2016; Diniz, 2016).

Sofia Tezza é uma mulher italiana, e foi uma das primeiras grávidas afetadas pelo que na época ainda não se sabia: a infecção por zika e a microcefalia. Teve zika ainda no Brasil, antes de retornar grávida de seis meses para a Itália. Foi apenas em sua terra natal, quando realizou o segundo ultrassom, que foram identificadas calcificações no cérebro de seu filho Pietro, por uma doença desconhecida e com prognóstico temível. Na busca por explicações para o que poderia ter acontecido com seu filho e diante das notícias da infecção por zika no nordeste brasileiro onde havia morado, Sofia procurou especialistas na Eslovênia. Com o material colhido depois da interrupção da gravidez, foi publicado em março de 2017 a primeira associação do genoma do vírus zika em feto com microcefalia (Diniz, 2016; Mlakar et al., 2016).

Em 28 de novembro, o Ministério da Saúde confirmou a relação entre o vírus zika e o surto de microcefalia, com base em notificação do Instituto Evandro Chagas (IEC), órgão vinculado ao MS, sobre o resultado de exames realizados em tecidos e sangue de um bebê com microcefalia que veio a óbito após o nascimento no Ceará. Diferente de Géssica, Conceição e Sofia, a mulher no Ceará que consentiu a coleta do material permaneceu anônima em sua generosidade para o avanço da ciência sobre o zika e a microcefalia (Brasil, 2017; Diniz, 2016).

Para Diniz (2016), na história da epidemia no Brasil, a cronologia da experiência de Sofia, anterior a divulgação do estudo, é mais um dos casos que demonstram o protagonismo das

mulheres afetadas pela epidemia que, ao procurarem respostas para suas angústias, foram corresponsáveis pelos avanços científicos sobre os efeitos do vírus zika para o mundo. Assim como os profissionais de saúde do nordeste brasileiro, não tão reconhecidos pela comunidade acadêmica brasileira do eixo sul-sudeste, mas que produziram ciência pioneira a partir de seus espaços profissionais cotidianos, subitamente impactados pelo atendimento às vítimas da epidemia (Diniz, 2016).

O avanço das evidências que associavam a infecção por vírus zika com malformações congênitas e síndromes neurológicas, a chegada do vírus em países vizinhos e o risco potencial de disseminação da epidemia motivaram a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela OMS em 01 de fevereiro de 2016. O impacto da epidemia e da declaração de ESPII era tamanho, que a realização dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos no Brasil suscitou dúvidas na comunidade internacional sobre a capacidade do país de evitar a infecção de atletas durante o evento, exigindo esclarecimentos do Governo Brasileiro e da OMS sobre a segurança do público estrangeiro no evento (Brasil, 2017).

No final do mesmo ano, em 18 de novembro de 2016, sob o argumento de que a relação entre a infecção por zika e a microcefalia estava definida e de que agora os países deveriam desenvolver mecanismos permanentes de acompanhamento pelos sistemas de saúde de forma mais estruturada através de programas nacionais, a OMS decidiu encerrar a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em razão dos casos de infecção pelo vírus zika (Brasil, 2017).

Durante a vigência da ESPIN, encerrada pelo MS apenas em julho de 2017 com a Portaria GM/MS nº 1.682/17, foram desenvolvidas diversas ações pelo Ministério da Saúde, como notificação à OMS nos termos do RSI, estabelecimento de sistema de notificação e monitoramento, instituição de notificação compulsória, investigação epidemiológica dos casos notificados, publicação de Plano Nacional para enfrentamento da epidemia, instituição da Sala Nacional de Coordenação e Controle (SNCC) para apoiar e incentivar ações de combate ao *Aedes aegypti* (vetor da zika, dengue e chikungunya), publicação de protocolos de vigilância e de atenção à saúde no âmbito da emergência de saúde pública, cooperação técnica nacional e internacional para pesquisas e capacitação de recursos humanos, estratégias conjuntas com o MDS para fortalecimento da atenção à saúde e proteção social de crianças com microcefalia, desenvolvimento de Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia, entre outras (Brasil, 2017; Ministério da Saúde, 2017).

Apesar da continuidade das pesquisas científicas e das ações em relação ao vírus zika e à síndrome congênita do zika no Brasil, mesmo após o encerramento da ESPIN, o objeto de análise da pesquisa realizada foram os instrumentos de gestão do Ministério da Saúde durante a vigência da ESPIN por alteração do padrão de ocorrência de microcefalia, ou seja, entre novembro de 2015 e julho de 2017. A próxima seção traz os referenciais que justificam a perspectiva de análise da ação pública através dos seus instrumentos, no contexto da gestão pública no Brasil.

2.2 Políticas Públicas e Instrumentos de Gestão

A epidemia de microcefalia exigiu respostas rápidas do governo brasileiro quanto à correlação entre o vírus da zika e a ocorrência da Síndrome Congênita do Zika - conceito proposto durante a epidemia para descrever não só a microcefalia, mas outras manifestações de malformações neurológicas, danos ao sistema nervoso central e outros efeitos do vírus em crianças (Miranda-Filho et al., 2016). A gestão de emergências de saúde pública no Brasil e no mundo ainda é um grande desafio, tanto da perspectiva de dar respostas satisfatórias para eventos inesperados e de grande risco à população, quanto em estabelecer mecanismos institucionais e legais que garantam a resposta mais adequada do poder público em contextos nacionais e internacionais. Para pensar a gestão de emergências de saúde pública no país, é preciso contextualizar o campo da gestão de políticas públicas no Brasil, também de recente construção, e abordar brevemente as especificidades histórico-políticas da administração pública no país.

2.2.1 Gestão de políticas públicas no Brasil

Segundo Costa (2010), para uma melhor compreensão da administração pública no Brasil e das reformas de Estado brasileiras, uma perspectiva histórica ampla deve considerar não só a periodização histórica do século XX e suas reformas institucionais, mas também entender que existem especificidades no Estado brasileiro e na burocracia nacional decorrentes da colonização portuguesa no Brasil. Entretanto, para os objetivos deste trabalho, vamos apenas transcorrer brevemente sobre o processo recente de reforma do Estado no Brasil com o objetivo

de contextualizar algumas das especificidades da gestão pública brasileira antes de abordar a perspectiva de análise dos instrumentos de gestão.

O processo recente de reforma do Estado no Brasil começa com a redemocratização, e as mudanças profundas na administração pública brasileira que vieram com a Constituição Federal de 1988. Para Abrucio (2010) a democratização do Estado ganha uma força inédita até então no texto constitucional, com o fortalecimento do controle externo, da transparência governamental e de mecanismos de participação da população na deliberação e controle dos governos. O desenho constitucional torna-se descentralizador, com repasse de funções e responsabilidades aos governos subnacionais e, em especial, aos municípios. E, por último, a instauração do princípio do concurso público universalizado, com planos de carreira e garantia constitucional do direito de greve. Entretanto, a descentralização em uma país desigual como o Brasil trouxe desafios na efetivação de políticas públicas dependentes de articulação entre os três entes federativos, que ainda permanecem como uma grande questão para a gestão pública no país (Abrucio, 2010).

Em 1995, durante o governo de Fernando Henrique, Bresser-Pereira apresentou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. O discurso da reforma partia de um diagnóstico de crise da administração pública brasileira e elegia três dimensões básicas para atuação: a dimensão institucional-legal, para melhorar a eficiência superando gargalos jurídicos; a dimensão cultural, para enfrentar o patrimonialismo e criar uma cultura gerencialista na administração pública brasileira; e uma dimensão gerencial, relacionada as práticas de gestão (Costin, 2011). Apesar de muitas medidas propostas não terem se efetivado, para Costin (2011) a reforma trouxe mudanças importantes para a administração pública brasileira com a aprovação da Emenda Constitucional 19 em 1998, e em grande parte foi a responsável por propagar as ideias da Nova Gestão Pública no país.

A Nova Gestão Pública, ou o *New Public Management*, foi o termo cunhado após o grande movimento de reforma dos sistemas de administração pública de diversos países nos anos 1990, para tentar designar as características dessas reformas. Devido a grande diferença entre elas, afirma-se de forma geral que a noção de new public management foi utilizada para designar “um movimento abrangente de reforma na gestão da atividade governativa, iniciada nos anos 1980, que procura imprimir maior eficiência e agilidade a uma administração pública estruturada consoante os pressupostos da burocracia weberiana” (Carneiro e Menicucci, p. 26, 2011).

É importante destacar que as reformas inspiradas pelo new public management nos anos 1990 estão dentro de um contexto de ascensão do neoliberalismo como paradigma de atuação do Estado, principalmente nos países latino-americanos, cujas experiências de reformas gerenciais são diferentes das experimentadas pelos países anglo-saxões ou da OCDE (Carneiro e Menicucci, 2011). Segundo Carneiro e Menicucci (2011), em geral o que ocorreu com os países da América Latina foram iniciativas pontuais e descontínuas de introduzir na gestão e no planejamento e avaliação do orçamento algumas tecnologias e inovações, que ficaram muito distantes da concepção abrangente de novas práticas de gestão da new public management, que propunha em grande medida uma incorporação ao setor público de tecnologias e mudanças gerenciais baseadas em práticas do setor privado.

Para Carneiro e Menicucci (2011), as iniciativas reformistas dos países latino-americanos focaram mais na redução de custos e melhoria do desempenho, motivadas pelo ajuste fiscal, contemplando privatizações, mecanismos de controle financeiro e cortes em despesa com pessoal; e com o tempo, de forma irregular e difusa, também foram incorporando noções de transparência e accountability às questões de desempenho gerencial. Com o tempo, após algumas décadas de hegemonia no campo teórico, começa-se a questionar se a new public management seria mesmo um novo paradigma distinto da burocracia weberiana ou se as reformas inspiradas por elas trouxeram realmente os resultados esperados, apesar da permanência das práticas institucionalizadas a partir dessa corrente de pensamento, especialmente em países como o Brasil em que tais reformas ocorreram mais tardiamente em comparação com outros países.

Segundo Rua (1997), na tentativa de encontrar uma solução que compatibilizasse as vantagens da administração gerencial com as características próprias do setor público, diversas propostas e modelos surgiram, mas com características comuns que compõem o que hoje se entende como modelo de administração pública gerencial e que têm orientado os esforços em direção à reforma administrativa no Brasil. Dentre estes aspectos, vários contemplam a dimensão política da administração pública: o princípio da flexibilidade, que implica a tentativa de superar a rigidez burocrática e a orientação primária de maximização custo/benefício e de admitir a interação com o ambiente social; a descentralização e a horizontalização das estruturas, que implicam autonomia de gestão e tendem a romper com o princípio da hierarquia e com a ética da obediência situados na base da neutralidade e despolitização da burocracia; e a participação dos agentes sociais, que implica as noções de gestão participativa e se baseia nos conceitos de transparência, accountability, participação política, equidade e justiça.

O debate atual da gestão pública é indissociável da discussão do papel do Estado no século XXI, e cada vez mais a inovação da gestão pública é associada à democratização e a conjunção do desenvolvimento com a promoção da justiça social, com fortalecimento de conceitos de governança como redefinição e ampliação das formas de relacionamento entre o Estado e a sociedade (Carneiro e Menicucci, 2011). Assim, considerando o exposto acima, uma análise da gestão pública através dos instrumentos de gestão também se relaciona com a identificação do efetivo papel da ação pública em promover uma sociedade mais justa e democrática.

Para Salamon (2010), houve uma revolução tecnológica através das reformas do setor público nas últimas décadas, inclusive a nova gestão pública, que resultou numa proliferação das ferramentas da ação pública e dos instrumentos e meios utilizados para abordar problemas de interesse público, alterando a atividade de governo como majoritariamente composta pela provisão de serviços e bens públicos por burocratas por um conjunto de mecanismos de regulação, taxação, contratos e outros instrumentos para a ação pública. Existe uma nova governança na ação do governo, com colaboração de atores não governamentais para resolução de problemas complexos de interesse público, que exige uma análise da ação pública centrada nas ferramentas e instrumentos utilizados na persecução desta ação (Saloman, 2010).

2.2.2 Instrumentos de Gestão e análise da ação pública

A perspectiva de análise da ação pública através dos seus instrumentos não é um tema inédito na perspectiva da sociologia política. Segundo Lascoumes e Le Galès (2012), existe uma perspectiva sobre o exercício do poder e da governabilidade em relação aos instrumentos no campo da sociologia política, inicialmente ancorada nos trabalhos de Max Weber sobre a burocracia e nos trabalhos de Foucault relacionados a sua concepção de “governamentalidade”. Para os autores, a abordagem dos instrumentos era entendida como um domínio secundário diante de outras variáveis de análise, ou com uma perspectiva funcionalista em que os instrumentos são apenas escolhas técnicas para a ação estatal, mas atualmente se coloca como uma questão central da ação política.

Isso porque a abordagem pelos instrumentos “é reveladora de uma teoria (mais ou menos explícita) da relação governante/governado, cada instrumento sendo uma forma condensada de saber sobre o poder social e os modos de exercê-lo” (Lascoumes e Le Galès, p. 32, 2012). Ainda segundo Lascoumes e Le Galès (2012), não existe neutralidade nos instrumentos em operação:

os instrumentos da ação pública produzem efeitos específicos segundo sua lógica própria, por vezes independentes dos objetivos perseguidos ou que os estruturam.

Salamon (2010) aborda a importância das ferramentas e instrumentos da ação pública no contexto da “New Governance” nos Estados Unidos, que segundo o autor é marcado por uma alta proliferação de ferramentas de ação pública, acompanhada de uma nova governabilidade entre o Estado e agentes do terceiro setor envolvidos nos desenhos instrumentais da nova gestão pública. Desta forma, uma ferramenta ou instrumento da ação pública é um método identificável pelo qual a ação coletiva é estruturada na abordagem de um problema público; considerando que cada ferramenta deve ter algum traço comum que a torne identificável, que as ferramentas estruturam a ação através de sua institucionalidade e que a ação estruturada pelas ferramentas é uma ação coletiva que objetiva responder problemas públicos (Salamon, 2010).

Ainda segundo Salamon (2010) a definição descrita acima permite a consideração de instrumentos não exclusivos da ação governamental, e possibilita diferenciar a definição dos conceitos de programas e políticas, muito usados na discussão da ação pública: seriam tipicamente mais gerais que programas, e menos gerais do que políticas.

Já Lascoumes e Le Galès utilizam o conceito de instrumento, definido como “um dispositivo técnico com vocação genérica portador de uma concepção concreta da relação política/sociedade e sustentado por uma concepção da regulação” (2012, p.22). Instrumento, técnica e ferramenta são distinguíveis como níveis de observação: o instrumento é um tipo de instituição social – exemplificado como o recenseamento, a cartografia, a regulamentação, a taxação -, a técnica é um dispositivo concreto que operacionaliza o instrumento – exemplificada como a nomenclatura estatística, a escala de definição ou o tipo de lei ou o decreto – e a ferramenta é um micro dispositivo dentro de uma técnica – exemplificado como a categoria estatística, o tipo de obrigação previsto por um texto ou a equação calculando um índice (Lascoumes e Le Galès, 2012).

De acordo com Lascoumes e Le Galès (2012) a definição de instrumento adotada considera que os instrumentos são instituições no sentido sociológico do termo. Pretendem responder igualmente aos questionamentos sobre as possibilidades de distinção entre os instrumentos e os objetivos perseguidos, considerando que cada instrumento tem uma história e propriedades indissociáveis das finalidades que a ele são atribuídas; ao mesmo tempo cada instrumento tem um escopo genérico que permite sua aplicação a problemas de setores diversos e em políticas muito diferentes em suas formas e fundamentações. Segundo os autores o importante não é o debate sobre a natureza dos instrumentos, mas dos efeitos que eles geram,

ou seja, o debate da instrumentação, considerando duas perspectivas complementares: os efeitos gerados pelos instrumentos em sua autonomia relativa, e os efeitos políticos dos instrumentos e as relações de poder que eles organizam.

Para este trabalho, entende-se por instrumentos de gestão a perspectiva adotada por Lascoumes e Le Galès (2012), no sentido de que a análise dos instrumentos de gestão utilizados pelo Ministério da Saúde durante a ESPIN por microcefalia no Brasil procura entender os possíveis efeitos dos instrumentos utilizados para a resposta à epidemia no Sistema Único de Saúde, considerando os aspectos políticos e as relações de poder que eles organizam, mas também em uma análise para melhoria das ferramentas de gestão..

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Considerando o objetivo de analisar de que forma os instrumentos de gestão utilizados pelo Ministério da Saúde na resposta à emergência de saúde pública por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no país podem ser considerados pontos-chave para as ações de enfrentamento à epidemia de microcefalia associada ao zika no Brasil, este trabalho realizou uma pesquisa exploratória qualitativa de fontes documentais do Ministério da Saúde durante o período de vigência da ESPIN por alteração no padrão de ocorrência de microcefalia.

3.1 Tipo e descrição geral da pesquisa

De acordo com Gil (2008), pesquisas exploratórias habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não estruturadas e estudos de caso; são realizadas para esclarecer, desenvolver ou se aproximar de problemas mais amplos ou menos explorados, podendo constituir a primeira etapa de uma investigação mais ampla ou identificar hipóteses e problemas pesquisáveis para estudos posteriores. Considerando que descobertas e novas evidências sobre os efeitos do vírus zika para a saúde ainda estão emergindo e sendo estudadas, mas principalmente considerando o período de menos de um ano decorrido entre o encerramento da ESPIN pelo governo brasileiro em julho de 2017 e a realização deste trabalho, pode-se definir a pesquisa realizada como uma pesquisa exploratória, adotando como metodologia a pesquisa qualitativa e como técnica de pesquisa a análise documental dos documentos e publicações oficiais do Ministério da Saúde durante o período de vigência da ESPIN.

Enquanto que a pesquisa bibliográfica utiliza a contribuição de diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental utiliza materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados conforme o objetivo da pesquisa, explorando muitas fontes documentais. As fontes podem ser tanto documentos primários, que ainda não receberam nenhum tratamento analítico, como documentos oficiais por exemplo; quanto secundários, que já receberam alguma análise, como relatórios de pesquisa (Gil, 2008).

3.2 Caracterização da organização

O Sistema Único de Saúde tem direção única em cada esfera de gestão, exercida no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. São competências do Ministério da Saúde como direção nacional do SUS, entre outras (Brasil, 1990):

- definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária;
- participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica; estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

Além das descritas acima e das demais competências atribuídas a direção nacional do SUS, a União pode executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle

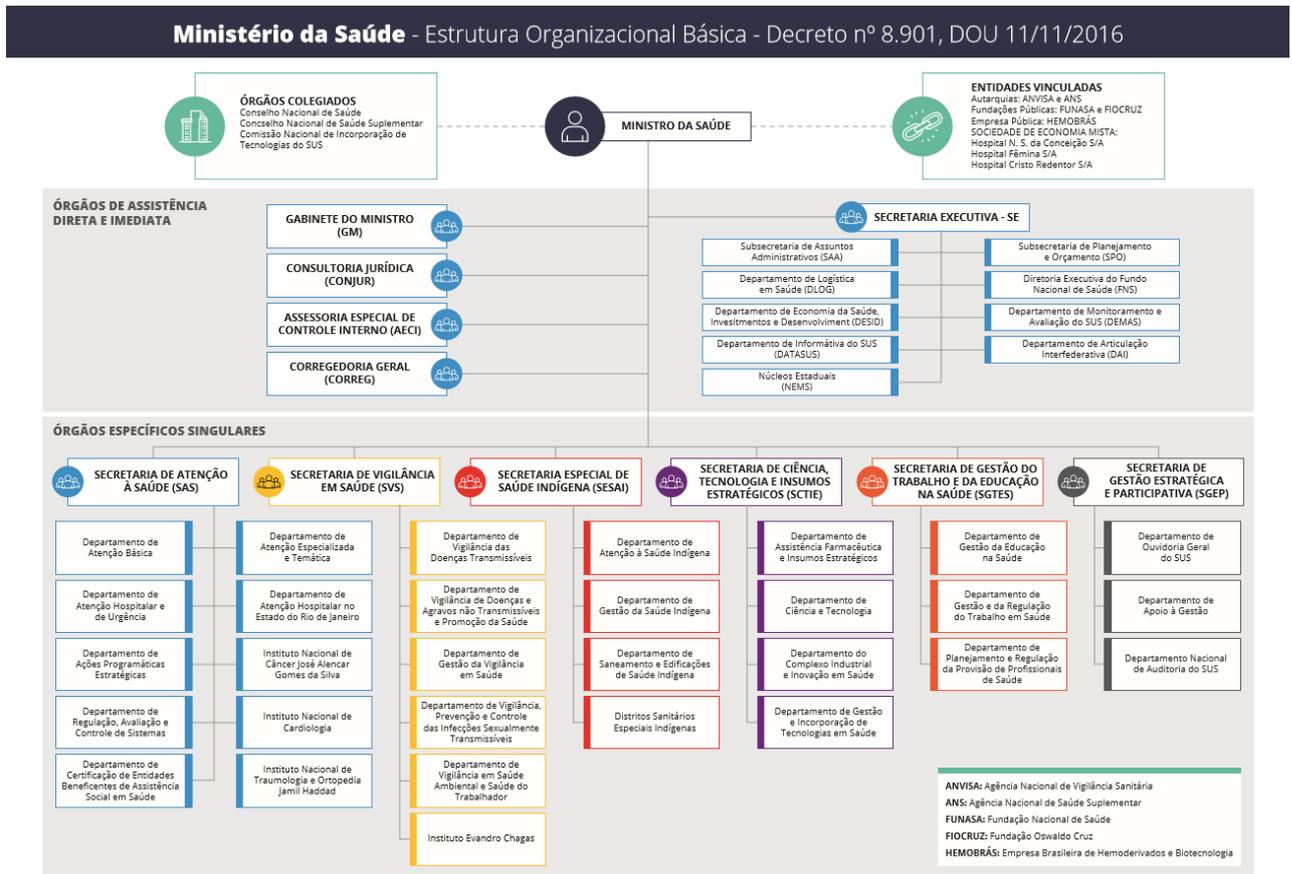
da direção estadual do SUS ou que representem risco de disseminação nacional (Brasil, 1990). Assim, apesar do SUS ser um sistema de gestão compartilhada entre União, estados e municípios, desde a Lei nº 8.080/1990 que regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, os eventos de saúde pública com risco de disseminação nacional e agravos inusitados a saúde pública são considerados eventos especiais para execução de ações de vigilância em saúde pela direção nacional do SUS.

A estrutura regimental do Ministério da Saúde é atualmente disposta pelo Decreto nº 8.901 de 10 de novembro de 2016 (Brasil, 2016c). Além da Secretaria-Executiva, de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado da Saúde, o MS tem seis secretarias definidas como órgãos específicos singulares: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Ainda integram a estrutura do Ministério da Saúde (Brasil, 2016c) duas autarquias federais (Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa e Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS); uma empresa pública (Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – Hemobrás); duas fundações públicas (Fundação Nacional de Saúde – Funasa e Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz); três sociedades de economia mista (Hospital Nossa Senhora da Conceição; Hospital Fêmea e Hospital Cristo Redentor); três institutos de administração direta (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad – INTO, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA e Instituto Nacional de Cardiologia – INC); e três órgãos colegiados (Conselho Nacional de Saúde, Conselho de Saúde Suplementar e Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - Conitec), conforme a Figura 2 abaixo.

Além de ser o órgão gestor do SUS na esfera federal, o Ministério da Saúde é o órgão responsável pela coordenação nacional e articulação internacional com os organismos internacionais de saúde das ações de notificação, informação, análise de dados e resposta a eventos de saúde com risco de disseminação internacional, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (Brasil, 2016a). Assim, apesar de que a resposta a uma emergência de saúde pública envolve ações não só de responsabilidade do setor saúde mas de vários outros órgãos do governo federal, considerando a centralidade das responsabilidades do Ministério da Saúde em relação ao SUS e ao RSI de 2005 para resposta a uma emergência de

saúde pública, foi definido como escopo dessa pesquisa a análise apenas os instrumentos de gestão empregados pelo Ministério da Saúde. Outras pesquisas podem ser realizadas considerando a instrumentalidade na resposta a ESPIN da administração federal como um todo ou até mesmo em diferentes níveis de gestão do SUS, para além do governo federal.



Decreto nº 8.901 de 10/11/2016, publicado pelo DOU de 11/11/2016 • Coordenação de Inovação de Processos e Estruturas Organizacionais - CODIPE/SA/SE • codipe@saude.gov.br

Figura 2 - Estrutura Regimental do Ministério da Saúde - Site Oficial do MS

3.3 Procedimentos de coleta e de análise de dados

Para a pesquisa, foi realizada uma revisão de literatura a respeito da emergência de saúde pública por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil, sua caracterização como consequência de infecção pelo vírus zika e seu encerramento, com fontes nacionais e internacionais, principalmente entre 2015 e 2017, período de vigência da ESPIN declarada pelo Brasil, com as categorias emergência de saúde pública, zika e epidemia de microcefalia. Também foi feita uma breve revisão de literatura para as categorias instrumentos de gestão e gestão pública. Foram utilizadas bases de dados confiáveis como Scielo, Capes e PubMed, além

de sites oficiais do Ministério da Saúde e de organismos internacionais como OMS e OPAS. Os resultados da revisão de literatura foram armazenados em uma coleção de biblioteca utilizando o programa Zotero, um gerenciador de referências e dados bibliográficos de software livre gratuito.

Para Gil (2008), a pesquisa documental utiliza materiais que ainda não receberam um tratamento analítico e seu primeiro passo é a exploração das fontes documentais. As fontes documentais levantadas e analisadas foram os documentos públicos e oficiais do Ministério da Saúde e de organismos internacionais como OMS e OPAS publicados durante o período de vigência da declaração de ESPIN pelo governo Brasileiro entre os anos de 2015 e 2017, disponíveis no site do Ministério da Saúde e/ou publicados no Diário Oficial da União.

Também foi realizada uma consulta ao Ministério da Saúde através do sistema eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão – SIC, que foi oficialmente respondida em 27 de novembro de 2017 conforme transcrição no Anexo A. A consulta ao SIC foi feita com o questionamento transcrito a seguir: *“A ESPIN em decorrência do vírus zika e sua associação com a microcefalia e outras alterações neurológicas foi declarada pela Portaria nº 1.813 de 11 de novembro de 2015 e encerrada pela Portaria nº 1.682 de 30 de julho de 2017. Qual(is) a(s) forma(s) de gestão da ESPIN foram utilizadas pelo MS? Qual a composição do COES que foi instituído pelas referidas portarias durante o período de ativação? Quais as ações foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde através do COES e de que forma elas foram instituídas, registradas, publicadas e realizadas? Quais outros espaços, mecanismos, ferramentas, instrumentos e ações foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde durante a vigência da ESPIN, com ou sem articulação com o COES? Quais outras áreas do governo federal foram envolvidas através do COES ou de outros mecanismos, resultando em ações conjuntas e integradas?”*

A técnica utilizada para a análise das fontes documentais levantadas foi a análise de conteúdo. Segundo Flick (2009), análise de conteúdo pode ser entendida como uma codificação realizada a partir de um conjunto de categorias, utilizadas como ponto de partida da análise de dados. Por ser um estudo de análise documental com fontes publicamente disponíveis, este trabalho não foi submetido para revisão ética por um Comitê de Ética em Pesquisa e nem exigiu nenhum tipo de termo de consentimento livre e esclarecido.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O início da epidemia de microcefalia no Brasil em outubro de 2015 se manifestou com um aumento súbito do número de casos de microcefalia no estado de Pernambuco, depois identificado em outras regiões do nordeste brasileiro e outros estados do país. Inicialmente não se sabia a razão para o aumento do nascimento de crianças com microcefalia, mas as crianças e famílias exigiam uma resposta rápida do governo federal e do Sistema Único de Saúde, tanto para conter a proliferação dos casos cujo agente etiológico ainda era desconhecido, quanto para atender o aumento de demanda de cuidado especializado nos serviços de saúde (Brasil, 2017).

A linha do tempo abaixo demonstra os principais eventos relacionados a emergência de saúde pública pela epidemia de microcefalia até dezembro de 2016, conforme o Boletim Epidemiológico nº 06 de 2017 (Ministério da Saúde, 2017):

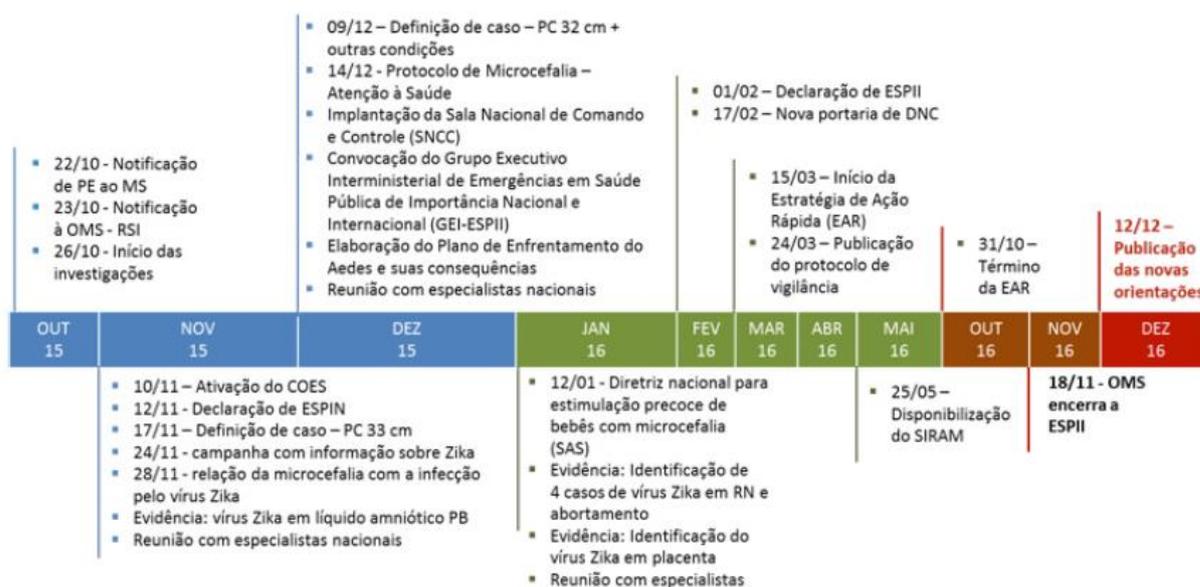


Figura 3 - Linha do tempo dos principais eventos relacionados à ESPIN até dezembro de 2016. Fonte: Boletim Epidemiológico 06/2017- Ministério da Saúde, 2017

Através da análise documental realizada, foram identificados como instrumentos de gestão do Ministério da Saúde durante a epidemia a portaria que declarou a ESPIN; a instituição do Centro de Operações em Emergências de Saúde Pública para a microcefalia; a convocação do GEI-ESPIN e o Plano Nacional de Enfrentamento; a instituição da Sala Nacional de Combate ao Aedes; e a Portaria conjunta MS e MDS que estabeleceu a Estratégia de Ação Rápida. Cada um destes será abordado especificamente.

4.1 A Declaração de ESPIN

Apesar da Declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) ser um mecanismo inaugurado em 2011 pelo Decreto 7.616/11, até o ano de 2015 o Brasil nunca havia declarado uma situação epidemiológica, de desastre ou desassistência como ESPIN. Assim, a própria Portaria GM/MS nº 1.813 de 11 de novembro de 2015, que decretou a ESPIN, pode ser identificada como o primeiro instrumento de gestão utilizado pelo Ministério da Saúde em resposta à epidemia de microcefalia, assim como a instituição do Centro de Operações de Emergência em Saúde previsto no Plano de Resposta a Emergências em Saúde Pública para organizar, coordenar e monitorar as ações de enfrentamento à emergência (Brasil, 2011, 2014 e 2017).

A Portaria GM/MS nº 1.813 de 11 de novembro de 2015 institucionalizou o COES como “mecanismo de gestão nacional coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional”, e instituiu a gestão do COES como responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde, que deveria planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a ESPIN, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde; articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS; encaminhar ao Ministro de Estado da Saúde, regularmente ou a pedido, relatórios técnicos sobre a ESPIN e as ações administrativas em curso; divulgar à população informações relativas à ESPIN e propor de forma justificada ao Ministro da Saúde medidas como o acionamento da Força Nacional do Sistema Único de Saúde, a contratação temporária de profissionais, a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na ESPIN; a requisição de bens e serviços tanto de pessoas naturais como de jurídicas nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei no 8.080/1990 e o encerramento da ESPIN (Brasil, 2015).

Uma característica dos instrumentos é que eles não são inertes pois produzem efeitos próprios, que podem ser originais e inesperados diante de seu objetivo inicial, ao mesmo tempo em que são produtores de uma representação específica da questão da qual tratam (Lascoumes e Le Galès, 2012). Dessa forma, a Portaria GM/MS nº 1.813/2015, que declara ESPIN por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil, não é apenas um mecanismo normativo que classifica o evento como uma ESPIN diante de uma avaliação de risco baseada em um algoritmo disposto no anexo II do Regulamento Sanitário Internacional. Suas considerações demonstram que a observação de aumento do número de casos e padrão clínico

não habitual da microcefalia no Brasil era interpretada como um evento complexo que exigia “uma resposta coordenada das ações de saúde de competência da vigilância e atenção à saúde, entre as três esferas de gestão do SUS”, a “necessidade de se estabelecer um plano de resposta a esse evento”, uma “estratégia de acompanhamento e suporte às gestantes, crianças e puérperas afetadas” e demandava “o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública”.

No Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública da SVS, o Centro de Operações de Emergência em Saúde (Coes) é definido como “uma estrutura organizacional que tem como objetivo promover a resposta coordenada por meio da articulação e da integração dos atores envolvidos”; seus princípios de funcionamento utilizam o Sistema de Comando de Operações, sua ativação é definida pelo Secretário de Vigilância em Saúde e ele é integrado por profissionais das Coordenações-Gerais e Departamentos da Secretaria de Vigilância em Saúde com competência para atuar na tipologia de emergência identificada (Brasil, 2014).

Um dos efeitos da ESPIN como instrumento de gestão do MS é que a declaração até então inédita de ESPIN pelo governo brasileiro alçou o tema do aumento de crianças nascendo com microcefalia como prioridade para a ação do governo federal no SUS, e depois a posterior relação com a zika reforçou na agenda dos governos nacionais e estaduais as ações de combate à epidemia com grande foco no combate ao vetor, especialmente quando a OMS decretou a emergência como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em fevereiro de 2016 - ESPII que perdurou até a declaração de encerramento pela OMS em 18 de novembro de 2016 (Ministério da Saúde, 2017). A ESPIN ainda foi mantida pelo governo brasileiro até julho de 2017.

Ao mesmo tempo em que a declaração de ESPIN, inédita, colocava a resposta à epidemia como prioridade para as ações de saúde pública e alavancava a questão no cenário nacional e internacional, a Portaria GM/MS nº 1.813/2015 que declarou a ESPIN instituía o COES - até então uma sala de situação para resposta à emergências de saúde pública prevista em um Plano de Emergência como mecanismo de coordenação de ações de resposta à emergências no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde – como o espaço institucional responsável pela coordenação de todas ações no âmbito do Ministério da Saúde. A ESPIN decretada institucionalizou o COES em portaria e ampliou sua competência como mecanismo de coordenação de ações na emergência no Ministério da Saúde, e não mais como ferramenta de gestão restrita ao âmbito de uma única secretaria.

Esta institucionalização do COES através da declaração de ESPIN definida em ato normativo do Ministério da Saúde, ampliando o âmbito de composição e atuação inicialmente descrito pelo Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública, resultou numa composição do COES –Microcefalia que demonstra a representação de diversas secretarias e agências do campo da saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, o COES durante a ESPIN foi composto por representantes do Gabinete do Ministro da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), da Secretaria Executiva, da Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), da Assessoria de Comunicação (ASCOM), da Assessoria Internacional de Saúde (AISA) – considerando as áreas do Ministério da Saúde, além de representantes de entidades/agências da saúde vinculadas ou não a estrutura institucional do MS, tais como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-Brasil), especialistas convidados (Professores UnB/FS/DSC), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Segundo Lascoumes e Le Galès (2012), a instrumentação da ação pública não é apenas uma questão técnica, mas também uma questão política, porque a escolha da via de ação vai estruturar de alguma forma o processo e os seus resultados, e esta escolha pode inclusive realçar conflitos entre diferentes atores, interesses e organizações. Assim, os instrumentos de gestão iniciais de resposta à epidemia de microcefalia utilizados pelo Ministério da Saúde, o COES Microcefalia e a declaração ESPIN, articulados a partir da Portaria GM/MS nº 1.813/2015, influenciaram os processos e resultados do governo federal durante a vigência da ESPIN, inclusive criando o espaço institucional para encaminhamento de outros instrumentos de gestão adotados pelo MS no decorrer da resposta à epidemia, e que serão abordados a seguir.

4.2 O GEI-ESPII e o Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia

O Grupo Executivo Interministerial de Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII) existe desde 2010 com a finalidade de “acompanhar e propor medidas de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional, preconizadas no Regulamento Sanitário Internacional de 2005” (Brasil, 2010). Foi instituído

pelo Decreto s/n de 06 de dezembro de 2010, e conforme o mesmo é composto por integrantes do Ministério da Saúde; da ANVISA; da Casa Civil da Presidência da República e do Gabinete Institucional da Presidência da República; do Ministério da Fazenda; do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; do Ministério da Integração Nacional; do Ministério das Relações Exteriores; do Ministério da Justiça; do Ministério da Defesa; do Ministério dos Transportes; do Ministério do Meio Ambiente; do Ministério do Desenvolvimento Agrário; do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; do Ministério da Educação; do Ministério do Turismo, da Secretaria Especial de Portos da Presidência da República e da Secretaria-Geral da Presidência da República (Brasil, 2010).

O GEI-ESPII é coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, e pode convidar outros órgãos e entidades, públicos ou privados, para suas reuniões, assim como instituir grupos de trabalho para subsidiar o plenário do GEI-ESPII. Suas reuniões são mensais e, extraordinariamente, sempre que convocadas pelo seu coordenador (Brasil, 2010). Desta forma, desde a sua institucionalização, o GEI-ESPII é um mecanismo de articulação intersetorial que pode ser convocado pela SVS para coordenação de representantes titulares e suplentes de demais órgãos da administração pública federal potencialmente envolvidos ou necessários à uma resposta à uma emergência de saúde pública, seja ela nacional ou internacional.

A ESPIN foi declarada pelo Ministério da Saúde em 12 de novembro de 2015, e o GEI-ESPII foi convocado menos de um mês depois, em 04 de dezembro de 2015, para apresentação do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia (PNEM), que foi posteriormente renomeado como Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes. O PNEM apresentava três grandes eixos de trabalho: Mobilização e combate ao mosquito; Atendimento às pessoas e Desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa e suas Consequências (Ministério da Saúde, 2016).

É importante ressaltar que a estruturação do COES, a instituição da ESPIN e a convocação do GEI-ESPII conseguiram deflagrar orientações técnicas, protocolos e um formulário eletrônico (Registro de Eventos em Saúde Pública – RESP) específico para notificação de casos em um período inicial da epidemia, com apoio de especialistas e instituições de pesquisa que indicavam uma associação entre o zika vírus e a microcefalia até então nunca descrita pela ciência (Brasil, 2017; Garcia, 2018; Ministério da Saúde, 2016 e 2017).

O RESP foi criado em 19/11/2015 com procedimentos preliminares para vigilância dos casos de microcefalia no Brasil estabelecidos por meio de nota informativa, e em 13/12/2015 já incorporou a primeira alteração do padrão de definição de caso de microcefalia para registro, de acordo com as alterações definidas pela publicação do Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) de 12 de dezembro de 2015. A primeira versão do Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika foi publicado em 15 de dezembro de 2015, mas os primeiros Boletins Epidemiológicos divulgados pelo COES já traziam recomendações genéricas para as grávidas, como terem o acompanhamento da gestação no pré-natal e seguir as recomendações médicas; evitar contato com pessoas com sinais de febre, exantemas e infecções e tomar medidas de redução da presença de mosquitos e de proteção contra mosquitos. As mulheres que planejassem engravidar deveriam conversar com uma equipe de confiança para tomar a decisão consciente dos riscos (Brasil, 2015b e 2017; Garcia, 2018).

Uma fala do porta-voz do Ministério da Saúde a época em coletiva de imprensa no começo da epidemia levantou críticas de que o MS teria como recomendação oficial que as mulheres no país não engravidassem para evitar os riscos da microcefalia que ainda tinha causa desconhecida (Brasil, 2017). Apesar de que essa recomendação não foi feita oficialmente em nenhum dos documentos de orientações iniciais divulgados pelo MS (Brasil, 2015b; Garcia, 2018), percebe-se que as recomendações iniciais às gestantes colocavam grande parte da responsabilidade pelo cuidado na realização de medidas individuais de responsabilidade das mulheres nas regiões afetadas, que deveriam procurar a rede de saúde mas também combater o mosquito, reavaliar seu planejamento familiar diante das informações disponíveis e executar medidas de prevenção que nem sempre eram de fácil aplicação em seu contexto de vulnerabilidade social.

O Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia (PNEM) organizou as prioridades do Ministério da Saúde para enfrentamento à epidemia em relação ao combate ao vetor, ao cuidado, e a produção de conhecimento, tanto para orientar as ações intersetoriais entre os diversos órgãos do governo federal, quanto as ações necessárias nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde. Para Brunoni et al (2016) a epidemia de microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika trazia grandes desafios que exigiam não só a avaliação diagnóstica e etiológica com o rastreamento de problemas de desenvolvimento nas crianças incluídas como casos confirmados ou suspeitos; como ações para investigar o impacto emocional, a qualidade

de vida e as estratégias de enfrentamento e da rede de apoio necessárias às famílias das crianças incluídas. Um terceiro ponto de ação apontado pelos autores seria a capacitação de equipes multiprofissionais para avaliar e elaborar programas de intervenção ao longo do desenvolvimento das crianças, principalmente nos três primeiros anos de vida, considerando os impactos da epidemia também para as equipes de saúde.

Em balanço realizado ao final do ano de 2016, o Ministério da Saúde informava que do total de 24 Ações que constituíam os três Eixos do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia (PNEM) 25% foram concluídas, 63% estavam em andamento, 8% estavam atrasadas e 4% foram canceladas. Mas comparando as ações entre os eixos, identifica-se que o eixo Ações de Mobilização e combate ao vetor teve o maior percentual de ações concluídas, seguido pelo eixo Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa, enquanto que o eixo Cuidado teve o menor percentual de ações concluídas, com grande parte de ações em andamento ou canceladas (Ministério da Saúde, 2016).

Uma hipótese para a diferença na conclusão de ações entre os eixos do PNEM pode estar relacionada com alguns dos efeitos dos instrumentos de gestão adotados. A Sala Nacional de Coordenação e Controle, por exemplo, foi instituída por Decreto presidencial e conseguiu replicar sua institucionalização nas demais esferas de gestão do SUS. Se a mesma institucionalidade fosse dada ao eixo cuidado, criando mecanismos institucionais, legislativos e orçamentários novos para atuação integrada e intersetorial no SUS e do MS com as demais políticas sociais, as ações desenvolvidas para garantia do cuidado poderiam ter sido mais efetivas. Ou se a capacidade dos instrumentos de monitoramento da situação epidemiológica conseguisse ser replicada para o monitoramento das ações de atenção com a mesma rapidez, ou mesmo de forma mais integrada, teria sido possível a tomada de decisão para alterações nas ações e políticas das redes de saúde de forma mais oportuna e com maior impacto para garantia dos direitos humanos das mulheres e crianças afetadas pela epidemia.

No eixo Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa, destaca-se dentre as ações desenvolvidas a criação da Rede Nacional de Especialistas em Zika e doenças correlatas (Renezika), que oficializou um mecanismo de apoio da comunidade de especialistas e pesquisadores junto ao MS coordenado pela SCTIE, ainda que essa colaboração já estivesse sendo realizada de outras formas no âmbito do COES e do GEI-ESPII desde o início da epidemia (Brasil, 2017; Ministério da Saúde, 2016).

A Renezika também ficou como legado mesmo após o encerramento da ESPIN, já que foi formalizada por meio da Portaria GM/MS nº 1.046 de 2016, ainda vigente, com o objetivo de 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; contribuir na formulação e no aperfeiçoamento de protocolos e outros documentos técnicos do Ministério da Saúde relativos ao tema; fortalecer a capacidade de produção de análises epidemiológicas e desenvolvimento de projetos de pesquisa prioritários sobre o assunto para o SUS; buscar fontes potenciais de financiamento para pesquisas relacionadas ao tema, otimizando a seleção e execução de parcerias; promover a participação em eventos de pesquisa, desenvolvimento e inovação tecnológica; apoiar e organizar eventos com especialistas nessa área de atuação; e fomentar o desenvolvimento de estudos multicêntricos sobre o vírus zika e doenças correlatas (Ministério da Saúde, 2016; Garcia, 2018).

4.3 A Sala Nacional de Coordenação e Controle - SNCC

A publicação da Portaria nº 2.121, de 18 de dezembro de 2015, que “Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para reforçar as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção Básica”, redefinindo as atribuições da ESF, especificamente as dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foi realizada antes da instituição da Sana Nacional de Coordenação e Controle (SNCC), mas já configura o conjunto de ações que seriam desenvolvidas para fortalecimento de ações de vigilância em saúde e combate ao vetor, no eixo mobilização e combate ao mosquito do PNEM (Ministério da Saúde, 2016; Garcia, 2018).

A Implantação da Sala Nacional de Coordenação e Controle para o enfrentamento da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus foi feita com o Decreto de 8.612, de 21 de dezembro de 2015, com objetivo de gerenciar e monitorar a intensificação das ações de mobilização e combate ao mosquito *Aedes aegypti*, para o enfrentamento da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus. A Sala Nacional de Coordenação e Controle é composta por representantes, titulares e suplentes, do Ministério da Saúde, que a coordena; do Ministério da Integração Nacional; da Casa Civil da Presidência da República; do Ministério da Defesa; do Ministério da Educação; do Ministério do Desenvolvimento Social; da Secretaria de Governo

da Presidência da República (Brasil, 2015; Garcia, 2018). Também foram implantadas as Salas Estaduais (SECC) e Municipais (SMCC) de Coordenação e Controle da mobilização para o enfrentamento do mosquito nas 27 unidades Federativas (Ministério da Saúde, 2016)

Assim, o Decreto de instituição da SNCC incorporou não só o objetivo de enfrentamento da zika decorrente da ESPIN, mas das demais arboviroses com propagação pelo mesmo vetor – até porque o combate ao vetor implica em combater todas as doenças transmissíveis pelo mesmo. Mas isso demonstra que a declaração da ESPIN por alteração do padrão de ocorrência de microcefalia acabou teve como efeito inicialmente imprevisto (já que a etiologia da alteração era inicialmente desconhecida) trazer o combate ao *Aedes aegypti* para o centro das ações do governo federal e das esferas de gestão do SUS, com uma mobilização de recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros que de outra forma não seriam priorizados ou mobilizados para enfrentamento das situações epidemiológicas de doenças transmissíveis pelo mosquito fora do âmbito das políticas e ações já em andamento no SUS em relação à dengue e a introdução recente do vírus chikungunya e do zika vírus.

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

A Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016 instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Estratégia de Ação Rápida (EAR) para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia. A EAR teve como objetivo geral esclarecer, no mais curto prazo e na forma mais confortável para as crianças e suas famílias, o diagnóstico de todos os casos suspeitos, otimizando o uso da capacidade instalada disponível, e orientando a continuidade da Atenção à Saúde de todas as crianças com diagnóstico confirmado ou excluído para microcefalia. De caráter nacional, surgiu da necessidade de localizar as crianças portadoras de microcefalia e/ou alteração do SNC e organizar os serviços de atendimento a essas crianças na rede de saúde pública, e teve vigência inicialmente definida até 31 de maio de 2016, sendo o prazo prorrogado por mais 60 (sessenta) dias pela Portaria Interministerial nº 1.115, de 3 de junho de 2016, e seguida, por mais 90 (noventa) dias pela Portaria Interministerial nº 2.209 de 26 de outubro de 2016, a contar de 31 de julho de 2016, findando então no dia 31 de outubro de 2016, nove meses antes do encerramento oficial da ESPIN pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2016; Garcia, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (2016), a estratégia tinha como objetivos apoiar estados e municípios a realizar a busca-ativa das crianças suspeitas para identificação e localização; melhorar o acesso aos serviços de diagnósticos, com transporte e hospedagem quando necessário; estabelecer articulação entre a Saúde e a Assistência Social, para viabilizar esse atendimento e o acesso aos serviços socioassistenciais; melhorar a oferta de serviços especializados para confirmação diagnóstica, avaliações complementares e emissão de laudo médico circunstanciado (concessão do Benefício de Prestação Continuada – BPC); e organizar o acesso na rede SUS aos exames de imagem e avaliações Pediátrica, oftalmológica, auditiva e neurológica, além de implementar Centros Confirmadores de Microcefalia nos Hospitais Universitários Federais (HUF) da Rede EBSEH/MEC para confirmar ou descartar os casos suspeitos de Microcefalia em um único dia de atendimento.

Assim, apesar de partir de uma necessidade do governo federal de organizar a rede de atenção para identificação e cuidado adequado das mulheres e crianças afetadas pela epidemia, como instrumento de gestão os seus principais efeitos foram ampliar o número de Centros Confirmadores nos hospitais universitários – de 09 hospitais da rede EBSEH localizados nos estados de AL, BA, PB, PE, RN e SE em maio de 2016, para Centros em todas as regiões do País em dezembro do mesmo ano, e entre 15 de março a 31 de outubro de 2016, esclarecer 6.695 casos, sendo 2.327 (37,78%) confirmados microcefalia, 4.368 (70,93%) descartados e 2.990 (48,55%) que continuavam em investigação (Ministério da Saúde, 2016).

Entretanto, a rotina de monitoramento da EAR teve como efeito próprio o estabelecimento de um monitoramento que continuou a ser realizado mesmo após o término da vigência da portaria, como forma de acompanhar a organização das redes de saúde dos estados na oferta dos serviços recomendados pelos protocolos vigentes. Os boletins epidemiológicos integrados até a semana de encerramento da ESPIN demonstram relatam que ainda na vigência da ESPIN o MS iniciou o desenvolvimento de um processo de monitoramento integrado de vigilância e atenção à saúde dos casos de alterações no crescimento e desenvolvimento de infecções pelo vírus zika e outras etiologias infecciosas (Ministério da Saúde, 2017, 2017b).

A unificação dessas diferentes rotinas de coleta de informações “permitirá qualificar o acompanhamento das crianças notificadas por meio do registro de seu percurso no sistema de saúde, incluindo diagnóstico, atenção e cuidado, viabilizando a qualificação da tomada de decisão por parte dos gestores de saúde nos três níveis da Federação” (Ministério da Saúde, 2017b, p. 3), e que previa no médio prazo uma fusão das informações

oriundas do RESP-Microcefalia, do Sistema de Registro de Atendimento às Crianças com Microcefalia (Siram) e das planilhas de monitoramento da Estratégia de Ação Rápida (EAR), ainda pendente de realização.

4.5 Instrumentos de gestão do MS na ESPIN e impactos da Síndrome Congênita do Zika no Brasil

O Anexo B apresenta um quadro resumo da análise dos instrumentos de gestão do MS durante a emergência de saúde pública por alteração do padrão de microcefalia no Brasil desenvolvida neste trabalho. Percebe-se que o Ministério da Saúde conseguiu desenvolver muitas ações do Plano Nacional de Enfrentamento relacionadas à identificar a etiologia dos efeitos da microcefalia nas crianças e operacionalizar estratégias de prevenção ao vetor de transmissão do vírus e de continuidade de pesquisas e estratégias para produção de conhecimento científico sobre o vírus zika e a ESPIN, mas que no âmbito do efetivo cuidado e acompanhamento das crianças e famílias afetadas, a efetivação do acesso ao cuidado integral e oportuno das crianças e famílias em um SUS já com desigualdades regionais importantes na configuração das redes de atenção à saúde permanece um grande desafio para os serviços de saúde e para o Estado brasileiro (Ministério da Saúde, 2016; Brasil, 2017; HRW, 2017; Diniz, 2017).

Um aspecto importante que deve ser mencionado e que limitou a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras durante a ESPIN é a própria criminalização do aborto no Brasil. Diante de uma epidemia de microcefalia com causas inicialmente desconhecidas e, posteriormente, com a correlação dos efeitos da infecção pelo vírus zika na gestão, as ações do sistema de saúde envolviam a intensificação das ações de planejamento familiar e o acompanhamento oportuno das grávidas para início precoce do pré-natal, mas o Estado brasileiro foi incapaz de produzir alterações legislativas para interrupção segura da gravidez para as mulheres que não quisessem arcar com os riscos de manter uma gestação após a infecção pelo vírus zika, principalmente em um contexto em que as ações necessárias para garantia de direitos e pleno desenvolvimento das crianças e família afetadas não possuem plena efetivação, impondo dificuldades econômicas e sociais desproporcionais às mulheres majoritariamente pardas e nordestinas que já vivem em condições de precarização dos seus

direitos humanos (Diniz, 2016b, 2017; Nunes e Pimenta, 2016; Rego e Palácios, 2016; HRW, 2017).

Da perspectiva dos instrumentos de gestão, foi identificado que os instrumentos adotados no eixo de combate ao vetor foram institucionalizados através da estratégia da Sala Nacional de Coordenação e Controle ainda em dezembro de 2015 e que permanece ativa até hoje, assim como a *Renezika* continua como legado do eixo de Desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa; enquanto que a estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia para articular as ações da saúde e da proteção social foi institucionalizada em 15 de março de 2016, quatro meses após a declaração de ESPIN, vigorou de forma temporária com tempo maior advindo de duas prorrogações, e ainda sem um sistema que permitisse um monitoramento mais efetivo do Governo Federal das ações de atenção à saúde realizadas de competência das esferas estadual e municipal do SUS (Brasil, 2017 e 2017b; Ministério da Saúde, 2017;).

Observando os instrumentos de gestão implementados pelo Ministério da Saúde durante a ESPIN, percebe-se que as ações de assistência e vigilância no governo federal foram sendo integradas ao longo da resposta à emergência, alterando os instrumentais, boletins e protocolos específicos para vigilância e para a atenção por soluções articuladas; a exemplo da publicação das Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, que substituiu o Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central e o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia (Ministério da Saúde, 2017; Brasil, 2017b; Garcia, 2018).

Da ótica das ferramentas e técnicas, as Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, publicada em maio de 2017, ampliaram o foco da categoria da microcefalia decorrente de infecção por zika para uma categoria mais ampliada de Infecções Congênitas; trazendo uma revisão dos critérios de notificação, investigação e classificação dos casos, além de novos critérios e procedimentos para definição das ações de vigilância e de atenção às crianças suspeitas de síndrome congênita associada à infecção pelo vírus zika e outras etiologias, abordados em tópicos relacionados à circunferência craniana, sinais e sintomas, notificação tardia, Teste Rápido de Zika, 2º Ultrassonografia Obstétrica e transmissão sexual e sanguínea. Também tem orientações sobre o registro no RESP, SINASC, SIM, SINAN; sobre o acompanhamento dos casos considerando

o encaminhamento assistencial e o registro dos dados; a revisão das orientações relativas ao cuidado com integração dos fluxos e procedimentos de investigação e outras recomendações sobre sistemas de informação, educação, comunicação, aspectos éticos e intersectorialidade (Ministério da Saúde, 2017b; Brasil, 2017b).

Considerando que conforme Lascoumes e Le Galès (2012), a análise dos instrumentos de procura entender os possíveis efeitos dos instrumentos considerando os aspectos políticos e as relações de poder que eles organizam, pode-se levantar a hipótese de que parte das diferenças percebidas na efetividade das ações previstas pelos eixos do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia advém da própria separação que foi feita pelo PNEM e demais instrumentos de gestão utilizados para gestão da ESPIN em eixos que segmentaram ações de atenção e vigilância e conseqüentemente produziram instrumentos e efeitos distintos em cada área de ação; apesar das dificuldades pré-existentes decorrentes das competências estabelecidas pela Lei 8080/1990 para vigilância e atenção nas três esferas de gestão do SUS, com maior descentralização das competências e serviços de atenção à saúde.

Outro ponto a ser considerado é que para Nunes e Pimenta (2016) a significação do zika como uma emergência nova a partir da sua associação com a microcefalia obscurece o problema crônico e profundo das epidemias de arbovirose no país ou mesmo no mundo, em que aspectos macroestruturais, socioeconômicos e ambientais causadores de epidemias são historicamente ignorados em prol de intervenções meramente biomédicas ou tecnológicas. Existe um risco de que a atenção dada à Zika contribua para ignorar ou enfraquecer a gravidade desse problema social, econômico e político, ao focar a ação pública somente nos sintomas, em detrimento de atuar nas suas causas mais profundas, especialmente considerando que existem indícios de outras vias transmissão do zika para além do *Aedes* como vetor (Nunes e Pimenta). Ao mesmo tempo, a ESPIN de microcefalia e os instrumentos de gestão como a SNCC que permanece instituída mesmo após o encerramento oficial da emergência, pode ter contribuído para revitalizar ações de prevenção e combate às arboviroses no Brasil que de outra forma continuariam negligenciadas pelo poder público.

Os instrumentos de gestão adotados durante a ESPIN têm em comum o objeto da ação pública: as mulheres e crianças atingidas pela microcefalia decorrente da infecção por zika. Mas nenhum dos instrumentos adotados pelo MS durante a vigência da ESPIN permitiu que as mulheres e famílias afetadas pudessem influenciar efetivamente as ações federais de resposta ou compor com os atores institucionais na definição das ações emergenciais, já que a escuta das

mulheres estava descentralizada aos profissionais de saúde executores das políticas e ações ou moldada através de ferramentas e técnicas da vigilância epidemiológica ou da pesquisa biomédica para identificar a etiologia da epidemia e suas relações com o zika. De acordo com Diniz (2016b), a vigilância epidemiológica não é tecnicamente neutra, e mesmo as ferramentas e técnicas que descreveram a epidemia para a gestão federal como uma emergência epidemiológica a partir de casos notificados faz parte de uma biopolítica das doenças, que invisibiliza as mulheres adoecidas por trás das notificações e suas angústias e desamparos, além de ignorar a geografia e classe da epidemia no Brasil, que afetou principalmente mulheres pobres e nordestinas que já viviam em condições de vulnerabilidade.

A epidemia de microcefalia no Brasil, que levou a declaração de emergência de importância nacional pelo Brasil e de emergência de importância internacional pela OMS (Brasil, 2017), não teve efeitos apenas no campo da saúde para as crianças, mulheres e famílias afetadas, mas também efeitos econômicos e sociais advindos da epidemia, que exigem uma resposta coordenada e integrada do Estado para garantir os direitos humanos e sociais das pessoas afetadas durante e após a emergência de saúde pública, para minimizar os impactos decorrentes da epidemia para a população e, em especial, das crianças, mulheres e famílias que agora possuem necessidades específicas relacionadas à Síndrome Congênita do Zika (HRW, 2017; Diniz, 2017).

A gestão de emergências em saúde pública também precisa de instrumentos que permitam estabelecer outras relações de poder entre os atores estatais e as populações afetadas, de forma que as políticas de governança na saúde sejam aprimoradas para além da resposta emergencial às crises, com soluções mais duradouras e efetivas para as populações e com uma prevenção que considere os determinantes sociais das doenças e seus riscos de propagação. Para Nunes e Pimenta (2016), é necessário considerar os contextos sociais, políticos e ideológicos em que a Zika, doença conhecida desde 1947, é enquadrada e constituída enquanto problema de saúde, considerando que existe uma dimensão política na perspectiva de saúde global, com estruturas e relações políticas subjacentes às políticas de governança da saúde.

Na epidemia de microcefalia por infecção pelo vírus zika, a problemática dos direitos reprodutivos e aborto, a saúde materna, os determinantes sociais da doença, as questões de infraestrutura dos sistemas de saúde e de gestão das cidades que permitem que os mosquitos e a doença se espalhem e se reproduzam são aspectos negligenciados da epidemia em um contexto em que a agenda da saúde global é reativa na resposta às emergências de saúde pública ao invés

de ser proativa para solucionar os problemas geradores dessas crises (Nunes e Pimenta, 2016). O encerramento da ESPIN pelo Ministério da Saúde em julho de 2017, também alterou os aspectos políticos e as relações de poder organizados por este instrumento de gestão. Apesar de o Ministério da Saúde continuar utilizando instrumentos de gestão para desenvolvimento das ações necessárias à incorporação das orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito do SUS, perdeu-se a importância da agenda na esfera política antes que se efetivasse todas as ações necessárias à garantia dos direitos de saúde e proteção social às mulheres e crianças afetadas pela Síndrome Congênita do Zika no país.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este trabalho teve como objetivo analisar de que forma os instrumentos de gestão utilizados pelo Ministério da Saúde na resposta à emergência de saúde pública por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no país podem ser considerados pontos-chave para as ações de enfrentamento à epidemia de microcefalia associada ao zika no Brasil.

Segundo Lascoumes e Le Galès (2012), instrumento, técnica e ferramenta são distinguíveis como níveis de observação. Considerando o grande volume de protocolos, campanhas, boletins, informes, sistemas e estratégias desenvolvidas durante a vigência da ESPIN, os instrumentos de gestão do Ministério da Saúde foram descritos da perspectiva mais ampla dos instrumentos, sem avaliação pormenorizada das ferramentas e técnicas envolvidas em cada um deles, o que é um limitador da análise realizada. Assim como o período da análise documental, que abarcou a vigência da Declaração de ESPIN até seu encerramento em julho de 2017, período em que nem todos os balanços e informações necessárias estavam devidamente documentados e registrados.

Dito isso, foram identificados no âmbito deste trabalho como instrumentos de gestão do Ministério da Saúde durante a epidemia a portaria que declarou a ESPIN; a instituição do Centro de Operações em Emergências de Saúde Pública para a microcefalia; a convocação do GEI-ESP II e o Plano Nacional de Enfrentamento; a instituição da Sala Nacional de Combate ao Aedes; e a Portaria conjunta MS e MDS que estabeleceu a Estratégia de Ação Rápida.

Conclui-se que os instrumentos de gestão utilizados pelo Ministério da Saúde durante a vigência da ESPIN foram pontos-chave para resposta rápida do governo brasileiro na identificação do agente etiológico da epidemia e seus efeitos na saúde pública; com a definição de ações federais importantes para o combate ao vetor, diagnóstico e atendimento das famílias afetadas. Entretanto os instrumentos de gestão não foram capazes de produzir efeitos para realização de ações de garantia integral do acesso à saúde e com a intersetorialidade necessária à efetivação dos direitos humanos das crianças e famílias afetadas pela Síndrome Congênita do Zika durante a vigência da ESPIN, e que permanecem como desafios para o Estado brasileiro.

A análise dos instrumentos de gestão do Ministério da Saúde durante a ESPIN ainda carece de investigações e análises futuras, que podem eleger outros recortes temporais ou mesmo outras perspectivas de análise, tanto em relação ao nível de observação dos

instrumentos, quanto em escopo, podendo elencar apenas um dentre os instrumentos relacionados neste trabalho para análise.

Espera-se que a avaliação dos instrumentos de gestão realizada neste trabalho possa apontar para reflexões necessárias para melhoria das ferramentas de gestão em emergências de saúde pública, considerando a complexidade e urgência de conseguir instrumentalizar a ação pública de forma integral e intersetorial em todos os níveis de gestão do SUS, com instrumentos que permitam ações intersetoriais permanentes e efetivas na garantia dos direitos constitucionais das pessoas afetadas por emergências de saúde pública pelo Estado brasileiro. As gerações de mulheres e crianças afetadas pela Síndrome Congênita do Zika ainda esperam essa resposta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; PEDROTI, Paula e PÓ, Marcos Vinicius. A formação da burocracia brasileira: a trajetória e o significado das reformas administrativas. In: LOUREIRO, Maria Rita; ABRUCIO, Fernando Luiz e PACHECO, Regina Silvia (Org). Burocracia e Política no Brasil: desafios para a ordem democrática no século XXI. Rio de Janeiro: editora FGV, 2010. Pp 27-71.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Organização Mundial de Saúde. Regulamento Sanitário Internacional RSI 2005. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009 publicado no DOU de 10/07/09, pág.11. Brasília: Editora ANVISA, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: nov. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Decreto s.n de 6 de dezembro de 2010, institui o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 07 de dezembro de 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Dnn/Dnn12959.htm#art7 . Acesso em: junho de 2017.

BRASIL. Decreto nº 7.616 de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 18 de novembro de 2011, seção 1, p.14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano de operação do ponto focal nacional para o regulamento sanitário internacional / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2016 fev 18; Seção 1:23. 2016b.

BRASIL. Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Diário Oficial da União, Brasília (DF), seção I, página 3 do dia 11 de novembro de 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 30, de 7 de julho de 2005. Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação. Diário Oficial da União, Brasília (DF), seção I, página 61, 08 de julho de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.865, de 10 de agosto de 2006. Estabelece a Secretaria de Vigilância em Saúde como Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional (2005) junto à Organização Mundial da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), seção I, página 46 do dia 11 de agosto de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília (DF), seção I, página 51 do dia 12 de novembro de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.49p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.682, de 30 de junho de 2017. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil e desativa o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COES). Diário Oficial da União, Brasília (DF), seção I, página 79, do dia 06 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 136 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf. Acesso em: junho, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: Procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS. Brasília: MS, 2017b. Disponível em: <https://goo.gl/TY9dPF>, acesso em maio, 2018.

BUENO, F. T. C. Vigilância e resposta em saúde no plano regional: um estudo preliminar do caso da febre do Zika vírus. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2305–2314, jul. 2017.

BRUNONI, D. *et al.* Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3297–3302, out. 2016.

CARNEIRO, R.; MENICUCCI, T. M. G. Gestão pública no século XXI: as reformas pendentes. Texto para discussão n. 1686, IPEA, Brasília, dezembro de 2011.

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

COSTA, Frederico Lustosa da. *Reforma de Estado e Contexto Brasileiro*. Editora FGV, 2010. 254 p.

COSTIN, Claudia. *Administração Pública*. Elsevier: Rio de Janeiro, 2011. 280 p.

DAR, O. et al. Integrating Health Into Disaster Risk Reduction Strategies: Key Considerations for Success. *American Journal of Public Health*, v. 104, n. 10, p. 1811–1816, out. 2014.

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

DINIZ, D. Vírus Zika e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, 2016b.

DINIZ, Debora. *Zika em Alagoas: a urgência dos direitos*. Brasília: LetrasLivres, 2017. 84 p.

FANTINATO, Francieli F. S. T. *et al.* Descrição dos primeiros casos de febre pelo vírus Zika investigados em municípios da região Nordeste do Brasil, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, dez. 2016. v. 25, n. 4, p. 683–690.

FLICK, Uwe. *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre, Editora Artmed, 3 ed, 2009. 405p.

GARCIA, Leila Posenato. *Epidemia do Vírus Zika e Microcefalia No Brasil: Emergência, Evolução e Enfrentamento*. Texto para discussão 2368 / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília, fevereiro de 2018. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8282/1/td_2368.pdf. Acesso em: junho de 2018.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas, 6 ed., 2008. 200p

HRW. *Esquecidas e desprotegidas: o impacto do vírus Zika nas meninas e mulheres no nordeste do Brasil*. Human Rights Watch, 2017. 109p. Disponível em: <https://www.hrw.org/pt/report/2017/07/12/306265>. Acesso em: nov. de 2017

LASCOUMES, P.; LE GALÈS, P. Introduction: Understanding Public Policy through Its Instruments—From the Nature of Instruments to the Sociology of Public Policy Instrumentation. *Governance*, 1 jan. 2007. v. 20, n. 1, p. 1–21.

LASCOUMES, P.; LE GALÈS, P. A ação pública abordada pelos seus instrumentos. **Revista Pós ciências sociais**, v. 9, n. 18, 2012.

LE GALÈS, P. Policy Instruments and Governance. In M. Bevir *The SAGE handbook of governance*. London, 2011: SAGE Publications Ltd. doi: 10.4135/9781446200964.n10. pp. 142-159.

LIMA, Yara Oyam Ramos; COSTA, Ediná Alves. Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) no ordenamento jurídico-administrativo brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1773-1783, June, 2015. Disponível:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601773&lng=en&nrm=iso. Acessado em: nov. 2017.

LUCIO, Magda de Lima; DAROIT, Doriana; FREITAS, Urânia Flores da Cruz. Desenvolvimento, Ação Pública e Transversalidade dos Instrumentos de Gestão: um olhar sobre o Programa Bolsa Família. s.d. Disponível em: http://www.gigapp.org/images/docus/Artigo_Magda%20Lucio_Developolvimento.pdf . Acesso em novembro de 2017.

MLAKAR, J. et al. Zika Virus Associated with Microcephaly. research-article. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1600651>>. Acesso em: nov. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 47, 2015. Bol Epidemiol. 2015; 46(42):1-9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. Resumo Executivo - Ações Realizadas para o Enfrentamento da Emergência em Saúde Pública Relacionada à Microcefalia 2016. Atualização em 23 de dezembro de 2016. Disponível em: http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/527985/RESPOSTA_PEDIDO_Resumo%20Executivo.pdf. Acesso: junho 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, da Semana Epidemiológica 45/2015 até a Semana Epidemiológica 02/2017, 2017. Bol Epidemiol. 6 de 2017; 48(6):1-18.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 44 de 2017. Bol Epidemiol. 41 de 2017 (b); 48:1-10.

MIRANDA-FILHO, Demócrito de Barros et al. Initial Description of the Presumed Congenital Zika Syndrome. American Journal of Public Health, Washington, DC, v. 106, n. 4, p. 598-600, Apr. 2016.

NUNES, J.; PIMENTA, D. A Epidemia de Zika e os limites da saúde global. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, p. 21–46, 2016.

OLIVEIRA MELO, A. S. et al. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, v. 47, n. 1, p. 6–7, 1 jan. 2016.

OPAS. Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 4: vigilância em saúde pública/Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 52 p.

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

ROSE, D. A. et al. The Evolution of Public Health Emergency Management as a Field of Practice. *American Journal of Public Health*, v. 107, n. S2, p. S126–S133, set. 2017.

RUA, Maria das Graças. Desafios da administração pública brasileira: governança, autonomia, neutralidade. *Revista do Serviço Público* Ano 48 Número 3 Set-Dez 1997 - P. 133 -152.

SALAMON, Lester M. The New Governance and the Tools of Public Action: An Introduction, 28 *Fordham Urb. L.J.* 1611 (2000). Disponível em: <http://ir.lawnet.fordham.edu/ulj/vol28/iss5/4>.

SERRA, Albert. La gestión transversal. Expectativas y resultados. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. No. 32., Caracas, Jun. 2005. 17 p. Disponível em: <http://siare.clad.org/revistas/0049633.pdf>. Acesso em novembro de 2017.

SETA, M. H. D. et al. Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 10, p. 3225–3234, out. 2017.

SMITH, R. D. Responding to global infectious disease outbreaks: Lessons from SARS on the role of risk perception, communication and management. *Social Science & Medicine*, v. 63, n. 12, p. 3113–3123, 1 dez. 2006.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Coes Microcefalias - Centro de Operações de Emergências Em Saúde Pública Sobre Microcefalias. Informe Epidemiológico N° 01/2015 – Semana Epidemiológica 46 (15 a 21/11/2015), Monitoramento dos casos de microcefalias no Brasil. Novembro de 2015. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/24/COES-Microcefalias---Informe-Epidemiol--gico---SE-46---24nov2015.pdf>. Acesso em agosto de 2017.

TEIXEIRA, M. G. et al. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v.7, n.1, p.7-28, Mar. 1998.

UNISDR. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030. UNISDR, 2015. Disponível em: http://www.unisdr.org/files/43291_sendaiframefordrren.pdf. Acesso em outubro de 2017.

VARGAS, A. et al. Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, n. 4, p. 691–700, out. 2016.

WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2005. Revision of the International Health Regulations, WHA 58.3 (May 23, 2005) Disponível em: <<http://www.who.int>>.

ANEXOS

ANEXO A – Transcrição da consulta ao Serviço de Informação ao Cidadão do MS

Protocolo: 25820006046201766

Solicitante: Júlia de Albuquerque Pacheco

Data de Abertura: 03/11/2017 16:17

Orgão Superior: MS – Ministério da Saúde

Orgão Vinculado:

Prazo de Atendimento: 27/11/2017

Situação: Respondido

Forma de recebimento da resposta: Pelo sistema (com avisos por email)

Resumo da Solicitação: Informações sobre as ações desenvolvidas durante a ESPIN em decorrência do vírus zika e sua associação com a microcefalia e outras alterações neurológicas

Detalhamento da Solicitação: A ESPIN em decorrência do vírus zika e sua associação com a microcefalia e outras alterações neurológicas foi declarada pela Portaria nº 1.813 de 11 de novembro de 2015 e encerrada pela Portaria nº 1.682 de 30 de julho de 2017. Qual(is) a(s) forma(s) de gestão da ESPIN foram utilizadas pelo MS? Qual a composição do COES que foi instituído pelas referidas portarias durante o período de ativação? Quais as ações foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde através do COES e de que forma elas foram instituídas, registradas, publicadas e realizadas? Quais outros espaços, mecanismos, ferramentas, instrumentos e ações foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde durante a vigência da ESPIN, com ou sem articulação com o COES? Quais outras áreas do governo federal foram envolvidas através do COES ou de outros mecanismos, resultando em ações conjuntas e integradas?

Data da Resposta: 23/11/2017 18:02

Classificação do Tipo de Resposta: Resposta solicitada inserida no e-SIC

Resposta: PREZADO CIDADÃO,

1. INFORMAÇÕES SOBRE AS AÇÕES DESENVOLVIDAS DURANTE A ESPIN EM DECORRÊNCIA DO VÍRUS ZIKA E SUA ASSOCIAÇÃO COM A MICROCEFALIA E OUTRAS ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS.

R. Segue abaixo link referente a anexo NOTA INFORMATIVA N° 01/2015 – COES MICROCEFALIAS que trata das informações sobre as ações desenvolvidas durante a ESPIN.

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/18/microcefalia-nota-informativa-17nov2015-c.pdf>

2. A ESPIN EM DECORRÊNCIA DO VÍRUS ZIKA E SUA ASSOCIAÇÃO COM A MICROCEFALIA E OUTRAS ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS FOI DECLARADA PELA PORTARIA N° 1.813 DE 11 DE NOVEMBRO DE 2015 E ENCERRADA PELA PORTARIA N° 1.682 DE 30 DE JULHO DE 2017. QUAL(IS) A(S) FORMA(S) DE GESTÃO DA ESPIN FORAM UTILIZADAS PELO MS?

R. Para responder esta questão faz-se necessário entender o que é a ESPIN e contexto em que ela é declarada.

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é o marco legal aprovado pelos países na 58ª Assembleia Mundial da Saúde que estabelece os procedimentos para proteção contra a disseminação internacional de doenças. A revisão do RSI-2005 foi necessária devido à intensificação do trânsito internacional de passageiros, bens e mercadorias entre os diversos países e a consequente disseminação internacional de doenças, como febre amarela, cólera, peste e influenza aviária, entre outros. Essa revisão foi acelerada com a ocorrência da pandemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus (SRAG-CoV), iniciada na Ásia, em 2003.

O art. 4º do Regulamento Sanitário Internacional (2005) determina a designação de um órgão central como representante do Brasil na Organização Mundial da Saúde, para os propósitos de coordenar internamente as atividades de acompanhamento e implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) no País. Esta ação foi legitimada por meio da Portaria N° 1.865, de 10 de Agosto de 2006 que estabelece a Secretaria de Vigilância em Saúde como Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional (2005) junto à Organização Mundial da Saúde (OMS).

Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde iniciou a organização e a criação do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) com base nas experiências dos Centros de Operações de Emergências da OMS, Canadá e Estados Unidos da América.

O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) é o centro de apoio para o Ponto Focal Nacional do Brasil para o Regulamento Sanitário Internacional e realiza a captação de notificações, monitoramento, coleta de dados e análise epidemiológica de surtos e epidemias nacionais e internacionais. O CIEVS compõe a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, que conta com 57 centros ativos em todo o Brasil. Portanto, o CIEVS capta informações estratégicas relevantes à prática da vigilância em saúde de importância nacional e internacional.

Em caso de necessidade compete ao Ministro de Estado da Saúde declarar e retirar o estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN).

Assim a gestão do ESPIN é do Ministro da Saúde e a gestão do COES é do Secretário de Vigilância.

3. QUAL A COMPOSIÇÃO DO COES QUE FOI INSTITUÍDO PELAS REFERIDAS PORTARIAS DURANTE O PERÍODO DE ATIVAÇÃO?

R. O COES –Microcefalia foi composto por representantes dos seguintes Ministérios, Secretarias e Agência a saber:

Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)

Secretaria Executiva

Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Assessoria de Comunicação (ASCOM) do Ministério da Saúde

Assessoria Internacional de Saúde (AISA)

- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-Brasil)
- Especialistas convidados (Professores UnB/FS/DSC)
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

4. QUAIS AS AÇÕES FORAM DESENVOLVIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE ATRAVÉS DO COES E DE QUE FORMA ELAS FORAM INSTITUÍDAS, REGISTRADAS, PUBLICADAS E REALIZADAS?

R. O estado de ESPIN motivou a intensificação das ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti* nos estados e municípios, e adoção de medidas, pelo Governo Federal, sendo instituído o Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia (PNEM) – atualmente chamado de Plano Nacional de Enfrentamento ao *Aedes* e suas Consequências. O Plano teve por objetivo delinear e nortear a execução das ações de forma transversal e integrada entre múltiplos órgãos governamentais responsáveis pela sua execução. O PNEM foi constituído por três eixos específicos e outras ações, sendo o Eixo I - Ações de Mobilização e combate ao vetor, Eixo II - Cuidado, Eixo III Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa, e as outras Ações que englobam atividades específicas relacionadas ao aperfeiçoamento dos centros de comando, de comunicação e de Sistemas de Informação em saúde.

Para execução das ações foram elaborados Protocolo técnicos, Informes, boletins de Vigilância, Portarias, decretos e notas Informativas, alguns estão disponíveis no endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs. Também publicadas no diário oficial da união, veiculadas por diversas formas tipo impressa televisiva, escrita e falada.

5. QUAIS OUTROS ESPAÇOS, MECANISMOS, FERRAMENTAS, INSTRUMENTOS E AÇÕES FORAM DESENVOLVIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DURANTE A VIGÊNCIA DA ESPIN, COM OU SEM ARTICULAÇÃO COM O COES? R. Foi Implantada a Sala Nacional de Coordenação e Controle (SNCC) para o

enfrentamento da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus, a partir do Decreto de 8.612, de 21 de dezembro de 2015 e Portaria MS nº 62, de 12 de janeiro de 2016;

- Na sequência foram Implantadas as Salas Estaduais (SECC) e Municipais (SMCC) de Coordenação e Controle da mobilização para o enfrentamento do mosquito nas 27 unidades Federativas e salas Municipais de Controle do Aedes.

- Criação do Grupo Executivo Interministerial de Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESP II) convocado em 04/12/2015, conforme regulamenta o Decreto de 6 de dezembro de 2010, para apresenta o Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e suas consequências.

- Publicação da Portaria nº 2.121, de 18 de dezembro de 2015, que “Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para reforçar as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção Básica”, redefinindo as atribuições da ESF, especificamente as dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

S. QUAIS OUTRAS ÁREAS DO GOVERNO FEDERAL FORAM ENVOLVIDAS ATRAVÉS DO COES OU DE OUTROS MECANISMOS, RESULTANDO EM AÇÕES CONJUNTAS E INTEGRADAS?"

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
- Ministério do Meio Ambiente
- Ministério da Defesa
- Ministério da Educação e Cultura

Anexos

Não existem anexos.

Responsável pela resposta: Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.

ANEXO B – Quadro resumo da análise dos instrumentos de gestão do MS durante a emergência de saúde pública por alteração do padrão de microcefalia no Brasil

Instrumento de Gestão	Marco legal e/ou mecanismos de instrumentalização	Objetivo(s) declarado/identificado(s)	Resumo de resultado(s) e efeito(s) próprio(s) decorrentes do instrumento	Principais resultados e efeitos compartilhados dos instrumentos de gestão adotados
Declaração de ESPIN e COES Microcefalia	- Decreto nº 7.616/2011. - Portaria GM/MS nº 1.813/2015 – declaração da ESPIN e instituição do COES como mecanismo de gestão nacional coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional. - Portaria GM/MS nº 1.682/2017, encerra a ESPIN.	Promover resposta coordenada das ações de saúde de competência da vigilância e atenção à saúde, entre as três esferas de gestão do SUS. Estabelecer um plano de resposta ao evento; estratégia de acompanhamento e suporte às gestantes, crianças e puérperas afetadas e emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública.	Institucionalização do COES como mecanismo intersetorial no MS para a coordenação da emergência durante a ESPIN. - Resposta à epidemia como prioridade para as ações de saúde pública no cenário nacional e posteriormente no cenário internacional. - Espaço institucional de definição e encaminhamento dos outros instrumentos de gestão adotados pelo MS no decorrer da resposta à epidemia (Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, GEI-ESPII, PNEM, SNCC, EAR). - Articulação dos instrumentos de gestão que influenciaram os processos e resultados do governo federal durante a vigência da ESPIN.	Estruturação do COES, a instituição da ESPIN e a convocação do GEI-ESPII conseguiram deflagrar orientações técnicas, protocolos e um formulário eletrônico (RESP) específico para notificação de casos em um período inicial da epidemia, com apoio de especialistas e instituições de pesquisa que indicavam uma associação entre o zika vírus e a microcefalia ainda não descrita pela ciência. - RESP e procedimentos preliminares para vigilância dos casos de microcefalia no Brasil estabelecidos por meio de nota informativa. - Formalização por meio da Portaria GM/MS nº 1.046 de 2016 da Renezika - oficializou um mecanismo de apoio da comunidade de especialistas e pesquisadores junto ao MS coordenado pela SCTIE, ainda que essa colaboração já estivesse sendo realizada de outras formas no COES e GEI-ESPII desde o início da epidemia - Diferença na conclusão de ações entre os eixos do PNEM resultantes também da diferença de institucionalização dos mecanismos de gestão em cada eixo (SNCC e Renezika permanentes, EAR temporária). - Processo de monitoramento integrado de vigilância e atenção à saúde dos casos de alterações no crescimento e desenvolvimento de infecções pelo vírus zika e outras etiologias infecciosas. - Publicação das Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, que substituiu o Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central e o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia
Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia (PNEM)	Apresentado ao GEI-ESPII e disponibilizado eletronicamente - PNEM	Agir emergencialmente para conter novos casos de microcefalia, oferecer suporte às gestantes e aos bebês e intensificar as ações de combate ao mosquito.	Ações federais definidas, realizadas e monitoradas nos três eixos: Mobilização e combate ao mosquito; Atendimento às pessoas e Desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa e suas Consequências.	
GEI-ESPII	Decreto s/n 06 de dezembro de 2010	- Acompanhar e propor medidas de emergência em saúde pública de importância nacional e internacional preconizadas no RSI 2005.	- Articulação setorial para o Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia.	
Sala Nacional de Combate e Controle	Decreto nº 8.612/2015	- Gerenciar e monitorar a intensificação das ações de mobilização e combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i> , para o enfrentamento da Dengue, do Vírus Chikungunya e do Zika Vírus.	- Fortalecimento de ações de vigilância em saúde e combate ao vetor, no eixo mobilização e combate ao mosquito do PNEM. - Trazer o combate ao <i>Aedes aegypti</i> para o centro das ações do governo federal e das esferas de gestão do SUS, com uma mobilização de recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros que de outra forma não seriam priorizados ou mobilizados para enfrentamento das arboviroses transmitidas pelo mosquito fora do âmbito das políticas e ações já em andamento no SUS em relação à dengue e a introdução recente do vírus chikungunya e do zika vírus	
Estratégia de Ação Rápida	Portaria Interministerial nº 405 de 2016; Portaria Interministerial nº 1.115 de 2016 e Portaria Interministerial nº 2.209 de 2016.	Objetivo geral de esclarecer o diagnóstico de todos os casos suspeitos, otimizando o uso da capacidade instalada disponível, e orientando a continuidade da Atenção à Saúde de todas as crianças com diagnóstico confirmado ou excluído para microcefalia	- Ampliar o número de Centros Confirmadores nos hospitais universitários para todos os estados da federação. Esclarecer 6.695 casos entre 15 de março a 31 de outubro de 2016, sendo 2.327 (37,78%) confirmados microcefalia, 4.368 (70,93%) descartados e 2.990 (48,55%) que continuavam em investigação. Estabelecer monitoramento que continuou a ser realizado mesmo após o término da vigência da portaria, como forma de acompanhar a organização das redes de saúde dos estados na oferta dos serviços recomendados pelos protocolos vigentes.	