

Emergência em Saúde Pública: Avaliação do ciclo político da resposta à microcefalia associada ao Zika vírus em Pernambuco, Brasil

Lucilene Rafael Aguiar ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-4286-0378>

Maria Rejane Ferreira da Silva ⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-7607-0502>

Paulo Germano de Frias ²

 <https://orcid.org/0000-0003-4497-8898>

Demócrito de Barros Miranda Filho ⁵

 <https://orcid.org/0000-0003-2537-1476>

Louisiana Regadas de Macedo Quinino ³

 <https://orcid.org/0000-0002-7123-8089>

^{1,4} Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Universidade de Pernambuco. Rua Arnóbio Marques, 310. Santo Amaro. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.100-130. E-mail: lucilene.rafael@upe.br

² Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil.

³ Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, PE, Brasil.

⁵ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

Resumo

Objetivos: avaliar o ciclo político da resposta à emergência em saúde pública por microcefalia em Pernambuco.

Métodos: pesquisa avaliativa abordando as políticas de saúde, utilizando o Modelo Teórico de Análise do Ciclo de Políticas nas fases: montagem da agenda, formulação da política e tomada de decisão, usadas como categorias teóricas. Entrevistou-se 13 informantes-chaves e os achados foram triangulados a partir da análise de documentos. As categorias teóricas estudadas foram: montagem da agenda - problema inusitado, insuficiência da estrutura e gestão da crise; formulação da política - elaboração de diretrizes, gestão de pesquisa e comunicação de risco; tomada de decisão - gestão de investimentos, definições de competência institucionais e investimento na vigilância e assistência.

Resultados: o evento da microcefalia entrou na pauta governamental a partir de agenda montada com problemas bem definidos. A formulação da política, baseou-se em parâmetros técnico-científicos e incorporou questões críticas como a elaboração de normativas, estruturação dos serviços, pesquisa e mídia. A tomada de decisão foi favorecida pela experiência da equipe, pressão social e midiática que propiciou cenário de investimento, especialmente para a estrutura dos serviços e realização de pesquisas.

Conclusões: a resposta à emergência relacionada à microcefalia em Pernambuco ocorreu em um ciclo político logicamente encadeado, imbricado e negociado em todas as suas fases.

Palavras-chave Avaliação em saúde, Formulação de políticas, Capacidade de resposta ante emergências, Microcefalia, Saúde pública



Introdução

Emergências em saúde pública (ESP) constituem desafios para todos os países, em particular os que não dispõem de sistemas de saúde universal, capilarizados e com capacidade de respostas oportunas. Em reconhecimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) que instituiu mecanismo político, jurídico e governamental para o enfrentamento de problemas coletivos relacionados à propagação de doenças e situações que potencialmente requeiram coordenação global.^{1,2}

Com base nos critérios adotados no RSI, a OMS declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em seis situações: Pandemia de Influenza A (H1N1 em 2009); Poliomielite Selvagem e o Ebola (2014); expansão de casos de infecção pelo Zika vírus (ZIKV) em 2016; Ebola (2018), e a COVID-19 em 2020.³

No Brasil, a epidemia do ZIKV iniciou em 2014, mas só em outubro de 2015, se detectou alteração no número de nascidos com microcefalia em Pernambuco, que se tornou o epicentro desse evento. Diante da gravidade da situação, e da hipótese de associação da microcefalia com o ZIKV, em novembro/2015, o Ministério da Saúde (MS) declarou ESP de Interesse Nacional. Diante da propagação para outros territórios, o aumento dos distúrbios neurológicos e das alterações congênitas, a OMS anunciou em fevereiro/2016 a ESPII.^{4,5}

Até janeiro de 2017, o Brasil acumulou 2.366 casos confirmados de microcefalia sugestivo de associação com o ZIKV, detendo 89,8% dos casos do mundo.⁶ Em Pernambuco, a prevalência dos casos foi 23,9 por 10 mil nascidos vivos entre o final dos anos de 2015 e 2016, superior a maioria dos estados do país.⁷ Nesse intervalo, os avanços no conhecimento associando casos de microcefalia a uma síndrome congênita vinculada ao ZIKV ocorreu rapidamente.⁷ Entretanto, se explorou pouco como a formulação da resposta a ESPII relacionada a microcefalia influenciou as práticas organizacionais e a prestação de serviços de saúde, de forma a compreender melhor as dinâmicas institucionais.

Avaliações *ex-post* diante de situações inusitadas que requereram respostas rápidas podem contribuir para construção e fortalecimento das políticas públicas de saúde. Em decorrência, a análise da resposta institucional à situação no estado epicentro do evento e protagonista de estratégias públicas para o seu enfrentamento contribuirá com a organização diante de futuras ESPII. O objetivo desse estudo foi avaliar o ciclo político da resposta à emergência em saúde pública por microcefalia em Pernambuco.

Métodos

Pesquisa avaliativa com abordagem focada nas políticas de saúde em resposta à ESP relacionada à microcefalia e sua influência na organização e prestação de serviços entre outubro/2015 e julho/2017 em Pernambuco. O estado tem 98.146 km² de extensão, população estimada de 9.345.173 habitantes (2015), 80,0% residente em área urbana distribuída em 184 municípios e no Distrito de Fernando de Noronha. O sistema público de saúde abrange 85,0% da população e dispõe de rede assistencial de 8.125 estabelecimentos, sendo 51,5% públicos.⁸

A análise utilizou três das cinco fases do modelo teórico do Ciclo de Análise de Políticas Públicas proposto por Howlett e Ramesh,⁹ que engloba: 1) Montagem da Agenda (MA), definida como a identificação de problemas nos quais o governo deve concentrar sua atenção; 2) Formulação da Política (FP), que envolve a busca de soluções para o enfrentamento da situação, definindo princípios e diretrizes; e 3) Tomada de decisão (TD), que corresponde às coalizões construídas a partir de negociações, incluindo normativas, recursos e tempo da intervenção.¹⁰

Realizaram-se entrevistas em profundidade e consultas a documentos para triangular os dados. Utilizou-se um roteiro previamente elaborado com base no marco teórico e com as seguintes seções: a emergência da microcefalia, resposta a emergência, produção de informação, pesquisa e comunicação. A amostra foi definida de forma acumulativa e sequencial durante o trabalho de campo, realizado entre agosto-novembro/2017, até que se alcançasse a saturação de respostas.¹¹ A seleção foi por representatividade do discurso e relevância em relação ao objeto de estudo. Os critérios de inclusão foram: ter integrado grupos do processo decisório das políticas públicas ou de pesquisa durante a ESP; ter participado diretamente na resposta à ESP em Pernambuco durante todo o período; ser servidor ou gestor público da área de gestão, assistência e vigilância e pesquisador nacional há pelo menos dez anos. Todas as entrevistas foram realizadas por apenas uma pesquisadora, em locais (Secretaria de Saúde, Unidades de Saúde, Universidades ou residências) e horários escolhidos pelos entrevistados. A amostra foi composta por quatro profissionais de gestão (G1-G4), quatro de assistência (A1-A4), três de vigilância (V1-V3) e dois pesquisadores (P1 e P2), todos identificados com os códigos.

Analisaram-se 279 documentos oficiais do governo de Pernambuco, quatro do MS e dois da Fiocruz. Todos foram captados nos portais da SES Cievs/PE, diário oficial de Pernambuco, Ministério da Saúde e Fiocruz. Detalhes sobre os principais documentos analisados estão contidos na Tabela Suplementar 1.

A análise de conteúdo, na modalidade temática, foi realizada a partir da adaptação das etapas propostas por Bardin¹²: 1) Pré-análise - gravação e transcrição da entrevista e leitura dos dados; 2) Exploração do material - 2.1) Categorização teórica pré-definida a partir das três fases do ciclo político (MA, FP, TD); 2.2) Definição de Temas - identificação de palavras-chave representativa das fases do ciclo político nas entrevistas (Tabela 1), incorporação do seu núcleo de compreensão no texto, agrupamento por semelhança do tema; 3) Tratamento dos resultados – frequência da aparição do tema segundo fase, selecionado os três mais frequentes, recortado trechos das entrevistas e triangulado com documentos para averiguação dos fatos relatados. A inferência e interpretação das opiniões semelhantes e divergentes foi realizada a luz de informações sobre o ciclo político, contexto de inserção e evolução temporal da emergência da microcefalia. A Figura 1 apresenta uma síntese do modelo metodológico utilizado.

Os temas identificados (Tabela 1) foram submetidos a dois julgadores independentes e separadamente, vinculados à área acadêmica e ao serviço, para verificar a fidedignidade, visando assegurar o rigor na análise. Os dados foram sistematizados em um pacote desenvolvido para auxiliar no tratamento de dados não numéricos e não estruturados em análises qualitativas, o programa NUD*IST (*Non – Numerical Unstructured Data Indexing, Searching and Theorising*), v4.0, 1997.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Complexo do Hospital Universitário Oswaldo Cruz e do Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco - HUOC/Procpe em 2017, CAAE 64419417.1.0000.5192.

Resultados e Discussão

Emergiram entre os principais achados do estudo que a microcefalia entrou na pauta governamental a partir de uma MA com problemas bem definidos. A FP teve como base parâmetros técnico-científicos que incorporaram questões críticas como a elaboração de normas, estruturação dos serviços, pesquisa e mídia. A TD foi favorecida pela experiência da equipe, pressão social e da mídia que estimularam os investimentos, especialmente os para a estrutura dos serviços e a realização de pesquisas.

Os entrevistados tinham idade entre 35 e 69 anos. A maioria era do sexo feminino (69,2%), médicos (61,5%), formados entre dez e 48 anos, servidor da SES (76,9%), com experiência em ESP (76,9%) e cargo na gestão (53,8%) (Tabela 2).

Identificaram-se 185 palavras-chave alusivas ao ciclo político, sendo a mais mencionada a MA com 41,1% dos termos. Enquanto por área de atuação dos entrevistados foram na assistência, MA (53,3%) e TD (31,7%); na

gestão, TD (36,7%) e FP (34,7%); na vigilância, MA (38,6%) e FP (31,8%) e na pesquisa, MA (40,6%) e FP (37,5%) (Tabela 3). Os entrevistados destacaram, por fases do ciclo, na MA, o *problema inusitado*, a *deficiência estrutural* e a *gestão da crise*; na FP a *elaboração de diretrizes*, a *gestão de pesquisa*, e a *comunicação de risco* e na TD *gestão de investimentos*, *definições de competência institucionais* e *investimento na vigilância e assistência* (Tabela 4). O detalhamento de cada fase do ciclo político e sua interrelação estão apresentados a seguir quanto aos aspectos mais relevantes.

Montagem da Agenda

Na MA os entrevistados relataram dificuldades na organização da política de enfrentamento do que consideraram como evento inusitado. A MA ao envolver atores sociais com olhares e interesses distintos, geraram dificuldades na formulação da política. Nesse estudo, identificaram-se três situações conflitivas: a definição do problema como relevante e se o aumento de casos de microcefalia exigia atenção governamental; as hipóteses sobre as causas desse aumento e o conhecimento do problema, através dos meios de comunicação. Esta situação gerou preocupações, incertezas e temores na comunidade científica, serviços de saúde e sociedade.

As incertezas foram descritas por alguns entrevistados pela mudança nas características do padrão de nascimento, sem parâmetros que atribuíssem consistência às hipóteses. Outros enfatizaram limites para definição de estratégias pela falta de pesquisas e monitoramento dos nascidos com malformações congênitas no país, enquanto nas Américas, as malformações já eram a segunda causa de morte neonatal.¹³ Associada a isso, após a formulação de várias hipóteses, os estudos tendiam a aceitar àquela que associava os casos de microcefalia com o ZIKV no Brasil, dada a coerência espaço-temporal entre os eventos.^{14,15}

Segundo Göttems,¹⁶ uma agenda de governo não segue um curso intencional, e tem como características o “reconhecimento de um problema pela sociedade; existência de ideias e alternativas para conceituá-los e contexto político, administrativo e legislativo favorável ao desenvolvimento da ação”. O contexto político influencia a entrada de problemas na agenda decisória.^{16–18} A resposta governamental para a constatação do aumento dos casos de microcefalia como problema relevante, configurou-se a partir da interpretação e experiência dos atores envolvidos, pressão da mídia, comoção social e observância a acordos internacionais,^{10,19} em meio às crises econômica mundial e na política nacional marcada por um processo de *impeachment* presidencial.⁷

No contexto do trabalho em saúde brasileiro, estudo mostra a relevância da carreira profissional na saúde

Tabela 1

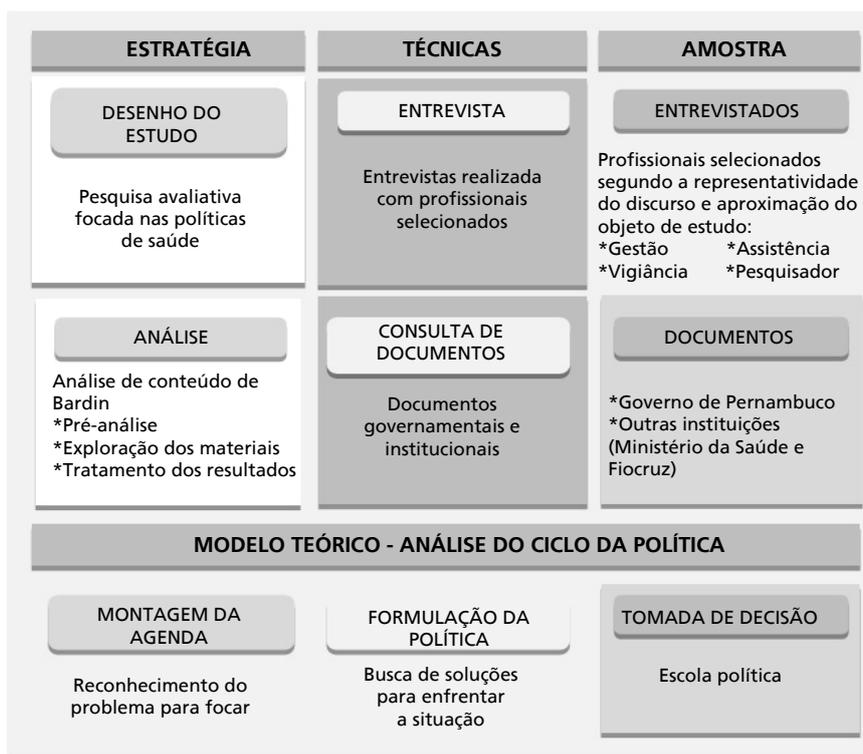
Fases do ciclo político segundo palavras-chaves utilizadas na pesquisa. Pernambuco, 2017.

Fase do Ciclo Político	Palavras-Chave
Montagem da agenda	Fragilidade, insuficiência, problema, limitação, mudança, crise, impossibilidade
Formulação da política	Elaboração, estratégia, alternativa, solução, resposta
Tomada de decisão	Meta, objetivo, recurso, investimento, estruturação, delimitação

Fonte: Howlett e Ramesh.⁹

Figura 1

Modelo metodológico da pesquisa. Pernambuco, 2017.



para formação de equipes consistentes e experientes.²⁰ Ademais, vivências locais anteriores no enfrentamento de outras ESP,⁵ propiciaram a qualificação técnica dos profissionais, facilitando a definição do problema e a formulação de alternativas. Autores julgam que a presença de expertises diante de um problema, facilita a entrada do tema na agenda decisória, compondo o fluxo de soluções.^{16,17}

Os entrevistados ressaltaram a deficiência estrutural dos serviços de saúde para responder a rotina, que se agravou com a ESP. O sub financiamento público resulta em descompasso entre as necessidades de saúde da população e a oferta de serviços, sendo esse um dos motivos de insatisfação dos usuários do SUS. Pesquisa sobre a percepção das mães de crianças com microcefalia relacionada à infecção congênita, atribui ao sub financiamento, a fragmentação do sistema e a falta de políticas públicas efetivas, como motivos da insatisfação das mães com a assistência aos seus filhos.²¹

Em todos os discursos, destacou-se a existência de crise de gestão na condução das ações. As dificuldades ocorreram nas áreas da vigilância e assistência, na condução das pesquisas, na definição de normativas, gestão de recursos e comunicação de risco. Ocorreram divergências entre o que era preconizado pelas autoridades da saúde nos níveis estadual e nacional, constatada também em seus protocolos.

Além disso, os grupos de pesquisas e da mídia foram essenciais ao tensionarem uma resposta governamental. A participação acadêmica na produção de pesquisas antecedeu as declarações de ESP pelo Brasil e OMS,⁵ integrou pesquisadores na gestão da crise e promoveu a corrida científica em busca de respostas as incertezas da situação. A integração de pesquisadores e formuladores de política é reconhecida como crucial, ainda que a governabilidade sobre a resposta às demandas sociais não lhes caiba. O conhecimento científico produzido pode indicar alternativas políticas,^{17,22} visto que, sua contribuição para o fluxo de soluções¹⁶ ajusta critérios técnico-científico válidos.

Tabela 2

Perfil dos entrevistados. Pernambuco, 2017.		
Variável	N	%
Sexo		
Masculino	4	30,8
Feminino	9	69,2
Profissão		
Médico	8	61,5
Enfermeiro	3	23,1
Dentista	1	7,7
Veterinário	1	7,7
Função		
Secretário executivo	1	7,7
Diretor	2	15,4
Gerente	4	30,7
Médico assistencial	2	15,4
Analista em Saúde	2	15,4
Pesquisador	2	15,4
Local de atuação		
Municipal	1	7,7
Estadual	10	76,9
Federal	2	15,4
Experiência em ESP		
Sim	10	76,9
Não	3	23,1

ESP= Emergência em Saúde Pública.

Tabela 3

Área do entrevistado	Fases do Ciclo Político						Total	
	Montagem da Agenda		Formulação da Política		Tomada de Decisão		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Assistência	32	53,3	9	15,0	19	31,7	60	100,0
Gestão	14	28,6	17	34,7	18	36,7	49	100,0
Vigilância	17	38,6	14	31,8	13	29,5	44	100,0
Pesquisa	13	40,6	12	37,5	7	21,9	32	100,0
Total	76	41,1	52	28,1	57	30,8	185	100,0

Os entrevistados evidenciaram que um grupo internacional buscou liderar as pesquisas, em detrimento das diretrizes estabelecidas localmente, entretanto a ação governamental reafirmou a liderança local. Países de baixa renda tendem a ser condescendentes com questões éticas e relacionadas à pesquisa, daí, muitos grupos se apoiarem nas carências da produção científica e nos contextos sociais destes países.²³

A atenção dos veículos de comunicação ao problema colaborou para a celeridade da MA. Há evidências que

as divulgações dos problemas sociais são instrumentos de pressão para órgãos governamentais, sendo a mídia constituinte do fluxo de soluções.²⁴ Apesar da sua importância, a excessiva demanda de informação pelos meios de comunicação, veiculação de rumores nas redes sociais e por requerer capacidade de articulação, a mídia também foi vista como um problema. O interesse social com a epidemia de microcefalia foi revelado pela presença desse tema em 41,0% das capas de nove jornais impressos no Brasil.²⁴

Tabela 4

Resposta dos entrevistados segundo fase do ciclo político. Pernambuco, 2017.

Categorias	Temas	Fragmentos das Entrevistas
Montagem da agenda	Problema inusitado	<p>A2: O padrão de nascimento precisava ser detectado de forma fidedigna.</p> <p>G1: Não havia pesquisas e parâmetros técnicos para nortear as ações.</p> <p>A3: A inexistência de diagnóstico laboratorial específico, nos levou a avaliação clínica de exclusão e estabelecemos critérios</p>
	Deficiência da estrutura	<p>V1: O problema era a limitação dos profissionais para atender a rotina e a emergência.</p> <p>V2: O contexto exigia ações imediatas e sobrecarregou os serviços.</p> <p>G3: O nosso primeiro protocolo serviu de base para o nacional. O Ministério teve algumas condutas diferentes, principalmente em relação ao exame de imagem diagnóstico, já que em Pernambuco optamos pela tomografia e eles pela ultrassonografia, no sentido de garantir maior acesso ao exame.</p>
	Gestão de crise	<p>G3: Havia necessidade de pesquisa, mas o grande número de pesquisadores e instituições trouxeram conflitos quanto a anuência, acesso aos serviços e questões éticas.</p> <p>V1: Perdemos a oportunidade de trabalhar com o melhor serviço de investigação do mundo, por essa governança que foi estipulada.</p>
Formulação da Política	Elaboração de Diretrizes	<p>G2: Precisávamos garantir o recurso financeiro e estabelecer as normativas rapidamente.</p> <p>V2: O Estado apoiou os municípios nos serviços sanitários e assistenciais.</p> <p>V2: As definições de caso foram inicialmente bem sensíveis, posteriormente os parâmetros ficaram mais específicos.</p> <p>A1: O protocolo nacional demorou a sair, pois precisava envolver a realidade da estrutura do SUS do país inteiro.</p> <p>G4: Tudo ocorria em intervalo de poucos dias. No início, tivemos que publicar muitos documentos técnicos[...] A grande demanda por assistência e a pulverização de casos no Estado, levou a priorizar soluções para a descentralização e regulação dos serviços na rede de saúde.</p> <p>A3: O hall de serviços necessários era inexplorado, pois não se sabia a real dimensão dos danos nas crianças.</p>
	Gestão da pesquisa	<p>P2: A demanda advinda das pesquisas era grande, por isso foram convidados pesquisadores para participar dos debates e da gestão desse componente.</p> <p>P2: A mídia local, nacional e internacional e os rumores requeriam muito da comunicação.</p>
	Comunicação de risco	<p>V1: Era necessário estabelecer diálogo com a sociedade, por isso foram estabelecidos fluxo de comunicação, coletivas e espaço institucional para disseminação de informação [...] Se a gente não desse atenção a imprensa, um vácuo de informação iria ser criado e fortaleceria rumores falsos junto à população.</p> <p>P1: Os debates eram quase que inevitáveis...governos a pedirem às mulheres para suspenderem ou adiarem o projeto de ter filhos...As pessoas tinham medo e preocupação. Recebíamos telefonemas de pessoas que tinham investido em reprodução assistida e que não sabia se havia risco de o material estar contaminado.</p>
Tomada de Decisão	Gestão de investimento	<p>V1: A resposta técnica era elaborada para os profissionais e serviços de saúde.</p> <p>V3: O acesso era livre para qualquer pessoa na plataforma Cievs/PE e era o tema com maior número de visualizações.</p> <p>G4: Houve investimento na estruturação da rede de serviços.</p> <p>V2: O decreto estadual oficializou o alerta para população e desburocratizava a alocação de recursos e o provimento de pesquisas.</p>
	Competência Científica	<p>P1: Neste momento, a Secretaria de Saúde teve que tomar conta das atividades de seus serviços. Fomos agregados como parceiro que entendia a dinâmica das pesquisas.</p> <p>G1: A descentralização da assistência foi bem mais demorada quando comparada a vigilância... No início, ficou centralizado, na capital, depois, foi descentralizado para as Macrorregionais e Regiões de Saúde.</p>
	Ações da assistência e da vigilância	<p>G1: Tivemos que contratar serviços e as negociações foram distintas e difíceis. Alguns locais ficaram sem tomografia, pois o prestador privado não aceitava o valor da tabela SUS. Com isso, os usuários precisavam se deslocar para unidades de saúde mais distantes.</p>

Formulação da Política

A transição entre as fases MA e FP gerou ações ainda sem o conhecimento completo do problema e exigiu a construção de alternativas à medida que surgiram novas necessidades. Nesta fase, os formuladores de política, com base nas alternativas, decidem sobre as ações, a partir do embate de ideias que envolvem conflitos, negociações e conhecimento limitado quanto à sua efetividade.^{18,25} A diversificação institucional dos formuladores e sua interação com os implementadores são apontadas como assertivas que viabilizam o sucesso de uma política.^{10,17}

Para a FP, definiu-se um comando único que conduzisse as ações, liderado pelo ente estatal. O espaço de debate foi o Comitê de Operações de Emergência em Saúde Pública (COES),²⁶ onde foram acordadas as prioridades *elaboração de diretrizes, a gestão das pesquisas e comunicação de risco*. Nesse espaço se estabeleceu as estratégias para o diálogo com a sociedade e a gestão da comunicação de risco, ressaltada como imprescindível por alguns entrevistados, em virtude da recorrência de rumores em torno da epidemia.

Em meio aos conflitos, inerentes a implementação de políticas públicas,²² em particular os interfederativos, interesse em priorização de grupos de pesquisa, pressão por respostas a sociedade e às incertezas quanto a evolução,^{5,7,15,21} instituiu-se diretrizes emergenciais, a partir do COES. As mais requeridas foram o aporte financeiro e institucional; as edições de normas para orientar as vigilâncias e assistências municipais; o apoio para realizar pesquisas e, estratégias de comunicação de risco. A vontade política, coordenação e planejamento são reconhecidos como pilares essenciais para fortalecer a capacidade de resposta às ESP.¹⁹

Uma das preocupações dos entrevistados foi com a elaboração de normativas que integrassem as ações de vigilância e assistência, além da regulação da rede de saúde. Por se tratar de um problema inusitado, não existia experiência nacional ou internacional que balizassem as ações. Iniciou-se com a tipificação das notificações, para se definir caso e, esforços para integrar os serviços. Conforme os entrevistados, o elevado número de casos gerou aumento da procura pelos serviços, rápidas mudanças assistenciais e muitas edições de documentos. Autores concordam com os entrevistados ao mostrar a necessidade de coordenação e planejamento integrado e suas implicações na MA e FP para minimizar fragilidades institucionais diante de certas situações, em particular s ESP.^{17,19}

Esta pesquisa mostrou que a intensidade de resposta da vigilância e da assistência foram distintas em diferentes momentos. No Brasil, apesar da gestão pública das ESP dispor de legislação partilhada interfederativamente, sua operacionalização por autoridades sanitárias apresenta

distintas capacidades de ação.²⁷ Estudo sobre o RSI corroboram com os nossos achados. Estados e municípios apresentam maior capacidade para detectar, avaliar e notificar do que investigar, intervir e se comunicar. Além disso, têm déficits em atividades organizacionais, na contratação e treinamento de pessoal.²⁷ Municípios de pequeno porte têm maior dificuldade em garantir respostas, exigindo para implementar medidas, o apoio dos entes estadual e federal.

A comunicação de risco suscitou a necessidade de alternativas políticas e atuou em dois eixos: um direcionado à população e outro aos profissionais de saúde. Investiu-se no crescimento logístico da comunicação e promoção da transparência nas ações adotadas. Um entrevistado destacou o papel da imprensa para manter a população engajada, minimizando o ruído dos mitos e rumores. Lidar com a comunicação foi tão essencial quanto instituir diretrizes assistenciais. Embora a disseminação de rumores e de informação errôneas integrem a história da saúde mundial, a comunicação em tempo real e a disseminação via internet, amplificou as mudanças no comportamento social.²⁸ Estudo recente mostrou o crescente interesse popular por temas relacionados à saúde na internet e em redes sociais e ressaltou o seu valor na redução de disseminação de informações erradas.²⁹ A difusão de conteúdos desafia as autoridades na adoção de medidas para combater notícias falsas, teorias da conspiração, curas mágicas e situações que aumentam o medo, limitam os cuidados efetivos e ameaçam à vida humana.

Os entrevistados relataram experiências com dilemas individuais e familiares relacionados a gestações em curso e ao projeto de procriação interrompido na ESP. Muitas pessoas procuravam a SES, por medo e apreensão, para saber sobre os riscos envolvidos na reprodução e na gestação. Igualmente, estudos prévios apontaram os dilemas das mães de crianças com microcefalia ou refletiram sobre sofrimentos, medos, riscos e estigmatizações relacionados a ESP e a divulgação de notícias.^{21,24}

Tomada de Decisão

A TD teve como principal foco as ações assistenciais e de vigilância pela transcendência do problema. Em toda FP públicas, particularmente em ESP, a TD caminha paralelo as demais etapas do ciclo da política. Em um período curto ocorre a MA, a FP, as decisões são tomadas e as ações implementadas, com retroalimentações dinâmicas. O curso de ação adotado, segundo os entrevistados, apontou para a necessidade de *gerir investimentos*, constituir aporte financeiro para o funcionamento adequado das *ações assistenciais e de vigilância*, e *distinguir as competências assistenciais das científicas*.

A TD foi caracterizada pelo Ato do Executivo estadual que usou a lei para acelerar a administração pública, na conjuntura de calamidade, garantir o financiamento e a utilização dos recursos. Os atos ordinários, como portarias e notas técnicas, cumpriram a função mais célere de regular as notificações compulsórias, formação de comitês, fluxo de informação, coleta laboratorial entre outros.^{5,7,26} As alternativas para a FP são medidas administrativas que legitimam e formalizam as escolhas,²⁵ estando sujeita à interpretação dos implementadores, e não somente ao avanço acrítico¹⁰ A atuação de quem decide é citada por autores como limitado por regras institucionais e que requer a mobilização de outras instâncias para alcançar os objetivos propostos.^{10,22}

O alinhamento entre o planejamento e as ações executadas foi favorecido pelo trabalho multidisciplinar no COES, criando um ambiente promissor à implantação das medidas e a viabilização financeira. Estudo sinaliza que, conhecimento e evidências científicas; ideias e interesses; e capacidade e recursos²² propiciam um ambiente para a TD. A efetivação da gestão da pesquisa, com contrapartida local e investimentos nacional e internacional, foi uma das primeiras ações.⁷ Promessas sem financiamento representa intenções não cumpridas.^{18,22}

Na TD foi essencial a definição de espaços físico e virtual e, meios oficial e extraoficial de comunicação pública, para estabelecer fluxo com a imprensa e gestão de rumores.²⁸ Contudo, a não existência de plano de comunicação revelou lacunas culturais que dificulta a integração desse tema com o trabalho normativo das respostas as ESP.

Nessa ESP, a vigilância liderou o planejamento, construção de estratégias, estruturação e integração dos serviços, o que pode ter relação com a formação em capacidades básicas de vigilância e a experiência anterior.²⁷ A intensidade da resposta da assistência ocorreu após a vigilância, talvez pela natureza estrutural requerida.

Com a expansão do número de casos de microcefalia no interior, priorizou-se os investimentos na descentralização da rede assistencial e de vigilância. Um dos entrevistados destacou o descompasso entre a descentralização da vigilância e da assistência. Apesar dos investimentos, apontou-se dificuldade em garantir serviços especializados em locais distantes da capital, discrepância entre a oferta e demanda para serviços na rede pública, e obstáculos para contratualizar serviços privados baseado em valores pagos pelo SUS. Em consequência, os entrevistados apontaram as viagens das crianças a outros municípios, em consonância com o relatado por pesquisa em Sergipe.²¹ Para a implementação

de políticas complexas, como a ESP da microcefalia, é requerida dos *stakeholders* ações dialógicas para ampliar as chances de atingir os objetivos da resposta.²²

As pandemias têm exposto o subfinanciamento do sistema de saúde no mundo. Enquanto países desenvolvidos com cobertura universal dos serviços gastam em média 8% do Produto Interno Bruto (PIB) em saúde, no Brasil correspondem a 3,9%.³⁰ Na ESP se evidenciou escassa disponibilidade de leitos hospitalares, instalações de terapia intensiva, diagnósticas e de reabilitação enquanto, a contratação do setor privado, nem sempre foi possível diante dos obstáculos colocados pelo setor.

Entre as limitações do modelo do ciclo político adotado neste estudo destaca-se a não ocorrência de um mecanismo operativo sequencial perfeito e a não identificação dos momentos de reformulação, mas apesar disto, suas fases dinâmicas, sucessivas e interligadas agregaram valor na compreensão do contexto organizacional da ESP da microcefalia. Para minimizar esse limite além das entrevistas se consultou documentos institucionais como forma de validar o que foi relatado.

A semelhança de outras políticas, a ESP da microcefalia para integrar a agenda governamental seguiu um curso conflitivo, no qual se fez necessário a formulação de alternativas e TD circunscritas. Para a MA ressalta a identificação de problemas bem definidos. Na FP buscou-se parâmetros técnico-científico e foram incorporadas no planejamento questões críticas como elaboração de normativas, estruturação dos serviços, pesquisa e mídia. A experiência das equipes, junto com a pressão social e midiática favoreceu a rápida TD e propiciou investimentos, especialmente para a estrutura dos serviços e realização de pesquisa. O modelo vigente no sistema de saúde estadual foi reorganizado e redimensionado para responder ao evento em questão.

A diversidade de fatores intervenientes na ESP da microcefalia contribuiu para a compreensão da evolução dos espectros administrativo, técnico, científico, estrutural, normativo, financeiro e comunicação de risco. O modelo do ciclo político mostrou-se pertinente para identificação dos problemas, alternativas, soluções e a tomada de decisão, além de ser didático para o entendimento do encadeamento das fases que puderam ser analisadas em separado e articuladas.

Contribuição dos autores

Aguiar LR, Frias PG, Quinino LRM, Silva MRF e Miranda Filho DB: concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Referências

1. Hamblion E, Saad NJ, Greene-Cramer B, Awofisayo-Okuyelu A, Selenic Minet D, Smirnova A, *et al.* (2023) Global public health intelligence: World Health Organization operational practices. *PLOS Glob Public Health*. 3(9): e0002359.
2. [Editorial]. The future of the International Health Regulations. *Lancet Glob Health*. 2022; 10 (7): e927.
3. Jee Y. WHO International Health Regulations Emergency Committee for the COVID-19 outbreak. *Epidemiol Health*. 2020; 42: 1–4.
4. Oliveira WK, França GVA, Carmo EH, Duncan BB, Kuchenbecker RS, Schmidt MI. Infection-related microcephaly after the 2015 and 2016 Zika virus outbreaks in Brazil: a surveillance-based analysis. *Lancet*. 2017; 390: 861–70.
5. Lima SS, Sivini MAVC, Oliveira RC, Azevedo BAS, Dias CC, Lopes ASA, *et al.* Estratégia de atuação do Cievs/Pernambuco na resposta à emergência da Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika: uma ação integrativa. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2018; 18 (2): 443–8.
6. World Health Organization (WHO). Situation report: zika virus, microcephaly, guillain-barré syndrome: 20 January 2017. [acesso em 2019 Jun 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250633/zikasitrep27Oct16-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Albuquerque MFPM, Souza WV, Araújo TVB, Braga MC, Miranda-Filho DB, Ximenes RAA, *et al.* Epidemia de microcefalia e vírus Zika: a construção do conhecimento em epidemiologia. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34 (P): 1–14.
8. Pernambuco. Secretaria de Saúde de Pernambuco. Plano Estadual de Saúde 2016-2019 [acesso em 2021 Jul 1]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/documentos/planos-estaduais-de-saude>
9. Howlett M, Ramesh M. *Studying Public Policy: policy cycles and policy subsystems*. Canadá: Oxford University Press; 1995. p. 239.
10. Baptista TWF, Rezende M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: Mattos RA, Baptista TWF, editors. *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p.221–72.
11. Luciani M, Campbell K, Tschirhart H, Ausili D, Jack SM. How to Design a Qualitative Health Research Study. Part 1: Design and Purposeful Sampling Considerations Come Disegnare uno Studio di Ricerca Sanitaria Qualitativa. *Prof Inferm*. 2019; 72 (2): 152–61.
12. Câmara RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Rev Interinst Psicol*. 2013; 6 (2): 179–91.
13. Szwarcwald CL, Leal MC, Almeida WS, Barreto ML, Frias PG, Theme-Filha MM, *et al.* Child Health in Latin America. In: *Oxford Research Encyclopedia, Global Public Health*. USA: Oxford University; 2019. p.1–49.
14. Souza WV, Araújo TVB, Albuquerque MFPM, Braga MC, Ximenes RAA, Miranda-Filho DB, *et al.* Microcephaly in Pernambuco State, Brazil: epidemiological characteristics and evaluation of the diagnostic accuracy of cutoff points for reporting suspected cases. *Cad Saúde Pública*. 2016; 32 (4): 1–8.
15. Teixeira MG, Costa MCN, Oliveira WK, Nunes ML, Rodrigues LC. The epidemic of Zika virus-related microcephaly in Brazil: Detection, control, etiology, and future scenarios. *Am J Public Health*. 2016; 106 (4): 601–5.
16. Göttems LBD, Pires MRGM, Calmon PCDP, Alves ED. O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. *Saúde Soc*. 2013; 22 (2): 511–20.
17. Henrique AC. Montagem da Agenda e Formulação da Política Pública: Austeridade Fiscal no Brasil. *Rev Direito Setorial Regul*. 2018; 4 (1): 111–30.
18. Fadlallah R, El-Jardali F, Nomier M, Hemadi N, Arif K, Langlois EV, *et al.* Using narratives to impact health policy-making: A systematic review. *Heal Res Policy Syst*. 2019; 17 (1): 1–22.
19. Ugarte C, Alcalá PA, Mauvernay J. Political Will, Coordination and Planning: Key Components for Strengthening National Response to Public Health Emergencies and Disasters in Latin America and the Caribbean Countries [Editorial]. *Am J Public Health*. 2018; 108 (S3): 209–11.
20. Viana DL, Martins CL, Frazão P. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. *Trab Educ Saúde*. 2018; 16 (1): 57–78.
21. Santos DBC, Silva EF, Lima SO, Reis FP, Oliveira CCC. Rede de Atenção à Saúde: Percepção materna quanto à qualidade de atendimento de crianças com microcefalia. *Esc Anna Nery*. 2019; 23 (4): 1–10.
22. Campos PA, Reich MR. Political Analysis for Health Policy Implementation. *Heal Syst Reform*. 2019; 5 (3): 1–12.
23. Millum J, Beecroft B, Hardcastle TC, Hirshon JM, Hyder AA, Newberry JA, *et al.* Emergency care research ethics in low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 2019; 4: 1–8.

24. Aguiar R. A mídia em meio às ‘emergências’ do vírus Zika: questões para o campo da comunicação e saúde. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2016; 10 (1): 1–15.
25. Dalfior ET, Lima RCD, Contarato PC, Andrade MAC. Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional. *Saúde Debate*. 2016; 40 (111): 128–39.
26. Pernambuco. Secretaria de Saúde de Pernambuco. Nota técnica SEVS/DGCDA nº 44/2015-Atualização sobre o aumento da ocorrência de microcefalia em nascidos vivos em Pernambuco [acesso em 2019 Ago 1]. Disponível em: https://12ad4c92-89c7-4218-9e11-ee136fa4b92.filesusr.com/ugd/3293a8_e10e1aec30d7450abeefddc251b0016c.pdf
27. Teixeira MG, Costa MCN, Souza LPF, Nascimento EMR, Barreto ML, Barbosa N, *et al.* Evaluation of Brazil’s public health surveillance system within the context of the International Health Regulations (2005). *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 32 (1): 49–55.
28. Wang Y, McKee M, Torbica A, Stuckler D. Systematic Literature Review on the Spread of Health-related Misinformation on Social Media. *Soc Sci Med*. 2019; 240: 112552.
29. Rovetta A, Bhagavathula AS. COVID-19-related web search behaviors and infodemic attitudes in Italy: Infodemiological study. *J Med Internet Res*. 2020; 22 (5): 1–10.
30. Figueiredo JO, Prado NMBL, Medina MG, Paim JS. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde Debate*. 2018 Oct; 42 (spe 2): 37–47.

Recebido em 8 de Abril de 2024

Versão final apresentada em 6 de Setembro de 2024

Aprovado em 9 de Setembro de 2024

Editora Associada: Ana Albuquerque

Tabela Suplementar 1

Documentos consultados sobre a Emergência da Microcefalia. Pernambuco, 2015-2017.			
Documentos			Assunto
Tipo	Identificação	Período	
Decreto	GOV/PE nº 42.438	19/11/15	Declara da Emergência em Saúde Pública (ESP).
	GOV/PE nº 43.058	18/05/16	Prorroga o Decreto nº 42.438.
	SES/PE nº 390	14/09/16	Lista Estadual de Notificação Compulsória.
Portaria	SES/PE nº074	02/03/16	Incentivo financeiro às unidades de saúde que atendem RN com microcefalia.
	MS nº 1.813	11/11/15	Declaração da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPII)
	MS nº 1.682	30/07/17	Fim da ESPIN.
Resolução	CIB/PE nº 2866	25/04/16	Destina recursos para a ESP de microcefalia
	CIB/PE nº 2872	10/05/16	Inclui municípios na Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência.
	CIB/PE nº 2917	19/02/16	Doação de dez veículos para controle das arboviroses.
Protocolo	SES-Clinico e Epidemiológico	10/11/15	Critérios de vigilância epidemiológica e fluxo/orientação assistencial para gestantes e recém-nascido (RN) com microcefalia - V. 1
	SES-Clinico e Epidemiológico	02/12/15	Critérios de vigilância epidemiológica e fluxo/orientação assistencial para gestantes e RN com microcefalia - V. 2.
	MS-Atenção à Saúde e resposta à microcefalia	09/12/15	Atenção à Saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika - V.1.1.
Plano	MS-Atenção à Saúde e resposta à microcefalia	15/12/15	Atenção à Saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika - V. 1.2.
	SES-Enfrentamento das Doenças do <i>Aedes aegypti</i>	2015/2016	Estratégia para o enfrentamento das doenças transmitidas pelo <i>Aedes aegypti</i> .
	SES/SEVS nº 38/15	14/09/15	Circulação do vírus Chikungunya e orientação aos serviços de saúde.
Nota Técnica	SES/SEVS/DGCDA nº 43	27/10/15	Possível alteração do padrão de ocorrência de microcefalia.
	SES/SEVS/DGCDA nº 44	30/12/15	Atualização do aumento da ocorrência de microcefalia.
	SES/SEVS/DGIAEVE nº 34	17/11/15	Digitação imediata da DNV com Anomalia Congênita no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
	SES/SEVS nº 16	02/12/15	Notificação e descrição da Microcefalia na Declarações de Nascidos Vivos (DNV).
	SES/SEVS/DGCDA nº 47	03/12/15	Acompanhamento de bebês notificados com microcefalia.
	SES/SEVS nº59	09/12/15	Orientações para assistência à saúde sobre circulação do vírus Zika.
	SEVS/DGIAEVE nº 01	15/01/16	Notificação e coleta de amostras clínicas de gestantes.
	SES/SEVS/DGCDA nº 03	17/03/16	Atualizam as definições operacionais para notificação e investigação epidemiológica.
	SES/SEVS/DGCDA nº 27	29/07/16	Lançamento do RESP para notificação dos casos de Microcefalia e/ou alteração do Sistema Nervoso Central (SNC).
	SES-Microcefalia e outras alterações do SNC	2015-2017	Situação epidemiológica da microcefalia e outras alterações do SNC (N=180).
Informes Técnicos	SES-Gestante com exantema	2015-2017	Situação epidemiológica de gestante com exantema (N=71).
	SES Balanço de Gestão	2015-2018	Ao todo foram investidos mais de R\$ 38 milhões nas ações de enfrentamento às doenças transmitidas pelo <i>Aedes</i> .
Projeto de Lei Ordinária	PLO nº 616/2015	20/11/15	Institui a semana de conscientização da microcefalia.
	Ano XCII, nº 204	13/11/15	Parlamentar cobra ações dos poderes públicos.
	Ano XCII, nº 206	17/11/15	Combate a surto de microcefalia.
	Ano XCII, nº 212	25/11/15	Parlamentares reforçam alerta contra surto no Estado.
Diário oficial Pernambuco	Ano XCII, nº 221	25/11/15	Governo discute enfrentamento à microcefalia.
	Ano XCII, nº 222	26/11/15	Governo pede audiência com a presidente Dilma.
	Atos administrativos nº1583	12/05/16	Nomeação de servidores para o Núcleo de Apoio as Famílias das Crianças com microcefalia.
	Atos administrativos nº1597	12/05/16	Nomeação de servidores para o Núcleo de Apoio as Famílias das Crianças com microcefalia.
Notícias	Fiocruz	2016	Portal do MERG - Grupo de pesquisa da epidemia de microcefalia – Apresentação.
	Fiocruz	01/02/17	Celina Turchi: a detetive do Zika em meio às iniquidades da microcefalia.

CIB=Comissão Intergestora Bipartite; DGCDA=Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos; DGIAEVE= Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica; GOV=Governo; PE=Pernambuco; MS=Ministério da Saúde; RESP= Registro de Eventos em Saúde Pública; SES=Secretaria Estadual de Saúde; PLO= Projeto de Lei Ordinário; SEVS=Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.