

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FRANCISCA LAURA FERREIRA DE SOUSA

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A EPIDEMIA DO *ZIKA VÍRUS*:
AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO CUIDADO MATERNO E INFANTIL NO ESTADO
DO MARANHÃO**

São Luís
Janeiro – 2018

FRANCISCA LAURA FERREIRA DE SOUSA

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A EPIDEMIA DO *ZIKA VÍRUS*:
AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO CUIDADO MATERNO E INFANTIL NO ESTADO
DO MARANHÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza

São Luís
Janeiro – 2018

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A EPIDEMIA DO *ZIKA VÍRUS*: AVALIAÇÃO
DA GESTÃO DO CUIDADO MATERNO E INFANTIL NO ESTADO DO
MARANHÃO**

Francisca Laura Ferreira de Sousa

Banca examinadora em 24 de janeiro de 2018, com banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza
Orientador
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco
Examinador Externo
Universidade Ceuma

Prof. Dr^a. Liberata Campos Coimbra
Examinador Interno
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr^a. Zeni Carvalho Lamy
Examinador Suplete
Universidade Federal do Maranhão

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Ferreira de Sousa, Francisca Laura.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS:
AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO CUIDADO MATERNO E INFANTIL NO
ESTADO DO MARANHÃO / Francisca Laura Ferreira de Sousa. -
2018.

128 f.

Orientador(a): Tadeu de Paula Souza.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão,
Departamento de Saúde Pública - UFMA, 2018.

1. Gestão em saúde. 2. Infecção pelo Vírus Zika. 3.
Rede de Atenção à Saúde. I. de Paula Souza, Tadeu. II.
Titulo.

À Deus, por seu amor e pelas graças alcançadas, à meu orientador, à minha família, em especial aos meus pais e irmãs e à meu noivo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por este presente maravilhoso que é o dom da vida, por seu amor sem fim, por seu cuidado, pela proteção, iluminação, saúde, pelas oportunidades que me proporciona, especialmente por minha conclusão de mestrado, por atender aos meus pedidos sempre quando me encontrei em dificuldade e por fim por todas as coisas boas e más que me aconteceram. Cada uma delas, ao seu modo, me fizeram chegar onde eu cheguei, e me fizeram ser quem eu sou.

*O Senhor é a minha força e o meu escudo;
nele o meu coração confia, e dele recebo ajuda.
Meu coração exulta de alegria,
e com o meu cântico lhe darei graças.
Salmos 28:7*

À Universidade Federal do Maranhão e ao seu Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva por permitir minha formação acadêmica.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação, em especial ao Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza, pela inestimável orientação, apoio, paciência, boa vontade, desejo de atender da melhor maneira possível a alguma solicitação; empenho, interesse, atenção e por tudo o que me ensinou, serei eternamente grata. À sua esposa Prof^ª. Dr^a. Laura Lamas Martins Gonçalves por sempre estar disposta a colaborar, proporcionando condições para o desenvolvimento deste trabalho e às Prof^ª. Dr^a. Zeni Lamy e Dr^a. Liberata Coimbra por suas ricas contribuições na banca de qualificação.

À Jesus, Leila e a Sônia, secretárias do PPGSC, sempre organizadas e cooperativas.

Às amigas de turma, por serem companheiras das horas difíceis, por compartilharmos juntas a esperança de poder alcançar a graça de sermos mestres e doutoras.

À CAPES pelo apoio financeiro.

À todas as pessoas entrevistadas pela imprescindível colaboração durante toda a etapa de coleta de dados.

À Banca Examinadora: Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco e Prof. Dr^a. Liberata Campos Coimbra por se aceitarem o convite e pelas pertinentes sugestões.

À minha família, a maior de todas as gratidões.

Ao meu amado pai, Raimundo Luna de Sousa, por demonstrar na sua trajetória de vida que podemos vencer quando há perseverança e amor pelo que se faz, pelo sacrifício diário para me manter estudando na capital e pelo seu caráter irrepreensível e honestidade.

À minha amada mãe, Aldenora Ferreira de Sousa, por toda uma vida de amor incondicional e pela força constante e incansável na busca de meus objetivos e felicidade, sempre com palavras doces de incentivo ditas em meio a um belo sorriso e a um olhar cheio de esperança e fé.

Às minhas preciosas irmãs, Rhaylla Sousa, Rhaynara Sousa e Rhaysa Sousa, que dedicam um amor tão grande por mim que nem sei como agradecer, só posso dizer que amo e admiro cada uma, em suas particularidades e capacidades me inspiram a ser uma pessoa melhor à cada dia e com seus exemplos ensinaram a lutar pelos meus objetivos. Grande parte do que sou é devido a vocês.

À toda a minha grande família, pelos momentos compartilhados que são essenciais para que me sinta amada e disposta a enfrentar os desafios, obrigada por torcerem sempre por mim.

Ao querido noivo, Joilson Alves Silva, por ser um exemplo de pessoa justa, ética e perseverante nos estudos e por todo o apoio e amor dedicados a mim. Obrigada pela forte ligação que temos e por não precisar nem ler meus pensamentos, pois conhece muito bem a minha essência.

Aos meus amigos Epifania, Dorian, Kelma, Danyelle, Thalyanne, Rodrigo, Larissa, Luís Henrique, Marcos e Ana Carolina pelo carinho, amizade e companheirismo. Em especial à Janete Alencar, que acreditou em mim e me motivou, apoiou e inspirou a prestar o seletivo para o mestrado, que hoje eu tenho a grata satisfação de estar concluindo.

Aos meus colegas de turma pelos momentos compartilhados durante os últimos dois anos.

A todos que eu não mencionei e que contribuíram para a realização desse trabalho, a minha mais profunda gratidão.

“A maior necessidade do mundo é a de homens - homens que não se compram nem se vendam; homens que no íntimo da alma sejam verdadeiros e honestos; homens que não temam chamar o erro pelo seu nome; homens, cuja consciência seja tão fiel ao dever como a bússola o é ao polo; homens que permaneçam firmes pelo que é reto, ainda que aconteça tudo errado.”

Ellen G. White

SOUSA, Francisca Laura Ferreira de. **Redes de Atenção à Saúde e a Epidemia do *Zika Vírus*: Avaliação da Gestão do Cuidado Materno e Infantil no Estado do Maranhão, 2017**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 128 p.

RESUMO

Com o surgimento do *Zika Vírus* (ZIKV) no Brasil, em 2015, houve uma mudança inesperada no padrão de registros de microcefalia em recém-nascidos, chamando atenção da sociedade civil e das autoridades em saúde para a gravidade do problema. Após o aumento na prevalência, o Ministério da Saúde passa a considerar válida a associação entre a infecção pelo *Zika Vírus* durante a gravidez e a significativa quantidade de crianças que nasceram com microcefalia. Esse artigo tem o objetivo de analisar as narrativas de gestores da Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão sobre as ações desenvolvidas para o controle da epidemia do *Zika Vírus* e articulação do cuidado aos agravos materno e infantil resultante desta epidemia. A metodologia da avaliação participativa de caráter qualitativo possibilitou a inclusão de diferentes atores e áreas da SES-MA gerando uma heterogeneidade de perspectivas. Foi utilizado a técnica de entrevista semi-estruturada com 9 gestores estaduais das seguintes áreas: secretaria adjunta, saúde da mulher, saúde da criança, saúde da pessoa com deficiência, atenção básica e vigilância em saúde. Os resultados apontam para a fragilidade da atenção básica que interfere na qualidade do pré-natal significando um problema grave para o acolhimento e referenciamento de gestantes infectadas ou suspeitas de infecção pelo *Zika Vírus*. Nas maternidades comparece nas narrativas as regiões de saúde, em todo o Estado existem apenas quatro maternidades referência para atender essa população específica. Até a epidemia do *Zika Vírus* a saúde da pessoa com deficiência foi uma agenda preterida no Maranhão, as narrativas apontam para uma forte centralização de reabilitação na capital do Estado e outras regiões completamente desistidas de profissionais e equipamentos, ou com serviços de baixa qualidade, sobrecarrega o serviço de referência.

Palavras-chave: Rede de Atenção à Saúde; Gestão em saúde; Infecção pelo Vírus Zica.

SOUSA, Francisca Laura Ferreira de. **Health Care Networks and the Zika Virus Epidemic: Evaluation of Maternal and Child Care Management in the State of Maranhão, 2017**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 128 p.

ABSTRACT

With the emergence of zika virus (ZIKV) in Brazil in 2015, there has been an unexpected change in the pattern of microcephaly records in newborns, drawing attention from civil society and health authorities to the seriousness of the problem. After the increase in prevalence, the Ministry of Health considers the association between infection with the zika virus during pregnancy and the significant number of children born with microcephaly to be valid. The growing number of cases and the lack of understanding has created great concern among health authorities, the public and the scientific community. Faced with this epidemic, it is necessary to carry out research that evaluates the organization of actions for the prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of mothers and babies, as a priority, through the Unified Health System (SUS) based on the Health Care Networks (SAN) proposal, which has as main objective the promotion of a systematic integration of health actions and services. In this research we will analyze the narratives of managers of the State Department of Health of Maranhão on actions to control the epidemic and articulation of maternal and child care in the face of the diseases. The methodology of the research is within the framework of the participative evaluation of qualitative approach. The results point to the fragility of primary health care that interferes with the quality of prenatal care, meaning a serious problem for the reception and referral of pregnant women suspected or infected with zika virus. In the maternities appear in the narratives health regions, throughout the state there are only four maternity reference to meet this specific population. Until the Zika Virus epidemic the health of people with disabilities was a deprecated agenda in Maranhão, the narratives point to a strong centralization of rehabilitation in the state capital and other regions completely desist of professionals and equipment, or with services of poor quality, overburden the referral service.

Keywords: Health Care Networks; Management; Zika Epidemic

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Quantidade por área e função/cargo das pessoas entrevistadas	66
Quadro 2 -	Dinâmica bola de neve aplicada na pesquisa, a partir das indicações dos informantes-chaves	68

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Casos prováveis de febre pelo *Zika Vírus*, por semana epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2016 e 2017 22
.....
- Figura 2 - Distribuição do total de notificações de casos suspeitos com alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionadas à infecção pelo *Zika Vírus*, segundo classificação final e atenção à saúde, da Semana Epidemiológica 45/2015 até a Semana Epidemiológica 20/2017, por região, Unidade da Federação, Brasil, 2015-2017 25
- Figura 3 - A estrutura operacional das redes de atenção à saúde 33
.....
- Figura 4 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde 35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Ae	Aedes
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	United States Centers for Disease Control and Prevention
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
DEET	n,n-Dietil-meta-toluamida
DNPM	Desenvolvimento Neuropsicomotor
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EACS	Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
MA	Maranhão
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PC	Perímetro Cefálico
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RN	Recém-Nascido
RNA	Ácido Ribonucleico
SE	Semana Epidemiológica
SES-MA	Secretaria Estadual de Saúde – Maranhão
SEVS	Secretaria-Executiva de Vigilância em Saúde
SEVS/SES-PE	Secretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Sinan-NET	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNC	Sistema Nervoso Central

SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
STORCH	Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Unificado de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
US-TF	Ultrassonografia Transfontanela
WHO	World Health Organization
ZIKV	Zika Vírus

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
.....	
OBJETIVOS	17
.....	
Objetivo	Geral 17
.....	
Objetivos	Específicos 17
.....	
CAPÍTULO 1: EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS E OS DESAFIOS DA GESTÃO EM REDE	18
1.1) Epidemia do Zika Vírus	18
1.2) Redes de Atenção à Saúde: conceito, fundamentos e componentes	27
.....	
1.2.1) Conceito e fundamentos	27
.....	
1.2.2) Os componentes da RAS	32
.....	
1.2.3) Modelo de Atenção	34
.....	
1.3) Governança e Relação Interfederativa	38
.....	
1.4) Rede Interfederativas e Regionalização	43
.....	
1.5) Zika Vírus e as Redes Temáticas	48
.....	
1.5.1) Rede Cegonha	49
.....	
1.5.2) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	55
.....	

CAPÍTULO 2: METODOLOGIA – AVALIAÇÃO EM SAÚDE	61
2.1) Marco teórico-metodológico	61
2.2.1) Avaliação em saúde	61
2.2.1) Técnica de coleta: entrevista	67
.....	
2.2) Tipo de estudo	72
2.3) Período e Campo do Estudo	73
.....	
2.4) Participantes e Amostra	73
2.5) Critérios de não inclusão	75
2.6) Técnica de Coleta	76
2.7) Análise dos dados	76
2.8) Aspectos Éticos da Pesquisa	77
ARTIGO A SER SUBMETIDO	79
.....	
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICE I – ROTEIRO: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	125

INTRODUÇÃO

Com o surgimento do *Zika Virus* (ZIKV) no Brasil, em 2015, houve uma mudança inesperada no padrão de registros de microcefalia em recém-nascidos, chamando atenção da sociedade civil e das autoridades em saúde para a gravidade do problema. Após o aumento na prevalência, o Ministério da Saúde passa a considerar válida a associação entre a infecção pelo *Zika Virus* durante a gravidez e a significativa quantidade de crianças que nasceram com microcefalia (STRATTON, 2016).

O número crescente de casos e a falta de compreensão criou grande preocupação entre as autoridades de saúde, o público e a comunidade científica. Pesquisas em laboratórios já haviam mostrado que uma infecção viral da placenta é capaz de induzir modificações morfológicas no cérebro fetal. E novos estudos observaram que a microcefalia como uma possível consequência de infecção por *Zika Virus* pode ser o resultado de um processo inflamatório na placenta que interrompe a produção de neuropeptídios e fatores de crescimento necessários para o desenvolvimento normal do cérebro (MOR, 2016). O ZIKV foi encontrado no tecido placentário e no cérebro de recém-nascidos que vieram a óbito e em dois produtos de abortamento. Entretanto existe ainda muitas incertezas a respeito dessa associação (MARTINES *et al.*, 2016).

O *Zika Virus* é capaz de atravessar a barreira placentária. Um crescente número de evidências sugere que o *Zika Virus* causa morte celular em neurônios *in vitro*, anomalias cerebrais e microcefalia, resultando na síndrome congênita do vírus zika. Atrofia cortical e subcortical, calcificações cerebrais, ventriculomegalia, anomalias do cerebelo e migração neuronal anormal foram descritas. Os principais sinais e sintomas relatados incluem anormalidades no exame neurológico, disfagia, microcefalia e um fenótipo caracterizado como sequência de interrupção do cérebro fetal (DA SILVA *et al.*, 2016).

De acordo com o Informe Epidemiológico publicado em junho de 2016, há 13.835 casos suspeitos de alterações no crescimento e desenvolvimento. Do total de casos, 5.892 (42,6%) foram descartados, 2.753 (19,9%) foram confirmados e 141 (1,0%) foram classificados como prováveis para relação com infecção congênita durante a gestação. Cerca de um quinto dos municípios brasileiros (22,2%) apresenta pelo menos um caso suspeito em monitoramento. Em 2017, o Nordeste continua sendo a região que apresenta o maior número de municípios com casos e óbitos em

monitoramento, representando 48,0% do total de municípios com casos registrados no país. Dos 1.794 municípios da região Nordeste, 592 (33,0%) registraram casos em monitoramento (BRASIL, 2017).

O *Zika Vírus* e sua associação com microcefalia e outras anormalidades neurológicas em recém-nascidos, caracterizada como Síndrome congênita do vírus zika, tem um impacto ainda pouco conhecido sobre processos e práticas preventivas e assistenciais, principalmente no âmbito da saúde materno e infantil (BRASIL, 2016). E frente a esse contexto, é necessário criar estratégias de promoção da saúde intersetoriais como caminho possível para diminuir as sequelas das mães infectadas e das crianças com Síndrome congênita do vírus zika (BRASIL, 2016a). O SUS deve estar pronto para acolher crianças que necessitam de cuidados multidisciplinares permanentes.

Problemas complexos, como aumento repentino do número de casos de microcefalia e das outras anormalidades neurológicas, demandam ações múltiplas e diversificadas para se alcançar resolutividade. Dessa forma a atuação em rede, é uma alternativa necessária e urgente na sociedade atual (BRASIL, 2016). Essa ação em rede para lidar com a situação da epidemia do *Zika Vírus* é uma muito enfatizada pelo Protocolo de Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, de 2017 (BRASIL, 2017a).

Diante dessa epidemia, é necessário realizar pesquisas que avaliem a organização das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de mães e bebês prioritariamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que possui como objetivo principal a promoção de uma integração sistemática, das ações e serviços de saúde. Visando uma atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada para auxiliar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

As RAS foram criadas inicialmente com o objetivo de integralizar o sistema público e superar as fragilidades da fragmentação determinada pelo modelo hospitalocêntrico e pelo processo de municipalização (MENDES, 2011). Pesquisas já comprovaram que os sistemas mais integrados possuem um potencial maior de prover cuidado contínuo e maior eficiência ocasionado pela integração de processos e serviços, estrutura de governo, trabalho multidisciplinar, coordenação do cuidado, integração clínica e os sistemas integrados de informação (WAN *et al.*, 2002; CAMPOS *et al.*, 2015).

No Brasil, esse tema começou a ser tratado recentemente, mas com uma evolução significativamente acelerada (MENDES, 2011). Mendes (2002) após realizar uma análise crítica da fragmentação do sistema público de saúde brasileiro, propôs uma alteração por meio da construção de sistemas integrados de saúde que articulassem os territórios sanitários, os componentes da integração e a gestão da clínica.

O trabalho realizado em saúde é o resultado da influência da ciência sobre o processo saúde-doença. E necessariamente precisa ser um trabalho vivo em ato, produzindo um serviço que é consumido no ato de sua produção (MERHY *et al.*, 2004). Dessa forma, as redes não são apenas um simples aglomerado de serviços e conhecimentos interligados. A concepção de redes tem influência prática e ativa sobre o fazer em saúde e assim realizando ações que podem modificar as fronteiras institucionais e as práticas da assistência em saúde (GIOVANELLA, 2011).

A consolidação das RAS no SUS apresenta fortes desafios. A dimensão territorial do Brasil, sua diversidade social e cultural e a conformação de uma gestão tripartite com entes autônomos (união, estados e municípios) por si já configuram um enorme desafio para a gestão das RAS. Somam-se a estes fatores a diversidade de entidades administrativas indiretas (fundação estatal de direito privado, autarquias, organização sociais de direito civil), as disputas de poder político partidárias entre municípios vizinhos, gestores sem qualificação adequada, recursos insuficientes e os interesses privados e corporativos que atravessam e comprometem os interesses públicos.

Logo, os surtos epidemiológicos, como o caso atual da epidemia do *Zika Virus* expõe diversas fragilidades das redes e seus processos de gestão, bem como induz a tomada de decisões que podem ou não caminhar na direção de fortalecer as RAS. Dentre os vários desafios que a epidemia do ZIKV expõe para a gestão, interessa conhecer que estratégias a esfera estadual vem assumindo para o controle dessa epidemia e cuidados dos agravos gerados. O papel das secretarias estaduais de saúde para a consolidação das RAS vem sendo tema central para se pensar a governança do SUS (MENDES, 2010; SANTOS, 2012) que certamente se expressa nos desafios de articulação das ações de prevenção, tratamento e reabilitação para o enfretamento da epidemia *Zika Virus* e seus agravos.

O fortalecimento da RAS apresenta-se como pressuposto para a gestão enquanto caminho para que a melhoria da qualidade de vida dessa população atingida

seja alcançada, com políticas de saúde abrangentes que se proponham a romper com o ciclo de produção de doenças e com a fragmentação do atendimento em saúde.

Não há estudos que enfatizam as ações do governo para reverter essa situação. Com base nesse argumento, o objetivo desta pesquisa é avaliar as estratégias de gestão desenvolvidas pela Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão para controle da epidemia do ZIKV e para a articulação do cuidado materno e infantil para as gestantes infectadas pelo *Zika Virus* e crianças com Síndrome Congênita do Vírus Zika no estado do Maranhão no âmbito da Redes de Atenção à Saúde. Por ser uma rede que envolve as três esferas de governo entendeu-se que seria mais estratégico e viável uma pesquisa em torno das ações de gestão desenvolvidas pela esfera estadual, uma vez que à partir dessa esfera de gestão do SUS seria possível acompanhar um cenário estadual e algumas dimensões das esferas municipal e federal.

No primeiro capítulo iremos apresentar o panorama geral da epidemia do *Zika Virus* e seu impacto na saúde da população de modo a destacar um campo problemático e as necessidades de formulação de respostas eficazes por parte da gestão (federal, estadual e municipal) para o seu controle. Apresentaremos também o conceito de Rede de Atenção à Saúde, enquanto objeto-síntese central da pesquisa. À partir do conceito de RAS apresentaremos o que em tese deve estar presente no âmbito da gestão para construção de respostas eficazes a epidemia do *Zika Virus* e seus agravos. A RAS comparece como uma dimensão necessária a consolidação do SUS à partir do qual é possível criar respostas para as diferentes epidemias, doenças, agravos. Nesse sentido interessa destacar tanto dimensões do modelo de atenção quanto do modelo de gestão imprescindíveis para a consolidação da Rede Zika. Nesse capítulo apresentaremos alguns dados sobre a RAS no estado do Maranhão e os desafios estruturais para formulação de respostas a curto prazo, como as exigidas num caso de surto.

Ainda no primeiro capítulo apresentaremos alguns componentes específicos da Rede Zika, sua implementação e gestão. Dentro do amplo escopo das RAS quais são as especificidades da Rede Zika? De que modo os componentes da RAS devem se articular? Que linhas de cuidado e redes temáticas devem ser acionadas e integradas? Qual o papel específico da Atenção Básica, da Vigilância em Saúde, da Saúde da Mulher, da Saúde da Criança na articulação dessa rede? Nesse capítulo saímos de uma dimensão mais conceitual e geral e abordamos dimensões mais concretas que dialogam mais diretamente com o recorte proposto para o objeto e campo de pesquisa.

A metodologia de pesquisa é apresentada no segundo capítulo, referencial teórico-metodológico da avaliação em saúde de caráter participativo, e o percurso desenvolvido.

Os resultados serão apresentaremos no artigo a ser submetido na Revista Ciência e Saúde Coletiva, com a análise das narrativas dos gestores com foco nas questões referentes aos pontos de atenção e organização do fluxo de cuidado.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar as estratégias de gestão desenvolvidas pela Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão para controle da epidemia do ZIKV e para a articulação do cuidado materno e infantil para as gestantes infectadas pelo *Zika Virus* e crianças com Síndrome Congênita do Vírus Zika no Estado do Maranhão.

Objetivos Específicos

- Caracterizar as principais ações desenvolvidas pela Secretaria de Saúde Estadual do Maranhão na articulação do cuidado para atender a população acometida;
- Analisar se estas ações estão em conformidades com as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde;
- Analisar a interface destas ações com duas redes temáticas: Rede Cegonha e Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência;
- Analisar os principais desafios de articulação interfederativa;
- Analisar aspectos do processo de gestão nos espaços da Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão.

CAPÍTULO 1: EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS E OS DESAFIOS DA GESTÃO EM REDE

1.1) Epidemia do Zika Vírus

O *Zika Virus* pertencente à família Flaviridae e ao gênero Flavivirus, é um vírus transmitido pelo mosquito *Aedes Aegypti*, com genoma de ácido ribonucleico (RNA), de cadeia simples e de polaridade positiva. Foi isolado pela primeira vez em 1947 na floresta de zika, localizada no Uganda, por meio de uma amostra de soro de um macaco Rhesus (CHEN *et al.*, 2016).

Logo após foram analisadas amostras filogenética do genoma viral, percebendo-se que provavelmente o vírus tenha surgido nesta localidade por volta de 1920. Iniciando-se assim as suas fases de migração, primeiro para o Oeste Africano originando duas linhagens africanas distintas. E posteriormente para a Ásia onde originou a linhagem asiática que foi a responsável pelos casos de transmissão autóctone deste vírus, recentemente ocorridos no Brasil (CAMPOS *et al.*, 2015; ZANLUCA *et al.*, 2015).

O segundo isolamento ocorreu em janeiro de 1948, na mesma floresta, em seguida, o vírus ficou confinado à África e Ásia e continuou relativamente desconhecido com poucos casos de infecção em humanos (DICK *et al.*, 1952; ATTAR, 2016). Em 1954, foram identificados três casos de infecção em humanos durante uma epidemia na Nigéria. O vírus continuou dispersando-se, de forma pontual para outras regiões, sendo registrados alguns surtos em diferentes países da África, da Ásia e Ilhas do Pacífico (CUNHA *et al.*, 2016).

O primeiro surto humano foi relatado em 2007 em Yap ilha do Estados Federados da Micronésia, a infecção foi caracterizada por uma erupção, conjuntivite e artralgia (DUFFY *et al.*, 2009)

Até 2007 haviam sido relatados somente eventos esporádicos de infecções de ZIKV em humanos. Entretanto, logo após emergiu fora da Ásia e da África pela primeira vez e causou uma epidemia em Yap, Ilha dos Estados Federados da Micronésia, seguido de uma grande epidemia na Polinésia Francesa (MUSSO *et al.*,

2015). Até o mês de abril de 2015, nenhum caso havia sido relatado no Brasil. No entanto, entre abril e novembro de 2015, 18 dos 27 estados brasileiros relataram casos autóctones de ZIKV (VENTURA, MAIA *et al.*, 2016).

O primeiro relato de transmissão local do *Zika Vírus* nas Américas aconteceu em março de 2015, no estado do Rio Grande do Norte do nordeste do Brasil, onde vários pacientes desenvolveram febre ligeira, exantema, conjuntivite e artralgia (HENNESSEY *et al.*, 2016). Nos mais de 60 anos antes da chegada do vírus nas Américas, o *Zika Vírus* não tinha sido associada a febre hemorrágica ou morte. No entanto, a partir de novembro de 2015, três mortes foram atribuídas ao vírus no Brasil, e estes incluem um recém-nascido com microcefalia (ATTAR, 2016; DUFFY *et al.*, 2009).

Os pesquisadores sugerem que o vírus possa ter chegado durante a Copa das Confederações, em junho de 2013. Durante o evento a seleção do Taiti esteve presente para um jogo contra o Uruguai, realizado na Arena Pernambuco, em Recife, cidade que posteriormente se tornaria, o epicentro da epidemia (MACHADO, 2016).

Com o objetivo de definir quando tiveram início as infecções do *Zika Vírus* no Brasil, estudiosos compararam sete amostras do vírus encontradas no país com nove trazidas de outros territórios. E de acordo com os pesquisadores, os genomas dos vírus evoluem rapidamente e vão acumulando mutações ao longo do tempo e por meio da quantificação dessa velocidade de acumulação de mutações, foi possível construir com precisão a história evolutiva calibrada do tempo do *Zika Vírus* (MACHADO, 2016).

Entre as amostras analisadas, estava o único genoma sequenciado da epidemia que atingiu a Polinésia Francesa entre 2012 e 2014. Esse vírus pertencia à linhagem asiática, que também podia ser encontrado nas Filipinas, na Tailândia, na Malásia e, posteriormente, no Brasil. O trabalho revelou que o vírus da Polinésia Francesa era um parente mais próximo daquele que deu origem à epidemia brasileira (MACHADO, 2016).

O vírus é predominantemente transmitido por mosquitos do gênero *Aedes* (ZANLUCA *et al.*, 2015). Foram propostas também várias espécies de serem possíveis vetores, incluindo *Ae. africanus* em Uganda (DICK *et al.*, 1952), *Ae. hensilli* na ilha de Yap (IOOS *et al.*, 2014), *Ae. polynesiensis* na Polinésia Francesa ((MUSO *et al.*, 2015), *Ae. luteocephalus* na Nigéria e Burkina Faso (DIAGNE *et al.*, 2015) e *Ae. aegypti* e *Ae. albopictus* no Brasil (MARCONDES *et al.*, 2016) . Entretanto, foram descobertas outras vias de transmissão, como a transmissão materno-fetal (por via

transplacentária ou durante o parto), a transmissão por via sexual (pela presença do vírus no sêmen) ou por transfusão de sangue e hemoderivados. Apesar de o vírus ter sido detectado na urina, leite materno e saliva, não há evidência atual da transmissão por estas vias (RANI *et al.*, 2017).

Em Maio de 2015 foi identificado o primeiro caso de infecção pelo *Zika Virus* no Brasil e, com o crescente número de casos e a evidente emergência da associação entre a infecção durante a gravidez e a microcefalia, foi declarado Estado de Emergência pela OMS em primeiro de fevereiro de 2016. Foi comprovado que existe evidência atual da associação causal entre a infecção pelo *Zika Virus* durante a gravidez e malformações fetais a nível do Sistema Nervoso Central (SNC), nomeadamente microcefalia (NUNES *et al.*, 2016).

O surto de microcefalia verificado no Brasil, coincidente com o elevado número de grávidas com sintomatologia sugestiva de infecção por este vírus, levantou a hipótese da associação entre a infecção fetal e anomalias do SNC. Estudos conduzidos para corroborar esta hipótese demonstraram a presença do vírus no líquido amniótico, soro, tecido cerebral e LCR de recém-nascidos com microcefalia e, recentemente, a World Health Organization (WHO) e o United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC) concluíram existir associação efetiva entre microcefalia e infecção perinatal pelo *Zika Virus* (NUNES *et al.*, 2016).

Casos de doença exantemática têm sido reportados no Brasil, desde final de 2014 e, no começo do ano de 2015, pacientes da cidade de Natal, estado de Rio Grande do Norte, apresentaram sintomas similares à febre da dengue. Ainda em 2015, foram encontrados os primeiros casos do *Zika Virus* em amostras de soro de pacientes da cidade de Natal (estado de Rio Grande do Norte) e de Camaçari (Bahia), neste último com co-circulação de dengue e chikungunya. As análises filogenéticas dos isolados demonstraram 99% de identidade com a linhagem asiática, reportada em epidemias das Ilhas do Pacífico (DUPONT-ROUZEYROL *et al.*, 2015).

Conforme o Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia, de 2015, publicado pelo Ministério da Saúde, o órgão passou a receber notificações e fazer monitoramentos sobre os casos de infecção pelo *Zika Virus*, na região nordeste do país no início de 2015, sucedendo que todos os casos relatados na Bahia, Maranhão, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Sergipe e Paraíba, apresentavam evolução benigna com regressão espontânea, mesmo sem intervenção clínica. Até a finalização dessa

publicação mais de 6,8 mil casos tinham sido diagnosticados até o momento (BRASIL, 2015).

Em 2016, entre a Semana Epidemiológica (SE) 1 a SE 52, foram registrados 215.319 casos prováveis de febre pelo *Zika Vírus* no país (Figura 1). Foram confirmados laboratorialmente 8 óbitos por *Zika Vírus* – quatro no Rio de Janeiro, dois no Espírito Santo, um no Maranhão e na um Paraíba (BRASIL, 2017).

Em 2017, até a SE 15, foram registrados 7.911 casos prováveis de febre pelo *Zika Vírus* no país (Figura 1), e uma taxa de incidência de 3,8 casos/100 mil hab.; destes, 2.826 (35,7%) foram confirmados. A análise da taxa de incidência de casos prováveis de *Zika Vírus* (número de casos/100 mil hab.), segundo regiões geográficas, demonstra que as regiões Centro-Oeste e Norte apresentam as maiores taxas de incidência: 11,4 casos/100 mil hab. e 10,9 casos/100 mil hab. respectivamente (BRASIL, 2017).

Entre as Unidades Federativas, destacam-se Tocantins (49,6 casos/100 mil hab.), Roraima (23,5 casos/100 mil hab.) e Goiás (23,0 casos/100 mil hab.). Em 2017, até a SE 15, não foi confirmado laboratorialmente nenhum óbito pelo *Zika Vírus* (BRASIL, 2017).

Contudo, é impossível reconhecer efetivamente o verdadeiro número de infecções pelo *Zika Vírus* no Brasil, já que a doença aponta que, aproximadamente 80% dos casos de pacientes infectados não manifestarão sinais ou sintomas, além de uma parcela significativa de infectados que não procuraram atendimento de saúde, o que dificulta ainda mais o reconhecimento da amplitude da doença no país (OLIVEIRA, 2017).

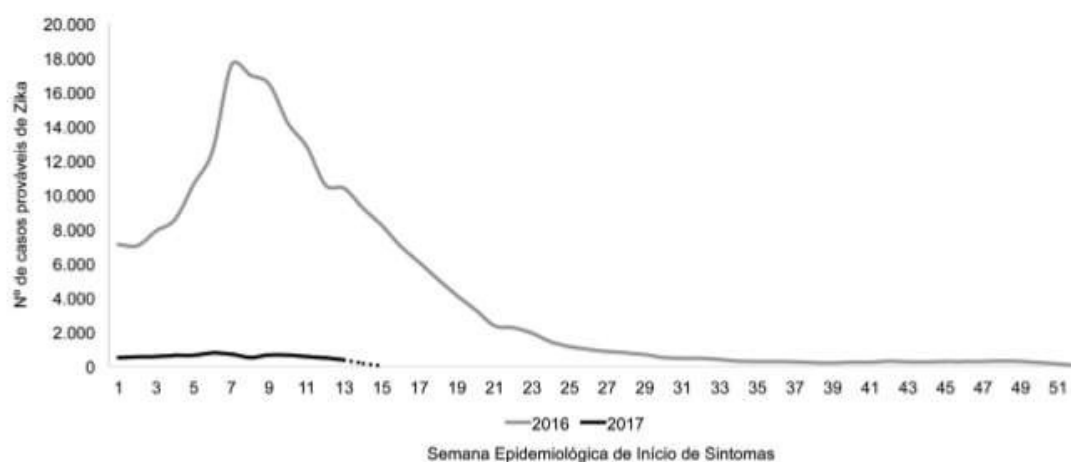
Em relação às gestantes, foram registrados 1.887 casos prováveis, sendo 563 confirmados por critério clínico-epidemiológico ou laboratorial, segundo dados do Sinan-NET (BRASIL, 2017).

De acordo com dados fornecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde até a semana epidemiológica 15 (de 2017), todos os 26 estados da federação e o Distrito Federal confirmaram casos autóctones de febre pelo *Zika Vírus* (BRASIL, 2017).

O Maranhão é o terceiro estado com maior quantidade de casos prováveis e incidência de febre pelo *Zika Vírus*, da região Nordeste, até a Semana Epidemiológica 15 (de 2017), fica abaixo somente da Bahia (1.003) e Ceará (367). No ano de 2016 a incidência do Maranhão foi de 3.033 casos e houve uma drástica redução para 267 casos em 2017, com cerca de 3,8 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2017).

Frente à esses dados é possível afirmar que o *Zika Vírus* é mais um indicador da desigualdade que persiste no Brasil contemporâneo, mesmo após várias décadas de democracia. Doenças transmitidas por mosquitos afetam desproporcionalmente a maioria menos privilegiada da população brasileira, de várias maneiras. A crise atual é indicativa de disparidade existente não só em termos de classe, mas de uma variedade de outras questões ligadas à estrutura de classes. O *Zika Vírus* teve impacto maior no Nordeste, nos estados de Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Norte, onde uma percentagem maior da população é pobre e as condições climáticas são mais favoráveis à propagação de vírus transmitidos por mosquitos do que no Sul, mais rico e menos tropical (LESSER *et al.*, 2016).

Figura 1 – Casos prováveis de febre pelo *Zika Vírus*, por semana epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2016 e 2017



Fonte: Sinan NET (banco de 2016 atualizado em 17/01/2017; de 2017, em 17/04/2017).

Dados sujeitos à alteração

Em outubro de 2015, com o surgimento do ZIKV no Brasil, houve um aumento significativo de notificações de casos de microcefalia chamando atenção da sociedade civil e do Ministério da Saúde para a gravidade do problema. Nesse mesmo mês foi registrada a ocorrência de 29 casos de microcefalia em recém-nascidos na Secretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SEVS/SES-PE). Esses novos dados mostram que houve uma importante mudança no padrão de ocorrência dessa anomalia congênita, pois durante os anos de 2005 a 2014, sua mediana era de nove registros por ano, com variação entre quatro e 16 casos (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PRNAMBUCO, 2015)

Um aumento na taxa de microcefalia no Brasil tem sido associado ao recente surto de *Zika Virus*. O ZIKV foi encontrado na placenta e líquido amniótico de fetos microcefálicos e no sangue de recém-nascidos microcefálicos. Também foi detectado no cérebro de um feto microcefálico, e recentemente, evidencia-se que ZIKV é capaz de infectar e causar a morte de células-tronco neurais (GARCEZ *et al.*, 2016).

O *Zika Virus* é capaz de atravessar a barreira placentária. Um crescente número de evidências sugere que o vírus causa morte celular em neurônios *in vitro*, anomalias cerebrais e microcefalia, resultando no chamado síndrome congênita do vírus zika. Atrofia cortical e subcortical, calcificações cerebrais, ventriculomegalia, anomalias do cerebelo e migração neuronal anormal foram descritas. Os principais sinais e sintomas relatados incluem anormalidades no exame neurológico, disfagia, microcefalia e um fenótipo caracterizado como sequência de interrupção do cérebro fetal (DA SILVA *et al.*, 2016).

As infecções na gestante são importantes causas de morbimortalidade fetal e neonatal. O impacto sobre o feto pode se dar pela transmissão direta do agente ou indiretamente, como repercussão da infecção materna, levando a uma restrição de crescimento intrauterino (RCIU) ou desencadeando um parto prematuro (ARAGAO *et al.*, 2016)

As infecções congênitas podem ser assintomáticas ao nascimento ou com manifestações clínicas precoces ou tardias, com envolvimento multissistêmico e comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM). Algumas alterações podem tornar-se evidentes anos depois, comprometendo o cognitivo na idade escolar, ou com outros prejuízos mais tardios (MACHADO, 2016).

A microcefalia primária é uma malformação cerebral grave caracterizada pela redução da circunferência da cabeça. Os pacientes exibem uma gama heterogênea de deficiências cerebrais que comprometem funções motoras, visuais, auditivas e cognitivas. A microcefalia está associada à diminuição da produção neuronal como consequência de defeitos proliferativos e morte de células progenitoras corticais (GARCEZ *et al.*, 2016).

Os chamados fatores STORCH (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes) são as principais infecções congênitas que comprometem o desenvolvimento cerebral no útero (GARCEZ *et al.*, 2016).

No Brasil, desde outubro de 2015, a microcefalia tem sido relatada em grande número de RNs e em ultrassonografias obstétricas, sendo atribuída à infecção

pelo *Zika Virus* na gestação. A avaliação desses RNs tem evidenciado outras alterações, sugerindo que o *Zika Virus*, além de ser neurotrópico, apresenta tropismo para outros órgãos, como fígado e coração. Alterações visuais importantes e relacionadas à audição também tem sido observadas (GARCEZ *et al.*, 2016).

Em um estudo realizado com 48 bebês, na cidade de São Luís – MA em 2016, com o objetivo de conhecer o crescimento e os resultados neurológicos de lactentes com síndrome congênita do vírus zika nos primeiros meses de vida, descobriu-se, que 85,4% apresentaram irritabilidade, o sintoma mais descrito, seguido de síndrome piramidal/extrapiramidal (56,3%), convulsões epiléticas (50,0%) e disfagia (14,6%) (DA SILVA *et al.*, 2016).

Nessa mesma pesquisa, a síndrome piramidal apresentada pelos RNs incluiu hipertonia, clonus, hiperreflexia e reflexos arcaicos aumentados. Os sintomas extrapiramidais foram caracterizados por flutuação do tônus e discinesias assimétricas nas extremidades que estavam ausentes durante o sono. Alguns lactentes também tiveram pé torto (10,4%) e um recém-nascido (2,1%) apresentava fenda labial/fenda palatina (DA SILVA *et al.*, 2016).

Dos 27 bebês submetidos à eletroencefalografia, 48,1% tinham atividade cerebral anormal sem descargas epileptiformes, 29,6% tinham descargas focais e 22,2% apresentaram descargas epileptiformes multifocais. Todos os bebês apresentaram descobertas anormais de imagens Tomografia Computadorizada (TC) de crânio. As mais comuns foram calcificações cerebrais (91,7%), malformações corticais (87,5%) e ventriculomegalia secundária (77,1%). A hipoplasia do tronco cerebral e do cerebelo e a atenuação da substância branca foram menos comuns (DA SILVA *et al.*, 2016).

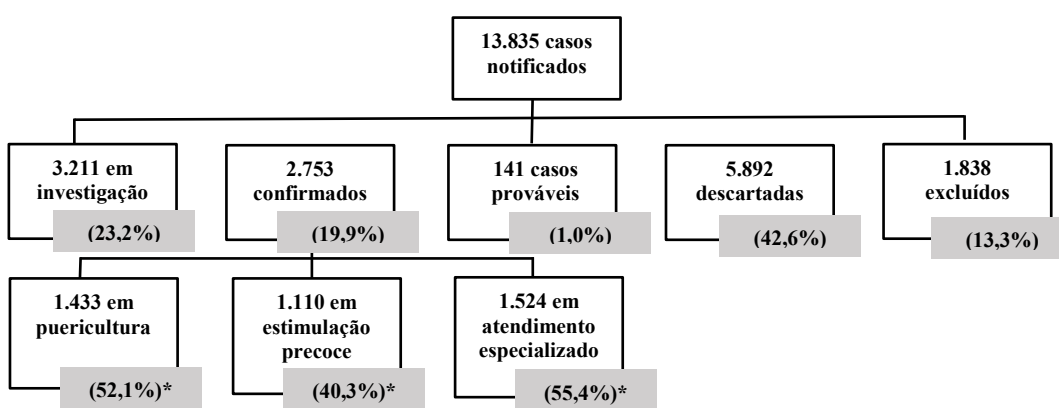
No total, 64,5% desses bebês nasceram com microcefalia grave e 95,8% apresentaram fenótipo de sequência de interrupção do cérebro fetal. Os bebês foram difíceis de se acalmar, mesmo quando alimentados. À medida que os bebês envelheciam, os sintomas neurológicos começaram a surgir, geralmente do segundo ao terceiro mês em diante, com síndrome piramidal /extrapiramidal, convulsões epiléticas e disfagia. Cinco crianças apresentavam inicialmente hipossecritmia, indicando atividade cerebral altamente desorganizada e com espasmos e atrasos neuromotores. O crescimento precoce da cabeça foi severamente comprometido, sugerindo um insulto cerebral muito disruptivo (DA SILVA *et al.*, 2016).

Nessa mesma pesquisa, 6 crianças notavelmente com síndrome congênita do vírus zika, tiveram achados de imagem anormais e um fenótipo característico e não

nasceram com microcefalia. No entanto, 3 crianças apresentaram microcefalia após a doença. Este achado sugere que a microcefalia no nascimento é apenas uma das manifestações desta síndrome. Por conseguinte, o rastreio deve basear-se não apenas na medida de PC no nascimento, mas também no fenótipo associado à sequência de interrupção do cérebro fetal e aos achados cranianos de imagem de TC (DA SILVA *et al.*, 2016)

Entre as Semanas Epidemiológicas 45/2015 e 20/2017 (08/11/2015 a 20/05/2017), o MS foi notificado sobre 13.835 casos suspeitos de alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionadas à infecção pelo *Zika Virus* e outras etiologias infecciosas, dos quais 3.211 (23,2%) permaneciam em investigação na SE 20/2017. Do total de casos, 5.892 (42,6%) foram descartados, 2.753 (19,9%) foram confirmados e 141 (1,0%) foram classificados como prováveis para relação com infecção congênita durante a gestação. Além disso, 1.838 (13,3%) casos foram excluídos após criteriosa investigação, por não atenderem às definições de caso vigentes. Entre os casos confirmados, 1.433 (52,1%) estavam recebendo cuidados em puericultura, 1.110 (40,3%) em estimulação precoce e 1.524 (55,4%) no serviço de atenção especializada (Figura 2) (BRASIL, 2017b).

Figura 2 – Distribuição do total de notificações de casos suspeitos com alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionadas à infecção pelo *Zika Virus*, segundo classificação final e atenção à saúde, da Semana Epidemiológica 45/2015 até a Semana Epidemiológica 20/2017, Unidade da Federação, Brasil, 2015-2017



Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia). Dados extraídos em 24/05/2017 às 15h (horário de Brasília). Dados sujeitos à alteração. As informações de atenção à saúde declaradas pelos estados possuem diferentes datas de referência.

*Percentual calculado em relação ao total de casos confirmados.

Apesar do surto entre 2015 e 2016, em 2017 observou-se uma queda da incidência de infecção pelo ZIKV e conseqüentemente de casos de microcefalia gerando uma mudança dos eixos de prioridades de gestão, uma vez que no ciclo atual da epidemia se tornam mais prioritários o seguimento da linha de cuidado mãe-bebê em torno das necessidades próprias de pessoas com deficiência. No ano de 2016 a incidência do Maranhão foi de 3.033 casos e houve uma drástica redução para 267 casos em 2017, com cerce de 3,8 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2017). E em 2017, até a SE 15, não foi confirmado laboratorialmente nenhum óbito pelo *Zika Vírus* (BRASIL, 2017).

Desde o início de 2017 até o dia 05 de julho, o Brasil teve 1.449 casos notificados de microcefalia, com confirmação de 360 casos de microcefalia ou outras alterações de crescimento e desenvolvimento relacionadas ao *Zika Vírus*. Dentre os casos confirmados entre as semanas 1 e 26/2017, 114 (31,7%) receberam atendimento em puericultura. As crianças atendidas pela rede de saúde pública estiveram concentradas na região Nordeste (130 casos) (BRASIL, 2017b).

Desses 360 dos casos confirmados, 65 estão em atendimentos com estimulação precoce, enquanto que os atendimentos em atenção especializada ocorreram em 107 dos 360 casos confirmados. Considerando apenas os casos confirmados, aproximadamente para cerca de um terço dos casos (39,4%) foi reportado algum tipo de cuidado. Receber os três tipos de serviços – puericultura, estimulação precoce e atenção especializada – foi reportado para 51 casos. Por sua vez, a associação entre serviços de puericultura e atenção especializada foi reportada em 34 casos (BRASIL, 2017b).

Do total de casos confirmados em 2017, o estado com maior número de ocorrências é o Bahia (58 casos), seguido pelo Rio de Janeiro (56 casos), Goiás (39) e Maranhão (26) (BRASIL, 2017b).

No Maranhão, de acordo com as notificações de recém-nascidos e crianças com alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionadas à infecção pelo *Zika Vírus* e outras etiologias infecciosas, em 2017, existem 99 casos suspeitos em monitoramento, desses 51 estão em investigação, 26 foram confirmados e 21 descartados. Dos 26 casos confirmados, 21 estão em estimulação precoce (BRASIL, 2017b).

Os dados mostram que novos casos continuam sendo registrados no país, ainda que em quantidade muito menor do que no auge da epidemia. O fim da

emergência nacional em saúde pública por *Zika Virus* e microcefalia no Brasil foi anunciado pelo Ministério da Saúde no dia 11 de maio de 2017 (BRASIL, 2017c).

No ano de 2017 houve uma redução significativa de notificação de pessoas infectadas pelo ZIKV, (foram registrados 13.353 casos prováveis) quando comparado com 2016 (205.578 casos prováveis) no Brasil (BRASIL, 2017). Alguns estudiosos afirmam que essa redução pode ser por causa do aumento de níveis de imunidade ao vírus. Perkins é um dos estudiosos que aplicou o conceito de “imunidade de rebanho” ao *Zika Virus*¹.

A “imunidade de rebanho” se baseia na ideia de que uma pessoa não pode ser afetada duas vezes pelo vírus - o que é provável, pelas características dos vírus em geral, porém ainda não está comprovado para o da ZIKV. O fenômeno ocorre quando o sistema imunológico gera anticorpos para matar o vírus após a primeira infecção. Em algum momento, a epidemia atinge um estágio em que há poucas pessoas que ainda podem ser infectadas e o número de casos passa a cair drasticamente (NETO *et al.*, 2016).

De acordo com Ferguson (2016), a epidemia já atingiu o seu pico, mas deve seguir se propagando por pelo menos mais 2 a 3 anos no Brasil e, conseqüentemente, deve haver novos casos de microcefalia. Segundo infectologistas, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), avalia que o número de infecções deverá aumentar também em outras regiões do Brasil, e diminuir no Nordeste, onde boa parte da população já está imunizada (CUNHA *et al.*, 2016).

Outro fator que pode estar relacionado à redução das notificações, é que devido à epidemia de 2016, 2017 começou com uma situação mais favorável, segundo alguns infectologistas, quando não se quer uma epidemia no verão, tem que trabalhar no inverno para evitar que chegue no verão com muitos focos. E durante 2017 houve uma redução muito grande de *Aedes* no país, e as doenças acompanharam isso¹.

1.2) Redes de Atenção à Saúde: conceito, fundamentos e componentes

1.2.1) Conceito e fundamentos

¹ <http://especiais.g1.globo.com/bemestar/2016/microcefalia-1-ano/>

A organização de um sistema de saúde deve se basear, fundamentalmente, nas necessidades da população. Utilizando o conceito de transição epidemiológica alguns autores fundamentam as mudanças que o SUS precisa sofrer na direção de consolidação de um sistema integrado, resolutivo e eficiente. Enquanto nos países desenvolvidos tivemos uma transição epidemiológica das doenças infecciosas, para as agudas e por último para as doenças crônicas, fruto principalmente do envelhecimento populacional, no Brasil temos o fenômeno chamado de tripla carga de doença, que se além de aumentar a carga de doenças crônicas em relação as agudas, ainda convive com agendas não resolvidas de infecção e desnutrição e o aumento da carga de doenças por causas externas (MENDES, 2010).

Entretanto, o aumento da carga de doenças crônicas é uma tendência nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Segundo a OMS as doenças crônicas são responsáveis por 60% da carga de doenças em todo o mundo e em 2020 serão responsáveis por 80%, fruto, principalmente do envelhecimento da população. Tal situação aponta para a necessidade de readequação das ofertas e integração de serviços dentro de critérios que utilizem melhor os recursos disponíveis. Preconiza-se ações articuladas em rede com modelo de atenção ordenado pela Atenção Básica. Os sistemas fragmentados e centralizados na atenção hospitalar devem ceder lugar para sistemas integrados e territoriais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

Diante da realidade de que aproximadamente 70 % dos 5562 municípios brasileiros tem menos de 20 mil habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014), não é possível supor que o município seja a unidade federal com capacidade para responder a totalidade das necessidades de sua população. Será, na maioria dos municípios, necessário uma rede regionalizada para suprir a grande parte dessas necessidades. Coloca-se, portanto o desafio de articular serviços de diferentes complexidades num determinado território à partir de uma ação coordenada entre união, estados e municípios: uma ação interfederativa. Interessa, na presente pesquisa analisar o papel da SES-MA na gestão de ações para o enfrentamento do *Zika Virus* e seus agravos. Trata-se, portanto, de um desafio complexo que implica articular diversos serviços sob gestão de diferentes entes federados especialmente. Como analisaremos mais adiante, as Secretarias Estaduais de Saúde devem cumprir um papel fundamental para a governança das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2010), sendo este conceito central para se avaliar as ações da SES-MA no enfrentamento ao *Zika Virus* e seus agravos.

Logo, antes de abordar as especificidades da organização de ações para o controle da epidemia de *Zika Virus* é fundamental que sejam analisados alguns aspectos do conceito de rede e seu desenvolvimento mais recente no âmbito do SUS em torno do conceito de Rede de Atenção à Saúde à luz do debate sobre gestão. Logo, o conceito de RAS nos ofertará alguns parâmetros para problematizar e analisar a gestão e implementação de ações da SES-MA para o controle da epidemia do *Zika Virus* e seus agravos para a saúde materno e infantil.

O relatório de Dawson, publicado em 1920, foi a primeira descrição completa a respeito das redes, solicitado pelo governo inglês, fruto do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial. Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região. Ainda hoje, a leitura do relatório surpreende por sua abrangência e profundidade (MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETAGNA, 1964). Esse relatório serviu de base para a implementação do Sistema Nacional de Saúde inglês, referência mundial de sistemas universais de saúde.

Embora não seja recente, a temática das redes ganhou fortes incentivos nos últimos anos. No âmbito do SUS a proposta de redes hierárquicas e regionalizadas consta no artigo 196 da Constituição de 1988. Entretanto sua operacionalização conceitual mais clara se instituiu somente no final de 2010 através da portaria nº 4279 em que estabelece as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que objetivam garantir a integralidade do cuidado, através de diferentes meios tecnológicos, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010) demarcando um ciclo de gestão em que a implementação de redes foi uma prioridade de governo.

Diferentes conceitos coincidem em elementos comuns das redes: relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos (CASTELLS, 2000). As redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações (TAPSCOTT, 2011).

As principais vantagens das redes são: a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; a legitimação e status, a criação de

vínculos diversificados entre atores e organizações permite reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos porque relações de intercâmbio possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade (PODOLNY *et al.*, 1998).

Por outro lado, certas características das redes limitam sua eficácia ou criam dificuldades para sua gestão: o envolvimento de numerosos atores dificulta a prestação de contas (accountability); o processo de negociação e de formação de consensos pode ser lento; a diluição de responsabilidades pode afetar o alcance dos objetivos; pode se dar a exclusão de atores sociais ou regiões importantes em função da fragilidade dos critérios de participação; e as dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas na gestão (FLEURY *et al.*, 2011).

As redes têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã (FLEURY *et al.*, 2011). A gestão eficaz das redes implica: trabalhar rotineiramente na produção de consensos; operar com situações em que todos os atores ganhem; harmonizar os decisores políticos e administrativos; negociar as soluções; e monitorar e avaliar permanentemente os processos (AGRANOFF *et al.*, 1983).

A partir de 2015 o Ministério da Saúde lança uma série de documentos com o objetivo de controlar a epidemia do *Zika Virus* e organizar ações integradas para dar respostas aos agravos gerados por esta epidemia: síndrome congênita do vírus zika. Observa-se, entretanto, que os primeiros documentos são formulados por áreas, na Vigilância Sanitária foram lançados dois Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia relacionada à Infecção pelo *Zika Virus*, um em 2015 e outro em 2016, cujo objetivo é promover informações gerais, orientações técnicas e diretrizes relacionadas às ações de vigilância das microcefalias em todo território nacional.

Já na área da assistência foram lançados vários documentos, com o objetivo é orientar as ações para a atenção às mulheres em idade fértil, gestantes e puérperas, submetidas ao *Zika Virus*, e aos nascidos com microcefalia, como: Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo *Zika Virus*, em 2015; Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia, em 2016; Protocolo de atendimento: mulheres em idade fértil, gestantes, puérperas e bebês com microcefalia, 2016, Diretrizes de estimulação precoce: Crianças de zero a 3 anos

com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia, 2016; Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo *Zika Vírus*, 2016. Em 2017 é lançado o último documento que aponta de modo mais claro uma integração dentro da perspectiva de rede.

A Organização Mundial da Saúde considera que as redes contêm seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades produz uma conceituação de serviços integrados de saúde como “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

A forma como as redes são organizadas define a particularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, especialmente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

As RAS devem configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Contudo, esses fatores devem estar em equilíbrio com o critério do acesso aos serviços (MENDES, 2011).

Donabedian (1973) considera o acesso como a acessibilidade aos serviços de saúde, ou seja, é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população. Para ele existem dois tipos de acessibilidade: a sócio-organizacional, que inclui características da oferta de serviços, e a geográfica que se relaciona ao espaço e que pode ser medida pela distância e tempo de locomoção, custos de transporte etc. Essa dimensão é fundamental para se analisar o acesso das gestantes às maternidades de referência bem como do acesso da dupla mão-bebe aos serviços especializados de reabilitação nos casos de síndrome congênita.

Para Penchansky *et al.* (1981) o acesso pode ser definido como o ajuste entre as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde. Esses autores identificaram várias dimensões do acesso: a disponibilidade dos serviços; a acessibilidade geográfica;

o grau de acolhimento; a capacidade de compra das pessoas usuárias; a aceitabilidade recíproca entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias. Andersen (1995) considerou o acesso como um elemento do sistema de atenção à saúde que se refere às entradas nos serviços e à continuidade da atenção.

As RAS têm de incorporar, como um ponto central, o critério do acesso. Assim, o desenho das redes de atenção à saúde faz-se combinando, dialeticamente, de um lado, economia de escala e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde (MENDES, 2011).

Os objetivos de uma RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN *et al.*, 2008).

1.2.2) Os componentes da RAS

Quanto aos seus componentes Vilaça Mendes (2011) defende que a RAS deve ter: população adscrita, estrutura operacional e modelo de atenção. O primeiro elemento das RAS, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das RAS. A população de responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociosanitários. As Equipes de Saúde da Família ocupam lugar central na territorialização e adscrição da população, sendo portanto fundamental para organização das informações sobre a população da RAS (MENDES, 2011).

Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes (KUSCHNIR, 2010). Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas. No caso da epidemia da síndrome congênita do vírus zika a população de risco e alvo prioritário das ações de cuidado é composta principalmente pelo par mãe-bebê. Trata-se, portanto, de uma população alvo das ações de uma importante rede estratégica do SUS: a Rede Cegonha. Logo, ao apresentar a população prioritária (mãe-bebê) afetada pela epidemia do *Zika Vírus*, devemos inevitavelmente apresentar aspectos da Rede Cegonha e a Rede Cuidado a Pessoa com Deficiência.

O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Em uma rede, conforme entende Castells (2000), o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação, e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os nós da rede. A estrutura operacional é composta por 5 elementos:

- a) um centro ordenador da rede (Atenção Básica);
- b) os pontos de atenção secundário e terciário;
- c) sistemas de apoio (apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, sistema de informação),
- d) sistema logístico que garantem um fluxo de informação, insumos e pessoas na rede na lógica da contra-referência (cartão de identificação do usuário, prontuário clínico eletrônico, sistema de regulação do acesso e rede de transporte)
- e) sistema de governança: são os arranjos de gestão que permitam uma governança de todos os componentes das redes: as comissões intergestoras e outros espaços colegiados.

Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós (Figura 3). Tal desenho nos parece estratégico para se pensar os componentes para a implementação de ações organizadas em rede capazes de prevenir, tratar e reabilitar a população acometida pelas agravos gerados pelo *Zika Virus*, em especial gestantes e bebês infectados.

Figura 3 - A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



Fonte: As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília – DF, 2011, 2ª edição.

Todos os componentes das redes de atenção à saúde, a Atenção Básica, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas (MALFITANO, 2008). No caso das ações integradas para o controle da epidemia pelo ZIKV e seus agravos os componentes, conforme veremos e analisaremos mais adiante, interconectam componentes gerais da RAS, tais como a Atenção Básica e os sistemas logísticos e de apoio, e componentes específicos de duas redes temáticas, em especial as Maternidades e Centros Especializados de Reabilitação.

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (CORDEIRO JÚNIOR *et al.*, 2010).

1.2.3) Modelo de Atenção

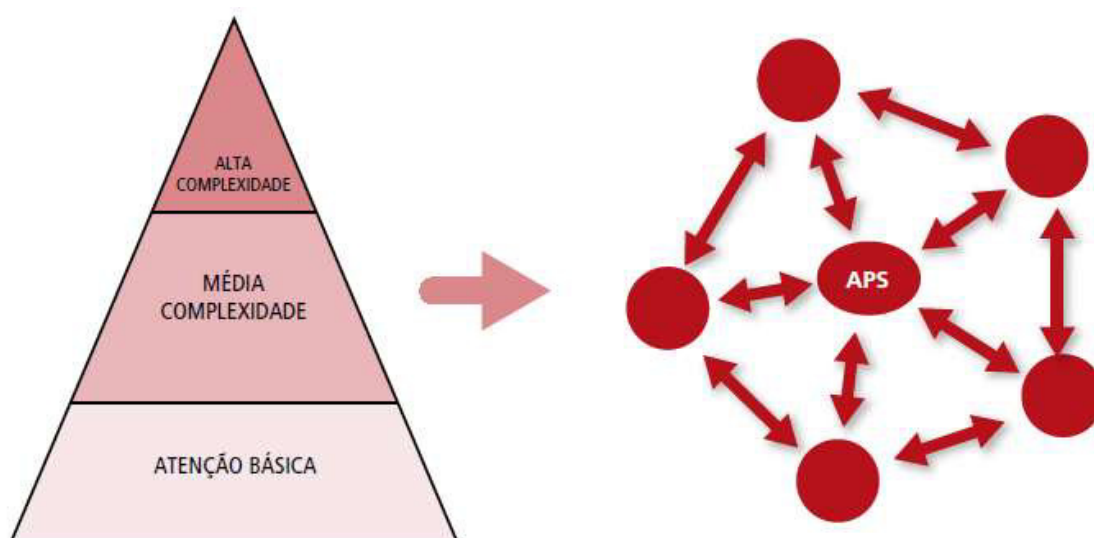
Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas

redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2011).

Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por uma outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais (Figura 4). Contudo, as RAS apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na Atenção Básica de Saúde (AB) (MENDES, 2011).

O modelo de atenção à saúde vigente no Brasil, pode ser caracterizado por conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, através de uma organização regionalizada e hierarquizada. Sua principal porta de entrada e o primeiro contado do paciente, é na Atenção Básica, que possui um papel na organização do cuidado em rede (acolhe e encaminha para os outros serviços) devendo ser a ordenadora da rede de atenção, preferencialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2010a).

Figura 4 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.



Fonte: As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília – DF, 2011, 2ª edição.

A ideia de uma atenção básica começou a partir da Declaração de Alma Ata, que teve como maior contribuição a proposta de atingir a meta de “Saúde para todos no ano 2000” E atualmente tem ganhado um significativo destaque nas discussões a respeito da organização dos sistemas de saúde, por se esperar que ela possa ofertar maior racionalidade aos sistemas de saúde, e assim, aumentar a eficiência na distribuição de recursos, e melhorar a reorientação de sistemas de saúde ampliando sua eficácia, qualidade e equidade (ALMEIDA, *et al.*, 2006).

A ideia de atenção básica, apesar de ser uma proposta interessante e que poderia mudar a situação de saúde no Brasil, não foi corretamente assimilada. Sendo muitas vezes compreendida, como simples e menos complexa (DE SOUSA CAMPOS, 2007). E como consequência a isso, ao invés da atenção básica ser a “base”, o “fundamento” do sistema de saúde, como foi imaginada inicialmente, passou a ser compreendida como um lugar sem muita importância, ou como um “nível de assistência” (MENDES, 2002).

Entretanto, diferente do que se pensa, a atenção básica não se resume somente a ação sanitária do tipo minimalista, ou na realização de ações no campo da saúde coletiva; tão pouco à realização exclusiva de ações não-assistenciais, apesar dessas ações serem de grande importância. E do mesmo jeito, não é uma forma rudimentar de atenção que não acompanha os avanços da ciência (ANDRADE, *et al.*, 2007).

Mendes (2009) afirma que os sistemas fragmentados de atenção à saúde, se organizam de forma que os pontos de atenção à saúde são isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Com uma proposta totalmente contrária às RAS, que objetivam integralizar o sistema público e superar as fragilidades da fragmentação determinada pelo processo de municipalização (MENDES, 2011).

Quando a Atenção Básica não se comunica fluidamente com a atenção secundária, conseqüentemente esses dois níveis, também não se articularão com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Diferentemente, dos sistemas integrados de atenção à saúde, as RAS, são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2009).

Por meio da literatura internacional, é possível obter evidências, de que as RAS podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde. Com resultados positivos em várias situações, como: na saúde mental (SIMON, 2000; KATON, 2004); no controle do diabetes (POLONSKY, 2003; VETTER, 2004); no aumento da satisfação dos usuários (MALCOLM *et al.*, 2000); no controle de doenças respiratórias crônicas e na redução da utilização de serviços especializados (SINGH, 2005).

Singh (2005) analisou catorze revisões sistemáticas e vinte e nove ensaios randomizados e encontrou em suas análises resultados que mostravam que as redes de atenção à saúde melhoraram o uso dos recursos associado com resultados clínicos e minimizaram os gastos.

Em pesquisas realizadas na Espanha, há evidências de que os sistemas de saúde que eram interligados e possuíam seus diversos níveis integrados, obtinham resultados positivos em vários âmbitos e patologias. Foi observado também, que a integração entre gestores e os diversos prestadores de serviços, melhorou a cooperação entre eles, deu uma maior atenção à gestão de caso, incentivou a utilização de tecnologia de informação e teve impacto sobre os custos da atenção à saúde (NUÑO, 2008; VAZQUEZ *et al.*, 2007).

Entretanto no Brasil, o tema das RAS ainda é muito recente e não há pesquisas em escala, e nem avaliações robustas. Contudo, em alguns estudos de experiências de redes de atenção à saúde mostraram que elas, igualmente ao que ocorre em países desenvolvidos, podem ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos dentro dos padrões do SUS (MENDES, 2009).

Sendo assim, a atenção básica é um importante local de contato entre população e sistema de saúde, precisando ser prioritário nos investimentos da gestão no combate ao ZIKV. Pois é a porta de entrada e o primeiro contato das mães com suspeita de infecção pelo vírus, é por meio da atenção básica que esse gestante terá acesso a uma assistência contínua e integral. Que deverá fornecer atenção para esse problema e agravo de saúde e produzir cuidado longitudinal, por meio de articulação ações assistenciais e não assistenciais. Além de acompanhar essas família, a atenção básica é responsável pela fiscalização do território e suas condições sanitárias (BRASIL, 2010).

Esse aumento assustador do número de notificações de crianças com microcefalia secundária à infecção pelo *Zika Virus* faz refletir sobre a importância de realizar um planejamento reprodutivo de qualidade, discutindo com a futura mãe os

riscos da infecção durante a gestação. Orientar a população no sentido de ajudá-la a planejar sua vida reprodutiva é uma das atribuições dos profissionais da atenção básica. Devendo-se levar em consideração os desejos e necessidades de cada pessoa e respeitando o direito de cada indivíduo na decisão de gerar uma nova vida. Para que isto ocorra os profissionais que atuam nas equipes de saúde devem ter além de conhecimentos, a habilidade de tecer vínculos a fim de auxiliar as pessoas em suas decisões. É importante ainda, facilitar o acesso das pessoas aos métodos contraceptivos disponibilizados na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

O caderno de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva traz em seu conteúdo toda a política que orienta o planejamento reprodutivo, as ações de educação em saúde, as maneiras de realizar a abordagem aos indivíduos ou aos casais, os diversos métodos de contracepção, as orientações pré-natais, e faz a abordagem do tema em situações de violência. A decisão de engravidar ou não depende somente da pessoa ou casal, porém cabe ao profissional esclarecer sobre a situação da existência do risco e, sobretudo, discutir as medidas de proteção individual e coletiva para evitar o contato com o vetor e estimular a realização do pré-natal (BRASIL, 2010b). Entretanto, se a atenção básica, componente central da RAS é de responsabilidade da gestão municipal, como o Estado pode intervir na articulação do cuidado? Como ele pode atuar para aumentar a capacidade de gestão em rede? Como estas questões interferem no enfrentamento a epidemia do ZIKV e seus agravos?

1.3) Governança e relação interfederativa

Posto os componentes essenciais para a estruturação da RAS enquanto condição para prevenção, tratamento e reabilitação da epidemia ZIKV e seus agravos, torna-se necessário uma discussão acerca da gestão dessa rede, especialmente no âmbito estadual, objetivo de nosso estudo.

O enfrentamento da epidemia pelo *Zika Virus* e seus agravos é um grande desafio para a gestão. Como integrar e gerir serviços e atores de diferentes níveis de atenção, diferentes redes temáticas e diferentes esferas de governo? Trata-se, portanto, de um problema de governança e governabilidade para o qual o conceito de RAS oferta um modelo teórico-operacional.

Os processos de definição e gestão de políticas públicas em contextos institucionais definidos por uma governança em rede apresentam desafios extremamente

diferentes daqueles presentes em ambientes de coordenação unitária, tanto no que se refere à tomada de decisões e à definição de metas e diretrizes, quanto à organização das estruturas de provisão de serviços e sua gestão contínua. (AGRANOFF *et al.*, 1999).

A constituição das redes de política pode envolver a presença de diversos atores públicos (locais, regionais e federais), privados, organizações não governamentais, cada um deles sujeito a ambientes institucionais diferentes, o que proporciona orientações diversas e objetivos distintos. A multiplicidade de atores presentes no contexto organizacional das redes ressalta a necessidade de se construir convergência a partir de pluralidade e autonomia (MENDES, 2011).

Para a Organização das Nações Unidas governança é definida como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. É por meio da governança que se estabelece complexos mecanismos, processos, relações e instituições por meio das quais os cidadãos e os grupos sociais podem articular seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e medeiam suas diferenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

De acordo com Mendes (2011) o objetivo de governança é criar uma missão e uma visão nas organizações, definir objetivos e metas que devem ser cumpridos no curto, médio e longo prazos para cumprir com a missão e a com visão, articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização.

Segundo Matus (1997) governar, exige articular três variáveis: a primeira é a criação de projeto de governo, entendido como a proposta de meios e objetivos que compromete uma mudança para a situação esperada; a segunda é a capacidade de governo, que expressa a perícia para conduzir, manobrar e superar as dificuldades da mudança proposta; e por fim a governabilidade do sistema, que sintetiza o grau de dificuldade da proposta e do caminho que deve percorrer-se, verificável pelo grau de aceitação ou rechaço do projeto e a capacidade dos atores sociais para respaldar suas motivações favoráveis, adversas ou indiferentes.

No exercício da liderança pública convergem três elementos: a proposta de objetivos, o grau de dificuldade que apresenta essa proposta e a capacidade para driblar tais dificuldades. Três vértices de um sistema complexo: objetivos, dificuldade para alcançá-los e capacidade para lutar com essa dificuldade. Com outras palavras, o projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governo. Três variáveis fortemente

inter-relacionadas mas, ao mesmo tempo, bem diferenciadas. Estas três variáveis sintetizam um modelo muito simples, mas potente para entender o processo de governo (ALMEIDA FORTIS, 2010).

À medida que se desenvolve a percepção de que o aprofundamento da interdependência consiste no fator decisivo para a obtenção dos objetivos desejados, inicia-se um processo de coordenação deliberado e planejado no sentido de dividir e organizar coletivamente o trabalho, originando uma estrutura de governança em rede, por meio da criação de projeto de governo.

Para Mattos (2010) o projeto de governo diz respeito a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, que persegue uma mudança situacional futura. O planejamento não trata apenas das decisões sobre o futuro, mas questiona principalmente qual é o futuro das decisões. A dimensão de projeto de governo aponta para uma dimensão de longo prazo e para o exercício do planejamento.

Mendes (2011) afirma que o planejamento necessário para as RAS é um planejamento estratégico. Um plano estratégico é um sistema de planejamento que, a partir das necessidades de saúde da população, contidas numa análise de situação de saúde, fixa grandes objetivos e procura alcançá-los a partir de um plano de longo prazo, de um plano de médio prazo e de um plano de curto prazo que guardam, entre si, profunda coerência.

A formulação estratégica implica uma análise do entorno político, institucional e sanitário. Esse trabalho envolve uma ampla consulta a diferentes atores sociais que atuam, direta ou indiretamente, na RAS, envolvendo os gestores, os prestadores, as pessoas usuárias e os conselhos de saúde (MENDES, 2011).

Logicamente, o projeto de governo não só é o produto das circunstâncias e interesses do ator que governa, além de sua capacidade de governo. A eficácia do projeto depende do acerto para combinar o mundo dos valores com o aporte das ciências, em um ato de criatividade humana que é próprio da arte da política. Não bastam as ciências. Devem complementar-se com os valores. Não bastam os valores. Devem ser coerentes com as ciências. E a combinação adequada de ambas as esferas se obtém só com imaginação criativa em relação com as circunstâncias, os desafios e os objetivos perseguidos (ALMEIDA FORTIS, 2010).

O projeto de governo constitui uma ferramenta importante contribuindo como instrumento de articulação na formulação e na implantação de políticas públicas (MATTOS, 2010).

“Um projeto é um instrumento teórico com metodologia prática, que busca tratar de problemas de transformação social e deve ser aplicada de forma sistemática e com rigor no acompanhamento das ações pré-definidas, além de considerar os agentes que atuam por vezes em cooperações ou em conflitos”. (MATUS, 1997)

Uma outra variável essencial para que haja uma boa gestão é a Governabilidade do Sistema que tem relação direta entre o peso das variáveis que são controladas e não controladas por um ator durante sua gestão. Trata-se, naturalmente, das variáveis relevantes e pertinentes ao projeto de governo. Também, depende da influência que o ator tem sobre as ditas variáveis, ou seja, do grau e o peso com que compartilha tais controles com outros atores. O peso das variáveis relevantes varia de acordo ao conteúdo do projeto de governo e a capacidade do governante. Quanto mais variáveis decisivas controla um ator, maior é sua liberdade de ação e maior é para ele a governabilidade do sistema. Quanto menos variáveis de peso controla, menor será sua liberdade de ação, ou seja, sua governabilidade sobre o sistema em relação a esse projeto. A governabilidade é sempre relativa a um ator e um projeto (MATUS, 1997). Os próprios desafios postos pela Atenção Básica inserem sérios desafios a governabilidade da RAS, especialmente para a esfera estadual, uma vez que a AB encontra-se sob responsabilidade dos municípios.

Para Mandell (1999) o processo decisório em redes requer, além da percepção efetiva da interdependência pelos atores envolvidos, uma transformação relativa aos fundamentos culturais de relacionamento entre as partes envolvidas, o desenvolvimento de estratégias e mecanismos de construção de consenso e de compartilhamento de percepções e a instituição de instâncias organizacionais de suporte e intermediação entre os atores envolvidos. Como parte essencial desse processo, apresentam-se estratégias de gestão por meio do monitoramento das relações e da construção de incentivos à formação de coalizões no interior dos clusters descentralizados de atores que possuem os recursos necessários à operacionalização das políticas em questão.

O sistema democrático é complexo por existirem inúmeros atores todos a serem considerados com sua visão e explicação da realidade. Realidades essas que precisam ser conhecidas, diferenciadas, consideradas e respeitadas. A falta de conhecimento político nos técnicos e de conhecimento técnico nos políticos dificulta a solução dos problemas do povo. O conhecimento técnico-político, segundo Matus (1997), possibilita mais condições para a resolução dos grandes problemas de uma país e fortalece a democracia (MATUS, 1997).

É o que Dror (1995) chamaria a falta de profissionalismo na arte de governar. É o domínio do político improvisado, cujo capital se limita à experiência e a capacidade de liderança. Esta falta de rigor na precisão do conceito de governabilidade, que é dominante em alguns círculos intelectuais, impede uma boa análise do potente modelo conceitual que expressa o triângulo de governo. Oculta e confunde o importante espaço que deve ocupar esta nova disciplina transversal que pode ser chamada de Ciências e Técnicas de Governo. É uma disciplina destinada a potencializar a arte do político.

Capacidade de governo, ou governança envolve liderança, ponderada pela experiência e os conhecimentos em Ciências e Técnicas de Governo. É uma capacidade de condução ou direção que se acumula na pessoa do líder, em sua equipe de governo e na organização que dirige. Baseado no acervo de técnicas, métodos, destrezas e habilidades de um ator e sua equipe de governo requeridas para conduzir o processo social, dadas a governabilidade do sistema e o compromisso do projeto de governo. Ou seja, é a capacidade de fazer, realizar e por em ação o Plano de Governo (MATUS, 1997).

Para Mendes (2011) a governança das RAS é o arranjo organizativo formado por uma ou várias instituições que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita.

A governança das RAS é quem cuida de governar as relações entre a Atenção Básica, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. A governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A eficiência nas RAS envolve a capacidade de aumentar a escala dos serviços de saúde (eficiência de escala), de aumentar a eficiência interna, especialmente por meio da capacitação gerencial e de reduzir a variabilidade da prática clínica através da introdução das diretrizes clínicas (MENDES, 2011). O domínio de teorias, métodos e técnicas potentes de governo e planejamento são uma das variáveis mais importantes para que as RAS tenham eficiência e também determinação da capacidade de uma equipe de governo (ALMEIDA FORTIS, 2010).

Vázquez (2007) afirma que não existem evidências empíricas sobre que modelo permite alcançar um maior grau de integração das RAS, e propõe três atributos desejáveis para uma boa governança do sistema: a abrangência de governança de toda a rede, isto é, uma perspectiva sistêmica no processo decisório estratégico; a responsabilidade com a população adscrita à RAS; e a coordenação entre as diferentes instituições que compõem a RAS para assegurar a consistência na missão, na visão e nos objetivos estratégicos.

De acordo com Matus (1997) na capacidade de governo, seja pessoal, da equipe ou da organização, convergem três elementos essenciais: experiência, conhecimentos e liderança. Na experiência se acumula a arte que o conhecimento científico é incapaz de prover. Embora a arte, sem a companhia das ciências, é arte em bruto. Nenhum componente desta tríade vale por si mesmo. O que vale é o produto inseparável suas interações. Os conhecimentos sem experiência e a experiência sem conhecimentos valem pouco, e ambos ficam muito diminuídos diante da carência de liderança. O mesmo ocorre com esta última, se não estar associada aos conhecimentos e a experiência pertinente. A experiência só vale em relação ao capital cognitivo com o qual se acumula, e esse capital cognitivo está imaturo sem a dose de experiência necessária.

Campos (2015) valoriza a dimensão do encontro entre os sujeitos concretos que compõe as instituições de saúde e sua subjetividade. Sem produzir sentido para e entre os atores (gestores, trabalhadores e usuários) as ações se tornam trabalho morto, burocrático, prescritivo e pouco se efetivam. A auto-realização é um dos objetivos das instituições e que não são dados a priori, eles precisam ser co-produzidos nos processos de trabalho em saúde. Instâncias precarizadas e muito autoritárias tendem a desvalorizar a dimensão singular e a criatividade de cada trabalhador e usuário de saúde. Logo, a constituição de espaços coletivos para o exercício da co-gestão, em que os desejos dos diferentes atores, os não-ditos, seus afetos, saberes e poderes possam ser colocados em análise são indispensáveis para aumentar compromisso com as práticas em saúde:

aumentando governabilidade e governança ao mesmo tempo em que se amplia a capacidade crítica e a democracia institucional.

1.4) Rede Interfederativas e Regionalização

No Sistema Único de Saúde, os entes federativos devem “integrar-se, constituir uma rede de serviços e ser um único sistema”, capaz de garantir ao indivíduo a integralidade de sua saúde. De acordo com o disposto no artigo 18 da Constituição Federal (CF) o Brasil é um país no qual a organização político-administrativa compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos. Porém, muitas são as dificuldades jurídico-administrativas para organizar e operar esse sistema (SANTOS, 2011).

A relação dos entes federativos da saúde difere dos demais serviços públicos, como por exemplo, a educação, na qual, de acordo com o disposto no artigo 211 da CF, os sistemas são múltiplos – o municipal, o estadual e o federal –, porém os entes federativos, para alcançarem seus objetivos constitucionais e legais, necessitam somente colaborar entre si, sem a necessidade de “unirem” seus serviços e recursos em “uma única rede”, como é o caso da saúde (SILVA, 2007). Ou seja, são sistemas que se interconectam, mas a interconexão de um serviço de educação municipal com outro não é essencial para a garantia do direito à educação, como acontece com a saúde, em razão da integralidade da assistência (SANTOS, 2011).

Nos serviços públicos de saúde, é essencial que os serviços de uns se interconectem ou interajam com os dos outros. Com o intuito de compor uma rede de serviços que consiga garantir ao cidadão de um ou de outro município a integralidade de sua saúde, já que seria inviável um município arcar sozinho com a assistência integral à saúde de seus habitantes, principalmente nos serviços de alta especialidade (SILVA, 2007).

Por isso é necessário uma articulação entre os entes federativos para compor uma rede interfederativa, que contenha todos os instrumentos jurídico-administrativos que lhes permitam, de maneira integrada e compartilhada, planejar e gerir serviços, transferir recursos e se referenciar uns aos outros de forma sistêmica, numa interdependência política, administrativa e financeira, sem hierarquia e sem perda de autonomia, isso é trabalhar em rede (BRAGA, 2006).

É pela necessidade de haver, no SUS, “gestão” intergovernamental, e não apenas relações entre os governos que se caracteriza as Redes Interfederativas. Nas políticas saúde, é fundamental a existência de uma gestão compartilhada, planejamento integrado e financiamento tripartite. O SUS é uma política pública, ampla, complexa e dotada de elementos que exigem um modelo de gestão mais próximo das tendências atuais da moderna administração pública, que deve atuar mais próxima do cidadão e mediante permanente articulação entre os entes políticos (SANTOS, 2011).

Essa rede compartilhada e interdependente, a rede interfederativa de saúde, tem o objetivo de criar uma forma de relacionamento entre os entes políticos ainda pouco comum no Brasil, que passam a discutir, sem hierarquia, os interesses e as realidades locais, as diversidades culturais, econômicas e sociais dos territórios, superando essa divisão clara e bem estabelecida entre a administração e a política.

A forma de trabalhar em rede fortalece os vínculos dos envolvidos, já que eles se associam com a intenção de cooperar e não de impor; de colaborar e compartilhar as atividades e os recursos, sem hierarquia; além de trazer para perto das autoridades centrais a realidade dos territórios. Isso é a descentralização pública, ou seja, a autoridade central interagir com a autoridade local, por meio de negociação e consenso, e assim toma conhecimentos das reais necessidades daquele município ou estado, o que permite um melhor processo de tomadas de decisão. Surgem assim o pluralismo, a multiplicidade de interações, a proximidade sem fusão, a unidade sem isolamento (GURGEL ACIOLE, 2011).

Existe uma diferença entre rede interfederativa e rede de serviços. A rede interfederativa é o todo; a rede de serviços, uma parte desse todo. A rede interfederativa é uma rede de redes, teias entrelaçadas, aninhadas dentro de teias maiores; entrelaçamento de redes, fortalecendo umas às outras e se regulando conjuntamente mediante acertos e erros, sem regulação imposta por apenas uma unidade. A rede interfederativa engloba a rede de serviços, mas não é esta; a rede de serviços tem postos de saúde, hospitais, tecnologias, profissionais, unidades; a rede interfederativa tem colegiados e agentes políticos que “deliberam sobre o sistema” (BRAGA, 2006).

Poder-se-ia dizer que ela é o elo que alimenta e realimenta todas as redes de todos os serviços e ações. É a complexa forma política de compartilhamento e interdependência dos entes federativos na gestão da saúde, dotados dos elementos necessários à sua interação. Além do mais, não seria inadequado dizer que a rede interfederativa se confunde com o próprio Sistema Único de Saúde, por ser este

concebido como uma “rede de entes políticos, interdependentes na gestão e no financiamento da saúde” (FLEURY, 2002).

A rede interfederativa de saúde é composta por entes autônomos que, sozinhos, podem existir, mas seus resultados são parciais e não garantem a integralidade da assistência. Quando esses entes estão organizados em rede, os resultados são inteiros, e a integralidade da assistência torna-se realidade. Ela deve ter como abrangência o Estado federal (nacional) com seus recortes políticos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) e pode, ainda, se organizar por regiões (interestadual, metropolitana, regional e intermunicipal). A “rede interfederativa de saúde, de âmbito nacional”, se subdivide em rede de âmbito estadual e regional (SANTOS, 2011).

De acordo com o que está disposto no decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A Lei Orgânica da Saúde, criada em 1990, que trata dos seus princípios e diretrizes, identifica como parte do processo de descentralização político-administrativa a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde. Constituída em níveis de complexidade crescente e que pode ser complementada por serviços de natureza privada, mediante a necessidade de garantir a plenitude desses princípios. As ações e os serviços de saúde são de relevância pública e devem ser disponibilizadas à população de modo regionalizado e hierarquizado, com o atendimento integral das pessoas no território brasileiro, tanto em ações preventivas quanto assistenciais (BRASIL, 1990).

O Decreto 7508/11 cumpre, a determinação constitucional de que o SUS deve ser formado por uma rede regionalizada e que suas “regiões de saúde” devem organizar-se para ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde, explicitando a complementariedade entre essas ações para garantir, minimamente, um cuidado integral em tempo oportuno (BRASIL, 2011).

Esse Decreto dispõe também, do ponto de vista organizativo, a atenção básica como a porta de entrada prioritária do sistema; e o estabelecimento dos novos dispositivos para o planejamento do SUS, compreendido como ascendente e integrado, organizado a partir das necessidades de saúde e disponibilidade de recursos, induzindo a

organização de redes de atenção, privilegiando as principais linhas de cuidado que se somam aos esforços desenvolvidos pelos estados e municípios para garantir o acesso à saúde de modo regionalizado (BRASIL, 2011).

Carvalho (2012), afirma que a construção do Pacto pela Saúde e seu aprimoramento com a promulgação do Decreto 7.508/11, tem como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS. Com ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas buscando a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde, o fortalecimento do planejamento regional com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde, o aprimoramento dos mecanismos de governança e a qualificação dos processos de pactuação tripartite.

Estudos recentes, desenvolvidos com a perspectiva de analisar a regionalização do SUS, demonstram que esse processo vem sendo construído, do ponto de vista tecnopolítico, com a participação efetiva dos gestores dos estados e municípios, ainda que centrado na indução do Gestor Federal e desenvolvido em processos de institucionalidade e governança complexos e, muitas vezes, conflituosos, estabelecido por meio de relações entre os diferentes níveis de governo e entre esses e os cidadãos e os diversos segmentos da sociedade, de natureza pública ou privada (VIANA, 2011; DIAS DE LIMA, 2012; MAIA DOS SANTOS, 2014).

O processo de regionalização, é fortemente influenciado pelas dinâmicas socioeconômicas, mas também sofre influência dos ciclos de implantação/implementação das políticas e do grau de articulação/cooperação existente entre os atores sociais componentes dos espaços de governança do setor. Por vezes esse processo é influenciado pelos interesses e projetos nos quais os mesmos encontram-se envolvidos e militando, pautado na capacidade desses atores em gerar consensos sobre as responsabilidades compartilhadas e em construir desenhos regionais que visem a garantia de acesso a ações e serviços de saúde (PAIM, 2007).

Mesmo resguardadas as particularidades do SUS, as tendências da regionalização da saúde no Brasil seguem o curso dos processos estabelecidos em diferentes países no tocante à necessidade de administração coordenada das ações e serviços, principalmente em termos de governança, planejamento e programação, capacitação e treinamento de pessoal, desenvolvimento de redes profissionais, bem como exercícios de enfrentamento mútuo a situações de catástrofe e funcionamento de

serviços de urgência/emergência e de acesso, inclusive, a tecnologias e medicamentos de alto custo (JAKUBOWSKI, 2013).

O debate atual sobre a temática da regionalização no sistema de saúde brasileiro vem ganhando novos contornos nos últimos quinze anos, tanto em virtude da edição por parte do gestor federal de um denso arcabouço normativo sobre a questão, quanto em virtude do número expressivo de estudos sobre a temática, desenvolvidos, principalmente, a partir da instituição do Sistema Único de Saúde – SUS. Cada vez mais fica evidente a necessidade de se pensar políticas com enfoque regional, adequadas a uma realidade que respeite aspectos histórico-culturais dos processos de gestão, permitindo consolidar o desenvolvimento equânime do SUS (CARVALHO, 2017).

Do ponto de vista da articulação interfederativa, considerando o regime federativo do Brasil, é preciso intensificar a relação entre a União, Estados e Municípios, no que diz respeito aos compromissos e responsabilidades a assumir perante o processo de regionalização. Isto exigirá um esforço no sentido de obter uma maior precisão quanto ao papel de cada ente federativo na organização do sistema, particularmente o papel do estado na coordenação da conformação de redes e na identificação da oferta de serviços e necessidades de saúde, bem como na cooperação com os seus municípios. Por outro lado, a abordagem em saúde deve ser também intersetorial, pensar em saúde significa implicar outros setores que têm influência e que, em grande parte, desconhecem seus desafios, potencialidades e processos (CARVALHO, 2017).

É importante destacar também que as debilidades inerentes ao processo de regionalização são históricas e se arrastam desde o início do sistema, e que somente superando essas fragilidades será possível fortalecer a governança regional, cuja velocidade de implementação dependerá da capacidade e da vontade política, e será distinta no país (CARVALHO, 2017).

1.5) Zika Vírus e as Redes Temáticas

Tendo em vista a importância do serviço prestado pelas redes e todos os benefícios que ela pode trazer para a sociedade, no período da grande demanda de

infecção pelo ZIKV e casos de microcefalia, que são um agravo emergencial em saúde pública as RAS estão realizando ações como forma de antecipar e evitar um cenário crítico no que diz respeito à gestante com *Zika Vírus* e a microcefalia. Estas ações colaboram com a eficácia de um trabalho conjunto ao Ministério da Saúde para que possa ser feito um acompanhamento adequado na rede de atenção básica da criança e da gestante (BRASIL, 2016) inseridos e articulados às agendas das Redes Temáticas.

No mesmo período em que foi lançada a portaria da RAS foram lançadas as denominadas Redes Temáticas, em especial para o nosso estudo, a Rede Cegonha, lançada através da portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011, mesma data em que é lançada a portaria nº 1473 que institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. E quase um ano depois a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência através da portaria nº 793 de 24 de abril de 2012.

Embora a epidemia do *Zika Vírus* afete a população de modo geral, entre as gestantes os riscos são mais graves, uma vez que estão associados a casos de abortamentos, natimortos e microcefalia. Logo, tal epidemia atinge diretamente uma população específica que exige a integração de ações de vigilância e atenção em saúde mobilizando dessas duas Redes Temáticas: a Rede Cegonha (BRASIL, 2011a), que inclui cuidados específicos no pré-natal, parto e nascimento e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012) para os casos de nascidos vivos com síndrome congênita do vírus zika. Logo, tal epidemia exige uma integração em rede de pontos de atenção à saúde, especialmente as Equipes de Saúde da Família, Maternidade e Centros Especializados de Reabilitação, bem como serviços de suporte diagnóstico e vigilância epidemiológica.

O Ministério da Saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde se articulou de diversas formas para possibilitar assistência e acompanhamento às gestantes com ZIKV e também cuidados à recém-nascidos com microcefalia. Toda estrutura de atendimento englobam as redes como forma de fornecer todos os subsídios para acompanhar da melhor maneira os cuidados aos pacientes com o vírus dentro dos marcos e diretrizes da Saúde da Mulher, Saúde da Criança em torno da articulação de duas redes temáticas: Rede Cegonha e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. (BRASIL, 2016). Apresentaremos alguns marcos político-institucionais das áreas estratégicas diretamente envolvidas com a Rede Zika e suas atribuições para a

elaboração e implementação de ações de controle do ZIKV e seus agravos. Ao demarcar aspectos relevantes próprios a cada área/política específica enfatiza dimensões da gestão que serão posteriormente, nos resultados, analisadas: o papel específico de cada política e a integrações das ações no âmbito da gestão estadual.

1.5.1) Rede Cegonha

As mulheres são a maioria da população brasileira (51%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (BRASIL, 2011b).

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2011b).

Na literatura existem vários conceitos sobre saúde da mulher. Há concepções mais restritas que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e outras mais amplas que interagem com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Nas concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero (COELHO, 2003).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) ((BRASIL, 2011b).

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva foi definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (CIPD, 1994).

Nessa definição, toma-se como referência o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), e são incorporadas dimensões da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos. No entanto, apesar do avanço em relação a outras definições, o conceito da CIPD fica restrito à saúde reprodutiva e não trata a saúde-doença como processo na perspectiva da epidemiologia social, o que vem sendo bastante discutido desde o final dos anos 60 (BRASIL, 2011b).

Em 2004 o Ministério da Saúde, propõe diretrizes para humanização e a qualidade do atendimento. Em 2011 o Ministério da Saúde em parceria com diversos setores da sociedade, elaborou o documento com 2ª reimpressão desta política, que trouxe várias diretrizes e objetivos gerais e específicos. Como a promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (ZECHI *et al.*, 2016).

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado. As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico (BRASIL, 2011b).

Com o objetivo de reverter essa realidade, o Ministério da Saúde criou novas estratégias que propiciassem a mudança do modelo de atenção e gestão ao parto e ao nascimento no SUS, com o intuito de reduzir a mortalidade materna e infantil e qualificar o cuidado (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010). Para chegar a esse fim, foi apresentado, como uma das ações do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste, o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM), em 2009 (BRASIL, 2010).

Com a colaboração da Política Nacional de Humanização, foram definidas como diretrizes a gestão democrática das maternidades; o acolhimento com classificação de risco; o direito a acompanhante e ambiência; e a construção de redes de cuidado perinatal. Sabendo que a qualidade da atenção implica na promoção, reconhecimento, e respeito aos direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar, foi instituída, em 2011, a Rede Cegonha para atenção à mulher e criança (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011).

Considerando a situação epidemiológica apresentada, os compromissos políticos assumidos desde a instituição do SUS e a Portaria que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (Portaria nº 4.279/2010). A Rede Cegonha visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Foi lançada com o objetivo de disseminar no país um novo modelo de atenção, se propõe a ampliar a rede de cuidados às gestantes e aos bebês. Com ações qualificadas no pré-natal, no parto, no puerpério e desenvolvimento da criança até que complete dois anos, com direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011). E é um importante agente no apoio e tratamento as mães infectada pelo ZIKV.

A ideia da rede pretende também incentivar o aleitamento materno; tornar disponível transporte de emergência para as crianças que necessitam (Samu Cegonha), objetiva reduzir a gravidez na adolescência, por meio de palestra em escolas, e assegura à mulher seus direitos sexuais e reprodutivos. Possui como principal proposta, erradicar os altos índices de mortalidade materna no Brasil, sobretudo na área amazônica e no nordeste brasileiro, competirá aos estados e municípios a sua aplicação (BRASIL, 2011).

Alguns autores reconhecem a importância da Rede Cegonha para o Brasil, mas que segundo suas pesquisas ainda, apresenta: poucos leitos, precária assistência hospitalar e médica, altos níveis de mortalidade materno e infantil, e uma das mais altas taxas de cesáreas do mundo com uma porcentagem de 80% na rede privada e 30% na rede pública, valores bem superiores ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que, desde 1985, recomenda o teto de 15% de partos cirúrgicos ao ano (CECCIM *et al.*, 2011).

A grande incidência de casos de infecção pelo *Zika Vírus* impõe a intensificação do cuidado às gestante durante o acompanhamento pré-natal, que deve ser realizado pela Rede Cegonha, devido à possível associação com casos atuais de microcefalia em recém-nascidos. É necessário ampliar também as ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva da mulher, através da oferta de métodos contraceptivos, as visitas domiciliares para orientar a população e realizar o acompanhamento das gestantes, puérperas (BRASIL, 2016b).

Sendo assim, as ações da Rede Cegonha na Atenção Básica, voltada ao atendimento singularizado das pacientes infectadas com ZIKV proporcionando um apoio emocional, físico e social, visa à qualificação do cuidado à gestante e à puérpera, incluindo ações de planejamento reprodutivo, incentivando a reprodução, mesmo com a ameaça do vírus, e às crianças especialmente nos dois primeiros anos de vida, ampliando a capacidade de cuidado integral às mulheres e fortalecendo a Atenção Básica na perspectiva de rede de atenção integrada (BRASIL, 2014).

A saúde da gestante e seu conceito dependem dos cuidados realizados durante a gestação. Idealmente a gestação deveria ser planejada e precedida por exames e ações que garantissem a saúde da futura mãe, como isto está muito longe de nossa realidade, é preciso que se promova a captação precoce da gestante, na intencionalidade de proteger a saúde do binômio mãe/filho. Seguramente este é um período repleto de anseios, medos, mitos que podem gerar grande stress e comprometer a saúde da mãe, para minimizar estes efeitos é preciso que a equipe acolha a gestante e esclareça suas dúvidas, medos e crendices (CUNHA *et al.*, 2016).

Iniciar o pré-natal no primeiro trimestre permite que a gestante realize os exames de triagem de forma oportuna bem como a ultrassonografia obstétrica para confirmação da idade gestacional (este é o período mais fidedigno para datar o tempo de gestação). As Redes de Atenção à Saúde estão implementando ações de acompanhamento gestacional, com enfoque no primeiro trimestre da gravidez, pois é

fundamental para a identificação de fatores de risco, relacionados a infecção pelo ZIKV (BRASIL, 2016c).

O pré-natal continua a ser atribuição dos profissionais da atenção básica, mesmo se a gestante tiver a suspeita de infecção pelo *Zika Virus*. Deve-se acolher a família e a paciente e realizar as orientações oportunas, esclarecer as dúvidas e realizar o seguimento de pré-natal segundo o protocolo sugerido pelo Ministério da Saúde (CUNHA *et al.*, 2016).

O protocolo da Atenção Básica de Saúde das Mulheres, sintetiza um conjunto de ações para produção do cuidado integral e multiprofissional das gestantes, que vai desde o acolhimento inicial com escuta qualificada até um amplo plano de cuidados. No caso de gestante com exantema deve ser acompanhada no pré-natal de baixo risco, a infecção pelo *Zika Virus* não é condição para encaminhamento para o serviço de pré-natal de alto risco, salvo se ocorrerem agravos que justifiquem tal ação. No entanto, como é uma condição que irá gerar uma grande carga emocional, o seguimento desta gestante deve incluir o suporte multiprofissional (BRASIL, 2015a).

O seguimento deve ser realizado como indicado no protocolo de pré-natal de baixo risco, com a ultrassonografia obstétrica solicitada no primeiro trimestre, não sendo necessário e nem desejável a repetição desse procedimento mensalmente, ação esta que não vai mudar o prognóstico do concepto (BRASIL, 2013). A gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco somente se apresentar agravos indicados no Protocolo de Saúde da Mulher (BRASIL, 2016).

O protocolo de atendimento a mulheres em idade fértil, gestantes, puérperas e bebês com microcefalia, descreve orientações para o parto e o nascimento, incentivando o parto normal para bebês com microcefalia, contato pele-a-pele, e a amamentação na primeira hora como forma de estimulação precoce (BRASIL, 2016c).

A confirmação da infecção pelo *Zika Virus* ou a presença de microcefalia no concepto não são indicações para parto cesariana, devendo-se indicar o parto normal e proporcionar condições para o parto humanizado de acordo com as diretrizes vigentes. A indicação pelo parto cesariana somente quando houver risco à gestante ou ao feto (CUNHA *et al.*, 2016).

Deve-se assegurar ao concepto as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde: contato pele-a-pele, clampeamento oportuno do cordão umbilical, amamentação na primeira hora de vida e os procedimentos de cuidados preconizados rotineiramente (BRASIL, 2016c).

Logo após o parto os recém-nascidos que possuem suspeita de microcefalia passarão por uma bateria de exames físico, com a medição do perímetro cefálico. Sendo considerados microcefálicos aqueles com circunferência menor de 32 centímetros. Em seguida, eles passarão por exames neurológicos e de imagem, como a Ultrassonografia Transfontanela (US-TF), como primeira opção e para aqueles que a estrutura óssea da fontanela impossibilitar a realização do US-TF será realizado a tomografia. Também serão feitas coletas do sangue do cordão umbilical e da placenta das crianças nascidas com suspeita de microcefalia (BRASIL, 2016a).

Conforme estudos realizados na Polinésia Francesa, não foi identificada a replicação do vírus em amostras do leite. Também não há descrição de transmissão por urina, saliva e sêmen (JOUANNIC, 2016). Sendo assim é válido destacar que a amamentação precisa acontecer como fonte principal de alimentação para o recém-nascido até os dois anos de idade, sendo exclusiva até os seis meses. Pois, não há evidências de transmissão do ZIKV por meio do leite materno (BRASIL, 2016c).

Dessa forma, o Ministério da Saúde concorda com a posição do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – Fiocruz onde afirma que à luz dos conhecimentos científicos atuais, não há evidências que comprovem a necessidade de alterar as condutas assistenciais e técnicas no que concerne ao aleitamento materno e aos Bancos de Leite Humano frente ao cenário epidemiológico do ZIKV (BRASIL, 2016c).

Durante o puerpério é necessário que a equipe de saúde realize a visita domiciliar na primeira semana de vida do bebê, com as orientações necessárias para qualificar o cuidado do binômio mãe-filho. É fundamental a identificação de condições que possam desencadear agravos à saúde tanto da mãe, quanto do conceito (BRASIL, 2016c).

A orientação e identificação de problemas relacionados ao aleitamento materno exclusivo, os cuidados com o bebê, a confirmação da imunização e o agendamento da primeira consulta também são ações da equipe de saúde. É importante verificar as medidas que foram prescritas na maternidade, se o bebê realizou avaliação da visão, audição e ultrassonografia transfontanela. Nesse encontro deve-se agendar a primeira consulta de puericultura. A puérpera deve ser orientada quanto aos sintomas que sugeriram agravos à sua saúde, tais como febre, presença de fissuras na mama, sintomas de depressão, entre outros (CUNHA *et al.*, 2016).

É fundamental informar a mãe e sua família que a confirmação de infecção pelo *Zika Virus* nesse período não é sinônimo de presença de microcefalia no concepto. A rotina de vacinas e avaliação odontológica deve ser mantida como preconizado. O aleitamento precisa ser estimulado e, se necessário, as mamas preparadas para tal finalidade. Os profissionais da atenção básica precisam avaliar a situação familiar, identificando situação de transtorno mental deve-se encaminhar a puérpera para o serviço de saúde mental, devem estar capacitado para realizar o seguimento de pré-natal, assim como transformar-se em apoio à gestante em seus anseios em relação ao futuro bebê (CUNHA *et al.*, 2016).

A equipe de saúde precisa estar sensibilizada para a situação da família, a introdução de um novo membro no núcleo familiar já é por si só um instante de rearranjo familiar para realizar o cuidado de um novo integrante. O nascimento de uma criança com Síndrome congênita relacionada à infecção pelo *Zika Virus* vai desencadear um grande stress na família, sendo importante o suporte da equipe para orientar e pactuar os cuidados do bebê, direcionar para fluxo de cuidado na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência já que esta rede foi criada com o intuito de ampliar e articular de pontos de atenção à saúde para atender as pessoas com deficiência, e assim promover cuidado à saúde e identificação precoce de deficiências em todas as fases da vida das crianças acometidas por essa síndrome.

1.5.2) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

O acolhimento e o cuidado às crianças com microcefalia e a suas famílias são essenciais para que se conquiste o maior ganho funcional possível nos primeiros anos de vida, fase em que a formação de habilidades primordiais e a plasticidade neuronal estão fortemente presentes, proporcionando amplitude e flexibilidade para progressão do desenvolvimento nas áreas motoras, cognitiva e de linguagem (MARIA-MENGEL *et al.*, 2007).

Crianças com síndrome congênita do vírus zika, que possuem algum prejuízos no desenvolvimento neuropsicomotor devem beneficiar-se do Programa de Estimulação Precoce, desenvolvido pela Rede Cuidados à Pessoa com Deficiência. Com o objetivo de estimular a criança e ampliar suas competências, através de estímulos que interferem na sua maturação, para favorecer o desenvolvimento motor e cognitivo. Logo

após o recém-nascido estar clinicamente estável a criança deve ser inserida nesse programa, que se estenderá até os três anos de idade (BRASIL, 2016d)

No Brasil, os direitos das crianças já estão consolidados juridicamente por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) desde 1990, com a publicação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990a). Nessa lei foi atribuído ao o Sistema Único de Saúde (SUS) promoção do direito à vida e à saúde à criança e ao adolescente, mediante a atenção integral. Esses direitos incluem o acesso aos bens e serviços nos diferentes níveis de atenção, com ações que envolvem promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação de doenças e agravos de forma humanizada (BRASIL, 2010c).

A infância é um período em que a maior parte das potencialidades humanas se desenvolve (BRASIL, 2009). Assim, os problemas enfrentados pela criança desde o início de sua vida podem se refletir em graves consequências para o adulto. As crianças e os adolescentes devem ser entendidos como sujeitos de direitos, com especificidades que merecem tratamento prioritário pelas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2010c).

Nesta perspectiva, colaboram para uma atenção humanizada e integral, as políticas públicas que priorizam a atenção à saúde da criança e que têm como proposta ações direcionadas à imunização, o incentivo ao aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e o controle das doenças prevalentes da infância, como diarreias e infecções respiratórias agudas. Com isso, procura-se atuar de modo a reduzir a mortalidade infantil, implementando-se ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças (BRASIL, 2016e).

Desta forma, a atenção integral à saúde da criança exige dos profissionais um envolvimento redobrado, tendo em vista que precisam estar atentos a todas as condições relacionadas ao processo saúde-doença. É preciso também, ampliar o olhar para além de questões clínicas, focando nos diferentes contextos sociais, culturais e econômicos em que vivem as famílias, direcionando a visão ao ambiente, à educação, à relação da criança com os pais e seus laços afetivos, à alimentação, e a outros fatores que possam intervir na promoção de um ambiente favorável ao desenvolvimento da criança, na perspectiva da qualidade de vida e do bem-estar familiar (BRASIL, 2016e).

De acordo com o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2014a) a taxa de mortalidade infantil (mortes de crianças com menos de 1 ano de idade) caiu no Brasil, de 1990 a 2011, de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos. O Ministério da Saúde tem investido na rede de cuidados para assegurar às mulheres o

direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2012a).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde o desenvolvimento infantil é um processo multidimensional e integral, que inicia desde a gravidez, passando pelo crescimento físico, a maturação neurológica, o desenvolvimento dos seus comportamentos, sentidos, cognição e linguagem, bem como as relações socioafetivas. Tornando a criança capaz de suprir suas necessidades e as do seu meio, levando em consideração seu contexto de vida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005).

O Ministério da Saúde recomenda que a atenção integral à saúde da criança deve iniciar o mais precocemente possível, contemplando atividades programadas individuais e coletivas, ações educativas e de promoção à saúde, assim como o acesso ao diagnóstico, cura e reabilitação daquelas crianças com problemas de saúde já instalados. O atendimento à criança doente, em qualquer circunstância, deve ser priorizado no serviço de saúde e precisa fazer parte do planejamento da equipe em todos os níveis de atenção, inclusive da atenção básica (BRASIL, 2016e).

Todos os pontos de atenção da RAS, que se singularizam nos estados e nos municípios, têm papel estratégico no cuidado à infância, pois é justamente na capacidade de articulação dos pontos de atenção da Rede SUS (no caso, na atenção básica e especializada) que se dá a garantia do acesso e da integralidade do cuidado à saúde (BRASIL, 2016d).

Alguns estudos apontam a necessidade de se conhecer o desenvolvimento adequado durante a infância. Para que possa servir de comparação com alterações e doenças no desenvolvimento que possivelmente venham acontecer (ILLINGWORTH, 2013). Por meio desses estudos é sabido que, em geral, recém-nascidos (RN) acometidos com microcefalia apresentam alterações no desenvolvimento neuropsicomotor (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PRNAMBUCO, 2015; PEÑA, 2007).

A Diretriz de Estimulação Precoce para Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia, do Ministério da Saúde, promove orientações específicas aos profissionais de saúde quanto ao acompanhamento e ao monitoramento do desenvolvimento infantil, bem como para orientar profissionais da reabilitação (fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas

ocupacionais, psicólogos, entre outros), que atuam em diferentes pontos de atenção da RAS, para realização de estimulação precoce, matriciamento às equipes de saúde e orientação às famílias de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia e/ou outros agravos (BRASIL, 2016d).

As Rede de Atenção à Saúde, possuem um papel primordial e estratégico na estimulação precoce das crianças com microcefalia e no cuidado à infância, pois é a interligação dos pontos de atenção da Rede SUS (no caso, na atenção básica e especializada) que garante o acesso e a integralidade do cuidado à saúde (BRASIL, 2016f).

Crianças com microcefalia e prejuízos do desenvolvimento neuropsicomotor beneficiam-se da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que objetiva estimular a criança e ampliar suas competências, abordando os estímulos que interferem na sua maturação, para favorecer o desenvolvimento motor e cognitivo. A criança deve ser inserida nesse programa, que deve ter seu início tão logo o bebê esteja clinicamente estável e se estender até os 3 anos de idade (BRASIL, 2016d).

Essa Rede Temática de grande relevância no atendimento e no acolhimento as crianças com microcefalia, foi definida pela portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, como medidas relacionadas à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde, por meio da ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para as pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no SUS, considerando a importância das ações intersetoriais para o pleno desenvolvimento dessas ações (BRASIL, 2012).

Segundo o decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, os estados deverão tomar todas as medidas necessárias para assegurar às crianças com deficiência liberdade e todos os direitos humanos, em igualdade de oportunidades com as demais crianças. Os interesses da criança sempre terão prioridade. Com direito à expressar livremente sua opinião que deverá ser valorizada de acordo com sua idade e maturidade. E receberem atendimento adequado à sua deficiência e idade, para que possam exercer tal direito (BRASIL, 2009a)

A microcefalia é uma malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve dentro dos padrões de normalidade. Caracterizada por um perímetro cefálico menor do que o esperado para uma determinada idade e sexo e, dependendo de sua etiologia, pode estar relacionada a malformações estruturais do cérebro ou ser secundária a causas diversas (ADACHI et al., 2011). É por esses motivos que a criança

acometida pela microcefalia é considerada como deficiente e precisa do acolhimento da Rede Cuidados à Pessoa com Deficiência.

A estimulação precoce de bebês nascidos com microcefalia ou com a síndrome congênita do vírus zika promove a harmonia do desenvolvimento entre vários sistemas orgânicos funcionais (áreas: motora, sensorial, perceptiva, proprioceptiva, linguística, cognitiva, emocional e social) dependentes ou não da maturação do Sistema Nervoso Central (SNC) (MARIA-MENGEL *et al.*, 2007).

Qualquer programa de estimulação do desenvolvimento da criança deve ter seu início no período que engloba desde a concepção até os três anos de idade. Esta é a fase em que o cérebro se desenvolve mais rapidamente, constituindo uma janela de oportunidades para o estabelecimento das fundações que repercutirão em uma boa saúde e produtividade ótima no futuro (Unicef, 2015).

Em um estudo de revisão sistemática, foi possível identificar uma forte correlação entre microcefalia e paralisia cerebral, sendo assim é necessário que tratamentos de suporte sejam iniciados o mais rápido possível, para que esforços no campo da reabilitação sejam garantidos, quando necessários (ASHWAL *et al.*, 2009).

Entretanto, a simples ocorrência de microcefalia, não significa necessariamente que ocorrerão alterações motoras ou mentais. Crianças que possuem o perímetro cefálico abaixo da média podem ser cognitivamente normais, sobretudo se a microcefalia for de origem familiar. Porém, em sua grande maioria os casos de microcefalia são acompanhados de alterações motoras e cognitivas que variam de acordo com o grau de acometimento cerebral (ADACHI *et al.*, 2011).

O cuidado e o acolhimento às crianças e a suas famílias são de grande importância para facilitar a conquista do maior ganho funcional possível nos primeiros anos de vida. É durante essa fase que há formação de habilidades primordiais e a plasticidade neuronal, proporcionando amplitude e flexibilidade para progressão do desenvolvimento nas áreas motoras, cognitiva e de linguagem (MARIA-MENGEL *et al.*, 2007). A estimulação precoce é de extrema importância, pois esta é uma fase em que o desenvolvimento cerebelar é mais acelerado, criando oportunidade para que se estabeleça funções que repercutirão em maior independência e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida no futuro. A participação de pais e familiares no programa é essencial, pois o ambiente social é rico em estímulos para a criança (BONNIER, 2008).

O Ministério da Saúde disponibilizou aos profissionais e gestores do país, as diretrizes de estimulação precoce a crianças com microcefalia. Essas diretrizes

expressam pontos importantes relacionados ao desenvolvimento neuropsicomotor da criança, como a avaliação do desenvolvimento auditivo, visual, motor, cognitivo e da linguagem, a estimulação precoce, o uso de tecnologia assistiva (bengalas e cadeiras de rodas), além de outros aspectos, como a importância do brincar e a participação da família na estimulação precoce (BRASIL, 2016g).

De acordo com os princípios do SUS, a universalidade, integralidade e equidade a pessoa com deficiência, tem direito atenção à saúde, a reabilitação, ao acesso e o que for necessário para sua reabilitação, e que proporcionam melhor qualidade de vida. Atendimento das necessidades básicas e específicas de saúde, por meio da promoção, prevenção, reabilitação e prioritariamente a inclusão social, numa estrutura organizada de assistência a atenção primária, média e alta complexidade fortalecida pelo ideário do SUS (BRASIL, 2016g).

CAPÍTULO 2: METODOLOGIA – AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Esta pesquisa faz parte de um projeto de pesquisa quantitativo e qualitativo intitulado: Monitoramento da microcefalia em recém-nascidos e acompanhamento clínico e de crescimento e desenvolvimento de uma coorte de crianças com infecção congênita pelo Vírus Zika.

2.1) Marco teórico-metodológico

2.1.1) Avaliação em Saúde

Para compreender a diversidade e a riqueza do campo da pesquisa avaliativa qualitativa em saúde, é necessário realizar um breve histórico da institucionalização da avaliação de políticas, programas e serviços de saúde. A avaliação sistemática das intervenções sociais é, na verdade, uma atividade muito antiga (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

Há quatro mil anos, os povos da China faziam uso de métodos formais de avaliação para recrutar seus funcionários públicos. Por volta do século XVIII, na Grã-Bretanha e França se inicia a história moderna da avaliação, durante esse processo, as novas correntes ideológicas e filosóficas que serviram de sustento para o pensamento científico e moderno, e resultou em um aprimoramento dos métodos de pesquisa social (GUBA *et al.*, 1981).

É evidente que o campo da avaliação vem sofisticando-se desde o seu início histórico, sendo que seu percurso nos últimos cem anos pode ser dividido em quatro gerações (FURTADO *et al.*, 2001).

A primeira geração é marcada pela mensuração e estaria associada a avaliação do desempenho de escolares. Dois fatores são muito importante para o desenvolvimento desta primeira geração: o primeiro foi a ascensão das ciências sociais (imbuídas do paradigma das ciências físicas) e o segundo foi o surgimento do gerenciamento científico nas indústrias. No decorrer dos primeiros 30 anos do século XX os termos "avaliação" e "mensuração" tornaram-se praticamente sinônimos. Nesta geração o avaliador considerado como um técnico que deveria construir e usar instrumentos que servem para medir, quer sejam, resultados escolares, inteligência, produtividade dos operários, entre outros (FURTADO *et al.*, 2001).

A segunda geração é caracterizada pela descrição, é durante esse período que nasce a chamada avaliação de programas, surgiu a partir de uma necessidade identificada nos Estados Unidos (EUA) de conhecer como funcionam, na prática, os currículos escolares, ou seja, identificar e descrever o processo e como a atividade atinge (ou não) seus resultados e não apenas mensurar resultados, como na primeira geração (FURTADO *et al.*, 2001).

A terceira geração foi caracterizada pelo julgamento e seu marco inicial foi a partir do final da década de 50. Nessa geração o avaliador continuava a exercer a função de descrever e mensurar agora acrescida daquela de estabelecer os méritos do programa avaliado, baseando-se em referenciais externos (FURTADO *et al.*, 2001).

Na quarta geração, de acordo com Guba *et al* (1989), as certezas e o ideal de verdade subjacentes ao método científico positivista dão lugar às dúvidas. A crítica desses autores está voltada para três aspectos importantes, a primeira é que a avaliação é concebida pelos administradores como simples ferramenta a serviço de estratégias políticas, a segunda está relacionada aos julgamentos de valores e a terceira é que a preponderância do método experimental e da abordagem positivista na condução da avaliação leva a privilegiar as medidas quantitativas.

Nessa última geração, a avaliação leva em conta o ponto de vista dos diferentes atores, seus parâmetros e fronteiras não são mais determinados de antemão, mas sim elaborados em um processo evolutivo e interativo, em que participam os diferentes atores e grupos envolvidos: avaliação participativa (GUBA *et al.*, 1989).

A avaliação contemporânea é a consumação dos esforços e das controvérsias que, durante mais de dois séculos, permitiram conceber abordagens, métodos e técnicas para estimar as intervenções e os programas sociais. Esses esforços e essas controvérsias concorreram para o enriquecimento progressivo do arsenal teórico e metodológico e dos recursos institucionais do campo da avaliação (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

Até 2008 a avaliação em saúde no Brasil apresentava-se, por intermédio de processos primitivos, pouco incorporados às práticas do Sistema Único de Saúde (SUS), quase sempre, marcado por um caráter mais prescritivo e burocrático. Ainda não há uma cultura institucionalização da avaliação, aparecendo de maneira pouco sistemática e sistematizada. Dificilmente seus achados e contribuições influenciam realmente no processo decisório e na formação dos profissionais, necessitando, portanto, de

investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública (BRASIL, 2008).

No ano de 1999, um importante debate sobre Institucionalização da Avaliação foi divulgado nos Cadernos de Saúde Pública com base na experiência da avaliação de programas e políticas públicas na França, um dos países pioneiros nesse assunto. Ao determinar a relação cronológica desta implantação com diversas experiências internacionais e ao colocar em discussão a reflexão sobre os caminhos que podem ser adaptados ou evitados para uma política de avaliação do setor saúde no Brasil, Zulmira Hartz (1999) chama atenção para o questionamento de Pouvourville (1999) quando este interroga sobre a possibilidade de se aprender com as experiências dos outros: temos que fazer o mesmo caminho, para ficarmos convencidos pela própria experiência do que é certo ou errado, mesmo que alguém já tenha nos contado, ou podemos pular etapas e ir direto aos pontos que parecem corretos?

A partir da declaração de Alma-Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS) começou a estimular a utilização de práticas avaliativas, entretanto o Brasil começou tardiamente a utilizar essas práticas, devido principalmente a dois fatores interdependentes: o primeiro, foram as características do Estado autoritário, vigente no início dos anos 1980, contrário a submeter suas incipientes políticas sociais à avaliação ou a qualquer outro tipo de análise (FURTADO *et al.*, 2014), e o segundo, é que a sociedade brasileira estava longe de reivindicar responsabilidade e transparência nas políticas públicas de seus programas e serviços (HARTZ, 1999).

Na contracorrente, no início dos 1990, as reformas que ocorriam nesse momento contribuíram, para o ingresso da temática da avaliação na agenda sanitária brasileira, as políticas de valorização do planejamento em saúde e as políticas voltadas para a unificação e descentralização do sistema de saúde, como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Essa contínua expansão e relativa autonomização do espaço da avaliação em saúde faz emergir questões sobre a sua constituição no interior do setor Saúde no Brasil. E desde então a avaliação em saúde constituiu-se como objeto de interesse em vários momentos históricos da Saúde Pública brasileira (PAIM, 2005).

Nos últimos anos, diversas pesquisas voltadas para avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva no Brasil. Pesquisas que vão desde pesquisas acadêmicas, voltadas para a avaliação de serviços de saúde, até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas com o objetivo de

subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados (PAIM, 2005). Alguns autores defendem o princípio de que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional (STEVENSON *et al.*, 2002).

Avaliar, é uma ação humana comum e que por vezes, pode estar relacionada com intuição e a opinião. Segundo Robert (1967) o verbete “avaliar” significa emitir um julgamento sobre o valor, o preço. Avaliar é um exercício sistemático que necessita de uma expertise do avaliador e pertence ao campo da pesquisa (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

A pesquisa avaliativa objetiva medir os efeitos de uma intervenção, entender como foram obtidos e julgá-los (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Furtado *et al.* (2014) considera que o julgamento de valor associado inevitavelmente à avaliação, é um avanço, pois afirma que este componente é importante e inevitável no processo avaliativo. O julgamento se dará, na verdade, a partir da confrontação entre o objeto da avaliação e um referencial que poderá ser os objetivos iniciais do projeto, as normas profissionais, o desempenho de um programa similar ou outros referenciais não explicitados por diferentes motivos. De qualquer forma, as normas e critérios a serem utilizados para conferir um julgamento ao final da avaliação serão influenciados pelos grupos que o definem, sejam usuários, profissionais ou gerentes (LEVASSEUR *et al.*, 2012).

A avaliação por si só não se traduz automaticamente em uma decisão, porém, espera-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões. Atualmente, a necessidade da concepção e implantação de uma verdadeira cultura de avaliação nos sistemas de saúde parece ainda mais importante do que há dez anos (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Partindo de ideia que avaliar é emitir um juízo de valor, é importante destacar que os valores e julgamentos expressam a história, a visão de mundo, a subjetividade dos avaliadores e avaliados frente a objetividade da realidade vivida. A subjetividade e as relações de saber-poder são parte integrante do objeto da pesquisa avaliativa (FURTADO *et al.*, 2001). Destacam-se mais recentemente as dimensões não mensuráveis que compõem os processos de trabalho em saúde, como a subjetividade dos diferentes atores (SANTOS-FILHO, 2007; FURTADO E ONOCKO CAMPOS, 2008).

Dentro dos tipos de pesquisa avaliativa, existe um que inclua os trabalhadores na produção da avaliação, considerando seus potenciais de apoio à intervenção na realidade, recompondo ou reorganizando conhecimentos, técnicas e instrumentos de maneira objetiva e operacional, esse tipo é denominado Pesquisa Avaliativa Participativa. A avaliação se faz na perspectiva de avaliação de processo e inclui os diferentes atores reposicionando-os da condição de avaliados para também avaliadores (PASSOS *et al.*, 2008).

Algumas pesquisas mostram que em um programa ou serviço, onde há participação ativa de seus trabalhadores ou beneficiários na avaliação, aumenta as chances de utilização dos resultados da pesquisa (PATTON, 1997), estimula a participação, a capacitação e o desenvolvimento dos envolvidos (FEUERSTEIN, 1990), considera os diferentes interesses, questões e reivindicações existentes (GUBA *et al.*, 1989), revela as aprendizagens silenciosas do cotidiano (LEHOUX *et al.*, 1995) e propicia negociações e trocas simbólicas entre os envolvidos (FURTADO *et al.*, 2001; FURTADO *et al.*, 2008).

Essa participação, mais especificamente na avaliação participativa, é entendida como um processo realizado por meio de parcerias entre avaliadores e pessoas afetadas e/ou envolvidas por um determinado programa ou serviço e que não são avaliadores *sensu stricto*, como profissionais do serviço, usuários, familiares, gestores, entre outros (RIDDE, 2006).

A inclusão destes atores na pesquisa pode ser justificada pela potencialidade em tornar as investigações mais significativas e culturalmente apropriadas aos diferentes grupos de interesse, principalmente quando se aborda problemas sociais que por sua natureza e complexidade exigem soluções coletivas (FURTADO *et al.*, 2008), como é o caso da epidemia do ZIKV.

Segundo Townsend *et al* (2000), poder, democracia e mudança social, são as bases de sustentação do que é considerado como pesquisa avaliativa participativa de programas e serviços em saúde, educação e outras instâncias no âmbito social, principalmente quando o compromisso da pesquisa avaliativa é com a tomada de decisão e mudança.

Existem três tipos possíveis de avaliação participativa, a primeira é a avaliação participativa do tipo pragmática, voltada essencialmente para a solução de problemas particulares ou para a realização de melhorias em um dado programa. O outro tipo é a avaliação participativa pluralista, especialmente utilizada quando o

avaliador antevê a existência de importantes conflitos de valores entre diferentes grupos de interesse. E finalmente, a avaliação participativa emancipadora teria como cerne o empoderamento, o desenvolvimento dos participantes não avaliadores, dotando-os de capacidade – tanto na forma quanto do conteúdo do estudo desenvolvido – e aumentando sua capacidade de intervenção na realidade cotidiana (FURTADO *et al.*, 2008).

A pesquisa avaliativa participativa mantém seus métodos e objetivos nucleares (analisar e emitir julgamento) e acrescenta atores externos à equipe e aos gestores do programa ou serviço, através da inclusão de diferentes grupos de interesse, estabelecendo uma rede de compromissos e um certo controle sobre a efetivação de alterações definidas durante o processo. A metodologia constituída em torno do princípio ético da inclusão e da participação possibilita a colocação em análise das relações de poder existentes entre os diferentes atores envolvidos na pesquisa: gestores, trabalhadores, familiares, usuários e pesquisadores, o modo como disputam e utilizam os recursos disponíveis e como mobilizam novos recursos. Sendo estratégico, portanto, tomar a avaliação como um dispositivo (FURTADO *et al.*, 2001).

Diante da necessidade de aumentar a eficácia e a eficiência de políticas de saúde (ou programas e serviços de saúde), tem ocorrido um aumento da incorporação de modelos de avaliação como componente dos processos de gestão que permitam que a avaliação ocorra durante (e articulada) aos processos de implantação de ações (SOUZA *et al.*, 2014).

Avaliação de processo ou de implementação consiste em estudar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante a implementação. Tem por objetivo apreciar o modo como, em um contexto particular, uma intervenção provoca mudanças, ou seja, compreender o desenrolar de uma intervenção (BROUSSELLE *et al.*, 2011). O foco é avaliar a relação entre a intervenção (políticas, programas, serviços, ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes e contingencial (HARTZ *et al.*, 2005).

Em vez de adotar o modelo “caixa-preta”, no qual a ênfase encontra-se na avaliação de resultados, os modelos de avaliação de processo (ou de implantação de ações) não dissociam o resultado do processo de produção (SOUZA *et al.*, 2014).

Segundo Scheirer (1994), a avaliação de processo responde a três perguntas principais: Que tipo de conformação deve ter o programa? (especificar os métodos e os

componentes); O que é fornecido, afinal de contas? (métodos para medir a implantação do programa); Por que há diferença entre o programa inicial e aquele que é realmente implantado? (avaliação da influência das variações de implantação). A atual pesquisa busca responder as duas primeiras questões.

É pertinente efetuar uma análise processual quando uma nova intervenção é implementada, a análise da implantação permitirá identificar melhor a dinâmica de implantação e identificar os fatores explicativos críticos (BROUSSELLE *et al.*, 2011).

2.1.2) Técnica de coleta: entrevista

Ribeiro (2012) trata a entrevista como, a técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistadores.

O termo entrevista é construído a partir de duas palavras, entre e vista. Vista refere-se ao ato de ver, ter preocupação com algo. Entre indica a relação de lugar ou estado no espaço que separa duas pessoas ou coisas. Portanto, o termo entrevista refere-se ao ato de perceber o que é realizado entre duas pessoas (RICHARDSON, 1999).

A entrevista é o procedimento mais comum no trabalho de campo. Por meio dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva (MINAYO, 2001).

A entrevista pode ser entendida como uma conversa a dois com propósitos bem definidos. Num primeiro nível, essa técnica se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Já, num outro nível, serve como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico. Através desse procedimento, é possível obter dados objetivos e subjetivos. Os primeiros podem ser também obtidos através de fontes secundárias, tais como censos, estatísticas e outras formas de registros. Em contrapartida, o segundo tipo de dados se relaciona aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados (MINAYO, 2001).

A entrevista pode desempenhar um papel vital para um trabalho científico se combinada com outros métodos de coleta de dados, intuições e percepções providas dela, podem melhorar a qualidade de um levantamento e de sua interpretação. Segundo Bauer *et al* (2000), a compreensão em maior profundidade oferecida pela entrevista qualitativa pode fornecer informação contextual valiosa para explicar alguns achados específicos. Para Gil (1999), a entrevista é seguramente a mais flexível de todas as técnicas de coleta de dados de que dispõem as ciências sociais.

Segundo Rosa *et al* (2006), em relação às outras técnicas de questionários, formulários, leitura documentada e observação participativa, as entrevistas apresentam vantagens, como: Permitem a obtenção de grande riqueza informativa – intensiva, holística e contextualizada – por serem dotadas de um estilo especialmente aberto, já que se utilizam de questionamentos semi-estruturados; Proporcionam ao entrevistador uma oportunidade de esclarecimentos, junto aos segmentos momentâneos de perguntas e respostas, possibilitando a inclusão de roteiros não previstos, sendo esse um marco de interação mais direta, personalizada, flexível e espontânea; Cumprem um papel estratégico na previsão de erros, por ser uma técnica flexível, dirigida e econômica que prevê, antecipadamente, os enfoques, as hipóteses e outras orientações úteis para as reais circunstâncias da investigação, de acordo com a demanda do entrevistado, propiciando tempo para a preparação de outros instrumentos técnicos necessários para a realização da entrevista.

Além dessas vantagens apresentadas, Gil (1999) considera que, apresenta outras vantagens, pois: possibilita a obtenção de maior número de respostas, posto que é mais fácil deixar de responder a um questionário do que negar-se a ser entrevistado; oferece flexibilidade muito maior, posto que o entrevistador pode esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista; possibilita captar a expressão corporal do entrevistado, bem como a tonalidade de voz e ênfase nas respostas.

É importante ressaltar que, apesar das vantagens apresentadas, a entrevista, por si só, não garante a fidelidade dos dados e informações coletadas. Ela deve ser utilizada em conjunto com outros métodos de coleta de dados para que os resultados qualitativos esperados possam ser fidedignos e retratarem realmente o universo no qual está inserido o objeto da pesquisa (RIBEIRO, 2012).

De forma geral, as entrevistas podem ser estruturadas e não-estruturadas, correspondendo ao fato de serem mais ou menos dirigidas. Assim, toma-se possível

trabalhar com a entrevista aberta ou não-estruturada, onde o informante aborda livremente o tema proposto; bem como com as estruturadas que pressupõem perguntas previamente formuladas. Há formas, no entanto, que articulam essas duas modalidades, caracterizando-se como entrevistas semi-estruturadas (MINAYO, 2001).

As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O entrevistador segue um conjunto de questões previamente definidas, mas é feito em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele (BONI *et al.*, 2005).

As técnicas de entrevista semi-estruturada também têm como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Além disso, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas. Elas também são possibilitadoras de uma abertura e proximidade maior entre entrevistador e entrevistado, o que permite ao entrevistador tocar em assuntos mais complexos e delicados, ou seja, quanto menos estruturada a entrevista mais rica é a troca de informações entre as duas partes. Desse modo, este tipo de entrevista colabora muito na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos. As respostas espontâneas dos entrevistados e a maior liberdade que estes têm podem fazer surgir questões inesperadas ao entrevistador que poderão ser de grande utilidade em sua pesquisa (BONI *et al.*, 2005).

Um outro aspecto que justifica a defesa da não estruturação ou semi-estruturação da entrevista na pesquisa qualitativa é que esta abordagem almeja compreender uma realidade particular e assume um forte compromisso com a transformação social, por meio da auto-reflexão e da ação emancipatória que pretende desencadear nos próprios participantes da pesquisa. Para os defensores da abordagem qualitativa, a realidade humana é construída no processo de inserção do indivíduo em um contexto social particular e, em decorrência, os participantes são vistos como pessoas que constroem seus discursos e baseiam suas ações nos significados derivados dos processos de comunicação com os outros, com quem compartilham opiniões, crenças e valores. Deste modo o poder de ação e transformação das pessoas pode ser

ampliado ao ser propiciado a cada uma delas refletir sobre suas próprias concepções, crenças e ações (FRASER *et al.*, 2004.).

A adesão à crença de que a realidade é apreendida intersubjetivamente constitui, para os defensores da abordagem qualitativa, uma das razões que justificam a escolha pela técnica de entrevista semiestruturada ou aberta em detrimento da entrevista estruturada. É justamente pela adesão a esta crença que muitas críticas são dirigidas a estas modalidades de entrevista, em particular pela ausência de objetividade, que permite que diferentes entrevistadores possam interferir nas respostas do entrevistado e construir interpretações diversas. A esse respeito, é importante ter clareza de que a entrevista em pesquisa qualitativa visa a compreensão parcial de uma realidade multifacetada concernente a tempo e contexto sócio-histórico específicos. Isto não significa, no entanto, defender um relativismo subjetivista, de acordo com o qual cada um tem a sua ‘verdade’, mas reconhecer que as visões de mundo de grupos humanos se sustentam nos níveis de compartilhamento vivenciados por eles: época, lugar, processos de socialização, nível de desenvolvimento da ciência e da sociedade, hábitos e costumes culturais, língua, ambiente etc. Diferentes entrevistadores e entrevistados podem chegar a conclusões distintas sobre um mesmo tema investigado, o que torna defensável que o pesquisador, ao relatar seus resultados, deixe bastante explícitas suas concepções e visões sobre o assunto, assim como ofereça informações detalhadas sobre os participantes da pesquisa. É isto que permitirá àquele que não participou da pesquisa refletir e criticar os resultados à luz da compreensão do contexto em que as conclusões foram extraídas (BONI *et al.*, 2005).

Quanto às desvantagens da entrevista aberta e semi-estruturada, estas dizem respeito muito mais as limitações do próprio entrevistador, como por exemplo: a escassez de recursos financeiros e o dispêndio de tempo. Por parte do entrevistado há insegurança em relação ao seu anonimato e por causa disto muitas vezes o entrevistado retém informações importantes. Essas questões são, ainda assim, melhor apreendidas pela entrevista aberta e semi-estruturada. Vale lembrar que a qualidade das entrevistas depende muito do planejamento feito pelo entrevistador. “A arte do entrevistador consiste em criar uma situação onde as respostas do informante sejam fidedignas e válidas” (SELLTIZ, 1987). A situação em que é realizada a entrevista contribui muito para o seu sucesso, o entrevistador deve transmitir, acima de tudo, confiança ao informante (BONI *et al.*, 2005).

O roteiro desta entrevista foi preparado seguindo regras gerais elaboradas por Baker (1988) e Gil, (1999): As instruções para o entrevistador devem ser elaboradas com clareza; As questões devem ser elaboradas de forma a possibilitar que sua leitura pelo entrevistador e entendimento pelo entrevistado ocorram sem maiores dificuldades; Questões potencialmente ameaçadoras devem ser elaboradas de forma a permitir que o entrevistado responda sem constrangimentos; Questões abertas devem ser evitadas. Quando são elaboradas questões deste tipo, o entrevistador deve anotar as respostas; As questões devem ser ordenadas de maneira a favorecer o rápido engajamento do respondente na entrevista, bem como a manutenção do seu interesse.

Durante a entrevista foram utilizadas algumas táticas que provocam um maior retorno e uma coleta de dados mais completa e para que as questões elaboradas se efetivem (ROSA *et al.*, 2006):

Tática do silêncio, muito útil quando o entrevistador sabe o momento adequado para introduzir a sua fala ou questionamentos.

Tática da animação e elaboração, a animação inclui todo o tipo de observação, ruídos e gesto que permitem ao entrevistador demonstrar ao entrevistado que este deve continuar falando. A elaboração implica não só em animar o entrevistado mas também pedir que ele se estenda respondendo sobre o tema.

Tática da reafirmação e repetição consiste basicamente em se obter informações adicionais, mediante a repetição de expressões emitidas pelo entrevistado, por meio da formulação de perguntas diretas.

Tática da recapitulação consiste em levar o entrevistado a relatar, de novo, algumas trajetórias de sua vida, organizadas cronologicamente.

Tática do esclarecimento permite ao entrevistador solicitar ao entrevistado que detalhe uma sequência de passos, ou, em determinado momento do relato, solicitar que discorra e verbalize sobre o que acaba de referir.

Tática de alteração do tema é utilizada quando o entrevistador não tem mais perguntas a respeito do tema e os objetivos da entrevista não foram atingidos.

Tática da pós-entrevista trata-se de um prolongamento do encontro entrevistador e entrevistado, quando se dá por concluída a entrevista formal, produzindo uma certa redefinição da situação.

O registro das respostas é outro ponto crucial na aplicação da entrevista, pois pode possibilitar o sucesso ou fracasso da coleta de dados. Não adianta uma aplicação criteriosa e perfeita da técnica se o registro das respostas for falho sem

precisão ou pouco acrescentar à pesquisa. O único modo de reproduzir com precisão as respostas é registrá-las durante a entrevista, mediante anotações ou com o uso de gravador. A anotação posterior à entrevista apresenta dois inconvenientes: os limites da memória humana que não possibilitam a retenção da totalidade da informação e a distorção decorrente dos elementos subjetivos que se projetam na reprodução da entrevista (GIL, 1999).

As entrevistas dessa pesquisa foram áudio-gravadas e transcritas integralmente, conforme técnicas habituais e consagradas. Essas transcrições darão origem a narrativas (ONOCKO CAMPOS *et al.*, 2008).

Posteriormente ao término da entrevista, e sua a transcrição, foi realizada a análise. O objetivo amplo da análise foi procurar sentido e compreensão nos dados coletados. O que realmente foi falado constituirá os dados, mas a análise irá além da aceitação do valor aparente.

Bauer *et al.* (2002), afirmam que: No processo de ler e reler, as técnicas tradicionais empregadas, em geral como lápis ou outros recursos simples (canetas que realcem o texto), incluem: marcar e realçar, acrescentando notas e comentários ao texto, cortar e colar, identificação da concordância no contexto de certas palavras, forma ou representação gráfica dos assuntos, fichas de anotações ou fichários de notas, e finalmente análise temática. Ao ler as transcrições, são lembrados aspectos da entrevista que vão além das palavras e o pesquisador quase que revive a entrevista. Esta é uma parte essencial do processo e é por isso que é muito difícil analisar entrevistas feitas por outras pessoas.

Ribeiro (2012) diz que cabe ao entrevistador desempenhar o papel do entrevistador, mas como responsável por proceder a uma profunda avaliação, classificando e categorizando as respostas, e organizando-as de acordo com o conteúdo e com o tema, selecionando as palavras e solicitando, às vezes, maiores esclarecimentos, através de novos questionamentos, quando necessários. Outra grande dificuldade é que as falas são produzidas e elaboradas por sujeitos com diferentes recursos reflexivos e com maior ou menor facilidade de expressão verbal.

2.2) Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa qualitativa e de caráter participativo e processual. Realizada com gestores da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão para

avaliar as estratégias de gestão desenvolvidas pela Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão para controle da epidemia do ZIKV e para a articulação do cuidado materno e infantil para as gestantes infectadas pelo *Zika Vírus* e crianças com Síndrome Congênita do Vírus Zika no estado do Maranhão.

2.3) Período e Campo do Estudo

O estudo foi realizado no período de março de 2016 a janeiro de 2018 tendo como campo de pesquisa o âmbito da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão (SES-MA).

A SES-MA é responsável por todo o Maranhão, que possui uma área de 331 937,450 km², com 217 municípios, é o segundo maior estado da Região Nordeste e o oitavo maior estado do Brasil. Com uma população de 6.904.241 habitantes.

A Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão é dividida em várias Superintendências e em vários departamentos, porém os departamentos entrevistados, foram: Vigilância Epidemiológica, Atenção Básica, Saúde da Mulher e Saúde da Criança.

2.4) Participantes e Amostra

Quadro 1 - Quantidade por área e função/cargo das pessoas entrevistadas

Nº de pessoas por área	Função/Cargo
4 pessoas da Vigilância Epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Chefe do Departamento de Epidemiologia da SES; • Coordenadora do Programa de Prevenção e Controle do Aeds Egípte e das Arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya; • Coordenadora do Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde; • Técnica do CIEVS – Nível superior.
1 pessoa da Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> • Chefe de Departamento de Atenção à Saúde da Família.
1 pessoa da Saúde da Mulher	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenadora do Departamento de Atenção à

	Saúde da Mulher.
2 Pessoas da Saúde da Criança	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica do Departamento de Atenção à Saúde da Criança; • Técnica da Rede da Superintendência de assistência à Saúde da Rede.

O estudo teve uma primeira etapa exploratória com informantes chaves:

- 1 Consultora de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde;
- 1 Secretária-adjunta de Assistência à Saúde da SES (2015-2016) que participou da etapa inicial da epidemia. Responsável por indicar atores estratégicos de diferentes áreas da SES-MA segundo o quadro acima.

A amostragem dos participante foi definida pela teoria de saturação de conteúdo. O fechamento amostral por saturação de conteúdo é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Em outras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados. Esta conotação/definição já vinha presente no texto que parece ter inaugurado o uso da expressão saturação teórica (theoretical saturation) (FONTANELLA *et al.*, 2008)

Na pesquisa qualitativa, a finalidade da pesquisa e a necessidade de informações é que define o tamanho da amostra, com uma preocupação maior no aprofundamento e na abrangência da compreensão do que a generalização e o critério numérico (TURATO, 2003).

A partir do informante-chave foi assumido o tipo de amostragem nomeado como bola de neve, que é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados (BALDIN *et al.*, 2011).

A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Isso acontece porque uma amostra probabilística inicial é impossível ou impraticável, e assim as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador. Eventualmente o quadro de amostragem torna-se saturado, ou seja, não há novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao quadro de análise (BALDIN *et al.*, 2011).

No quadro abaixo apresentaremos como foi organizada a dinâmica Bola de Neve aplicada na pesquisa, a partir das indicações dos informantes-chaves.

Quadro 2 - Dinâmica bola de neve aplicada na pesquisa, a partir das indicações dos informantes-chaves

Pessoa indicada	Área na SES-MA	Nº de indicações recebidas	Indicações feitas
IC 1	Saúde da Criança	Não se aplica	1 Vigilância E3 1 Saúde da mulher E6
IC 2	Secretária-adjunta de Assistência à Saúde	Não se aplica	3 Vigilância E1, E3, E4 1 Saúde da mulher E6 1 Saúde da Criança NE 3 Vigilância NE
E1	Vigilância	2 indicações	3 Vigilância E2, E3, E4
E2	Vigilância	2 indicações	1 Vigilância E3 1 Saúde da Criança E7
E3	Vigilância	6 indicações	1 Vigilância E1, E4 1 Saúde da mulher E6
E4	Vigilância	3 indicações	1 Saúde da Criança E8 1 Saúde da Criança NE 1 Vigilância NE
E5	Atenção Básica	0 indicação	1 Saúde da mulher E6 1 Vigilância E2, E3 1 Saúde da Criança E7 2 Saúde da Criança NE 2 Vigilância NE
E6	Saúde da Mulher	5 indicações	Não fez indicação
E7	Saúde da Criança	3 indicações	1 Saúde da mulher E6 1 Vigilância E3

E8	Saúde da Criança	1 indicação	1 Saúde da Criança E7 1 Saúde da Criança NE
-----------	------------------	-------------	--

IC: Informante-chave; E: Entrevistado; NE: Não entrevistado.

2.5) Critérios de não inclusão

Não foram incluídos na pesquisa aqueles gestores se recusaram a participar da entrevista ou que não foram indicados por nenhum outro gestor já entrevistado.

2.6) Técnica de Coleta

Foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados:

a) Entrevista semi-estruturada (ANEXO I) com gestores das 4 áreas estratégicas: Atenção Básica, Vigilância, Saúde da Mulher e Saúde da Criança. Partindo da lógica de organização de rede, as entrevistas foram iniciadas com um ator chave da gestão estadual da Atenção Básica, por pressupormos que encontraríamos uma visão geral do processo pelo papel de ordenação da rede que a AB deve cumprir. Em seguida foram entrevistados atores-chaves das áreas de Vigilância, Saúde da Mulher e Saúde da Criança.

b) Levantamento e análise de documentos institucionais: Protocolos; Desenho de fluxo; Planos de Ação; Materiais didáticos; Materiais informativos (de comunicação para usuários ou trabalhadores) e outros.

2.7) Análise dos dados

Na pesquisa, as falas coletadas a partir da técnica de entrevista foram tomadas como narrativas. Onocko Campos (2008) e Miranda *et al* (2010) propõem que o trabalho de construção de narrativas assemelha-se ao trabalho de construção proposto por Freud, em que o analista faz uma elaboração para reconstruir a história infantil e inconsciente do sujeito, reestabelecendo de modo coerente a significação da história de um sujeito. O trabalho analítico, como proposto por Freud, implica também um procedimento de construção narrativa. É a construção narrativa, exercida por meio da relação transferencial, que alinhava os fatos vividos, atribuindo-lhes sentidos

permeáveis a ressignificações (ONOCKO CAMPOS, 2010). Nesse mesmo sentido, o pesquisador é também um interlocutor e diríamos co-autor da narrativa produzida, ou ainda um interlocutor-narrador (ONOCKO CAMPOS *et al.*, 2008a) já que é uma construção compartilhada entre os diversos atores envolvidos (MIRANDA *et al.*, 2010). Trabalhamos, dessa forma, com versões de mundo textualizadas e textualizáveis.

As narrativas dão visibilidade à experiência dos sujeitos pesquisados e também trazem a dimensão da experiência do que se vive no desenrolar da pesquisa, pois trazem em seu texto também o trabalho de construção feito pelos pesquisadores. Nossa postura ético-política é a de não transformar as vozes em objetos (ONOCKO CAMPOS, 2008a), mas sim conversar com elas, de modo que a análise não se faz sobre as experiências, mas com elas (ONOCKO CAMPOS, 2011; PASSOS *et al.*, 2008). No processo de análise, não se buscam significados por trás do texto, senão que se procura colocar o mundo (nossas questões) na frente dele, optando-se pelo conteúdo manifesto em virtude do posicionamento ético-político da própria pesquisa (ONOCKO CAMPOS, 2011).

Além disso, as narrativas, tomadas como resultados da pesquisa, são analisadas levando em consideração o contexto das políticas de saúde em que vivemos e ao mesmo tempo, possibilitam a colocação em análise desse próprio contexto, bem como indicam a ativação de novas posturas capazes de reinventá-lo. A análise se dá por meio de uma transformação concreta da experiência de todos os participantes da pesquisa (PASSOS *et al.*, 2008).

O material foi organizado em 3 categorias de análise: Pontos de atenção e organização do fluxo de cuidado; Suporte e Educação Permanente; Espaços de Gestão e Planejamento.

A categoria 1 - Pontos de atenção e organização do fluxo de cuidado – foi sistematizada e analisada a partir de 3 subcategorias: Atenção Básica e o pré-natal²; Maternidades e o parto e nascimento; e Reabilitação e os Centros de Especialidades.

A categoria 2 - Suporte e Formação – foi sistematizada e analisada a partir de 2 subcategorias: Transferência de tecnologia; e Educação Permanente.

A categoria 3 - Espaços de Gestão e Planejamento foi sistematizada e analisada a partir de 2 subcategorias: Governabilidade; Espaços de Gestão; e Plano de Ação.

² O objeto de análise do artigo será a categoria 1: Pontos de atenção e organização do fluxo de cuidado.

2.8) Aspectos Éticos da Pesquisa

Antes do início da entrevista o entrevistado foi informado a respeito do que pretendia o entrevistador e porque estava fazendo essa entrevista, como o intuito de deixar entrevistado absolutamente livre de qualquer coerção, intimidação ou pressão. Foi explicado o objetivo e a natureza do trabalho, dizendo ao entrevistado como ele foi escolhido, e garantindo que o anonimato do entrevistado e o sigilo das respostas foi assegurado. O entrevistado estava livre para interromper, pedir esclarecimentos e criticar o tipo de perguntas. E foi solicitada autorização para gravar a entrevista, explicando o motivo da gravação.

A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética sob o Parecer de número 2.111.125. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido garantidos aos participantes o anonimato e a confidencialidade das informações.

ARTIGO A SER SUBMETIDO

Redes de Atenção à Saúde e a Epidemia do *Zika Vírus*: Avaliação da Gestão do Cuidado Materno e Infantil no Estado do Maranhão

(a ser submetido na Revista Ciência e Saúde Coletiva)

Redes de Atenção à Saúde e a Epidemia do *Zika Vírus*: Avaliação da Gestão do Cuidado Materno e Infantil no Estado do Maranhão

Francisca Laura Ferreira de Sousa

Mestranda em Saúde Coletiva/ Universidade Federal do Maranhão.

Tadeu de Paula Souza

Doutor em Saúde Coletiva, na área de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde pela Universidade Estadual de Campinas; Docente do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão.

Endereço para correspondência: Correspondência para/ Correspondence to

Francisca Laura Ferreira de Sousa

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Barão de Itapary n° 155 Centro. CEP: 65020 - 070

sousaflaura@gmail.com

RESUMO

Esse artigo tem o objetivo de analisar as narrativas de gestores da Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão sobre as ações desenvolvidas para o controle da epidemia zika e articulação do cuidado aos agravos materno-infantil resultante desta epidemia. A metodologia da avaliação participativa de caráter qualitativo possibilitou a inclusão de diferentes atores e áreas da SES-MA gerando uma heterogeneidade de perspectivas. Foi utilizado a técnica de entrevista semi-estruturada com 9 gestores estaduais das seguintes áreas: secretaria adjunta, saúde da mulher, saúde da criança, saúde da pessoa com deficiência, atenção básica e vigilância em saúde. Os resultados apontam para a fragilidade da atenção básica que interfere na qualidade do pré-natal significando um problema grave para o acolhimento e referenciamento de gestantes infectadas ou suspeitas de infecção pelo *Zika Virus*. Nas maternidades comparece nas narrativas as regiões de saúde, em todo o Estado existem apenas quatro maternidades referência para atender essa população específica. Até a epidemia do *Zika Virus* a saúde da pessoa com deficiência foi uma agenda preterida no Maranhão, as narrativas apontam para uma forte centralização de reabilitação na capital do Estado e outras regiões completamente desistidas de profissionais e equipamentos, ou com serviços de baixa qualidade, sobrecarrega o serviço de referência.

Palavras-chaves: Rede de Atenção à Saúde; Gestão em saúde; Infecção pelo Vírus Zica.

ABSTRACT

This article aims to analyze the narratives of managers of the State Health Department of Maranhão on the actions developed to control the zika epidemic and articulation of care for maternal and child health problems resulting from this epidemic. The methodology of participative evaluation character allowed the inclusion of different actors and areas of the SES-MA generating a heterogeneity of perspectives. The semi-structured interview technique was used with 9 state managers from the following areas: assistant secretary, women's health, child health, disabled person's health, primary health care. The results point to the fragility of primary health care that interferes with the quality of prenatal care, meaning a serious problem for the reception and referral of pregnant women suspected or infected with zika virus. In the maternities appear in the narratives health regions, throughout the state there are only four maternity reference to meet this specific population. Until the Zika Virus epidemic the health of people with disabilities was a deprecated agenda in Maranhão, the narratives point to a strong centralization of rehabilitation in the state capital and other regions completely desist of professionals and equipment, or with services of poor quality, overburden the referral service.

Key words: Health Care Networks; Management; Zika Epidemic

INTRODUÇÃO

Em abril de 2015, o *Zika Virus* (ZIKV) foi identificado como o agente etiológico de doença exantemática aguda no Brasil, em outubro do mesmo ano, neuropediatras do Pernambuco começaram a perceber uma mudança inesperada no padrão de registros de microcefalia em recém-nascidos¹. E logo em seguida deram o sinal de alerta sobre uma epidemia de microcefalia com alterações radiológicas singulares, possivelmente causada por uma infecção congênita (calcificações, ventriculomegalia e desordem do desenvolvimento cortical)^{1,2}.

Após descartarem, as principais causas de infecção congênita que frequentemente causam calcificações cerebrais (citomegalovírus e toxoplasmose), assim como outras causas genéticas ou ambientais³, o Ministério da Saúde passa a considerar válida a associação entre a infecção pelo *Zika Vírus* durante a gravidez e a significativa quantidade de crianças que nasceram com microcefalia^{3,4}.

Pesquisas laboratoriais encontraram o ZIKV no tecido placentário e no cérebro de recém-nascidos que vieram a óbito e em dois produtos de abortamento⁵. O *Zika Vírus* é capaz de atravessar a barreira placentária. Provoca a morte celular em neurônios in vitro, anomalias cerebrais, e microcefalia, resultando no que tem sido chamado de Síndrome Congênita do vírus Zika².

Problemas complexos, como aumento repentino do número de casos de microcefalia, demandam ações múltiplas e diversificadas para se alcançar resolutividade. Dessa forma a atuação em rede, é uma alternativa necessária e urgente na sociedade atual⁶.

Segundo Mendes, as Redes de Atenção à Saúde são conjuntos de serviços de saúde, ligados entre si por uma missão única, por uma ação cooperativa e interdependente e com os mesmos objetivos, que possibilita uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde⁷.

O modelo de atenção à saúde vigente no Brasil, pode ser caracterizado por conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, através de uma organização regionalizada e hierarquizada. Sua principal porta de entrada e o primeiro contado do paciente, é a Atenção Básica, que possui um papel na organização do cuidado em rede (acolhe e encaminha para os outros serviços) devendo ser a ordenadora da rede de atenção, preferencialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁸. A atenção básica é um importante local de contato entre população e

sistema de saúde, e precisa ser prioritário nos investimentos da gestão no combate ao ZIKV, já é ela que encaminha as mães e as crianças afetada pelo *Zika Virus* para as redes temáticas que são responsáveis para cuidar dessas duas populações (Rede Cegonha e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência)⁹.

A Rede Cegonha foi lançada com o objetivo de disseminar no país um novo modelo de atenção, se propõe a ampliar a rede de cuidados às gestantes e aos bebês. Com ações qualificadas no pré-natal, no parto, no puerpério e desenvolvimento da criança até que complete dois anos, com direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis¹⁰. E é um importante agente no apoio e tratamento as mães infectada pelo *Zika Virus*.

Crianças com microcefalia e prejuízos do desenvolvimento neuropsicomotor beneficiam-se da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que objetiva estimular a criança e ampliar suas competências, abordando os estímulos que interferem na sua maturação, para favorecer o desenvolvimento motor e cognitivo¹¹.

Para que a epidemia de microcefalia, assim como em outras doenças, sejam efetivamente controladas, é necessário que todos os serviços que existem para garantir essa proteção, trabalhem de forma conectada. E que todos os profissionais envolvidos nesse processo, conheçam verdadeiramente as redes de articulação existente e os serviços que a compõe, necessitando do apoio da sociedade, da família e principalmente do Estado⁸.

O *Zika Virus* e sua associação com microcefalia e outras anormalidades neurológicas em recém-nascidos, caracterizada como Síndrome Congênita do vírus Zika, tem um impacto ainda pouco conhecido sobre processos e práticas preventivas e assistenciais, principalmente no âmbito da saúde materno-infantil¹². E frente a esse contexto, é necessário criar estratégias de promoção da saúde intersetoriais como

caminho possível para diminuir as sequelas nas crianças com Síndrome Congênita do vírus Zika¹³.

Essa é uma situação inédita e muito grave que necessita atenção especial das autoridades de saúde do país. Não há estudos que enfatizam as ações do governo para reverter essa situação. Com base nesse argumento, o objetivo desta pesquisa é avaliar as estratégias de gestão desenvolvidas pela Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão para controle da epidemia do ZIKV e para a articulação do cuidado materno-infantil para as gestantes infectadas pelo *Zika Virus* e crianças com Síndrome Congênita do Vírus Zika no estado do Maranhão. Com foco na atenção básica, pré-natal para gestantes e na articulação do cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa qualitativa e de caráter participativo e processual. Realizada com gestores da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão para avaliar as estratégias de gestão desenvolvidas pela Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão para controle da epidemia do ZIKV e para a articulação do cuidado materno-infantil para as gestantes infectadas pelo vírus zika e crianças com Síndrome Congênita do Vírus Zika no estado do Maranhão, no âmbito da Redes de Atenção à Saúde. Realizada no período de março de 2016 a janeiro de 2018.

Foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: a entrevista semiestruturada, realizada com 9 gestores das 4 áreas estratégicas: Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica, Saúde da Mulher e Saúde da Criança e um informante-chave.

Ribeiro¹⁴ trata a entrevista como, a técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer

sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistadores.

A amostragem dos participantes foi definida pela teoria de saturação de conteúdo. A pesquisa partiu de um informante-chave, com o objetivo de aproximar-se da população investigada e de fornecer subsídios para a elaboração dos instrumentos de pesquisa que incorporados à investigação. A partir desse informante-chave foi assumido o tipo de amostragem nomeado como bola de neve, que é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência¹⁵.

Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados¹⁵.

A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Isso acontece porque uma amostra probabilística inicial é impossível ou impraticável, e assim as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador. Eventualmente o quadro de amostragem torna-se saturado, ou seja, não há novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao quadro de análise¹⁶.

As 9 entrevistas foram áudio-gravadas e as transcrições foram sistematizadas em narrativas que serviram como material para ser avaliado. Foram totalizadas 11 horas de gravação das entrevistas e 117 páginas de transcrição.

Na pesquisa, as falas coletadas a partir da técnica de entrevista foram tomadas como narrativas, que foram sistematizadas a partir de seus núcleos narrativos¹⁶,¹⁷ e organizados em âmbitos avaliativos. Foi utilizado o referencial teórico da Análise Temática¹⁸, que busca analisar os conteúdos explícitos e os sentidos latentes nas diversas narrativas.

A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética sob o Parecer de número 2.111.125. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido garantidos aos participantes o anonimato e a confidencialidade das informações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado foi organizado em três eixos que descrevem uma sequência do desafio de articulação de uma rede de cuidado materno-infantil para casos de infecção pelo vírus Zika: 1) Atenção Básica e o Pré-Natal; 2) Rede Cegonha: Parto e nascimento; 3) Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência: Reabilitação.

Pré-natal

As narrativas dos gestores apontavam principalmente para a importância do pré-natal para a articulação do cuidado as gestantes infectadas pelo Zika. Sendo a Atenção Básica componente central para articulação com a Vigilância e articulação de uma rede de atenção à saúde. Nessa categoria se destacam também os desafios de articulação interfederativa entre da SES com as Secretarias Municipais de Saúde.

Alguns estudos mostram que sistemas organizados pela Atenção Primária à Saúde apresentam resultados positivos em relação à oferta de melhores cuidados em saúde para suas populações, tanto no que se refere ao alcance de maior equidade e eficiência quanto em relação à continuidade da atenção e satisfação dos usuários¹⁹.

No Brasil há um consenso de que a AB deve ser a base do sistema de saúde com a função de organizá-lo em toda a sua totalidade¹⁹. Entretanto essa não é uma realidade em todos os estados brasileiros, no Maranhão, por exemplo, é possível observar que o cuidado ainda está muito centrado no modelo hospitalocêntrico, como afirma uma das coordenadoras entrevistadas:

“Fundamental! Nós acreditamos que a Atenção Primária que é a promoção e a prevenção, que foca na reprodução, é que vai resolver o nosso problema, né?! Então... isso é muito desafiador no nosso Estado porque nós tínhamos uma política voltada para a atenção hospitalar, né?!, em detrimento da atenção primária, então fazer essa desconstrução com os municípios é um desafio, né?!, fazer o município acreditar que investindo na atenção primária, nas ações de promoção e prevenção, vai reduzir a mortalidade no município, vai reduzir a morbidade, vai reduzir as internações, né?!... esse... esse é o nosso desafio, então a gente está quebrando esse paradigma, de... voltar o foco para a atenção primária, pra... em detrimento... em detrimento não, não é isso, voltar o foco para a atenção primária e que essa atenção média e alta seja ordenada pela atenção primária, que é a orientação das redes. (E6)

Esta percepção atual dos gestores corrobora um dado histórico apontado por um estudo realizado com o objetivo de conhecer o perfil da morbidade no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, observou que existe uma importante distorção no Modelo Assistencial que vigora no estado do Maranhão, principalmente na capital, São Luís, ou seja, segundo os autores é historicamente um modelo hospitalocêntrico (voltado para o hospital ou para a medicina dita assistencialista), voltada para a doença, em função do desenvolvimento de ações básicas e de programas preventivos da doença e promocionais da saúde. O resultado da pesquisa demonstrou que no período estudado o Hospital internou em maior número as doenças de pequena e média complexidade, em detrimento daquelas de alta complexidade²⁰.

Dados mais atuais do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)³ indicam que esse modelo pouco se alterou, embora a cobertura de ESF tenha aumentado nos últimos 10 anos, chegando atualmente a 89%²¹.

Entretanto, a cobertura está distante de refletir as reais condições de acesso e qualidade da atenção básica no estado do Maranhão, o que possivelmente explica a baixa adesão dos municípios ao PMAQ. Alguns autores levantaram algumas hipóteses para explicar a baixa adesão no Maranhão ao programa: 1) amedrontamento dos gestores, por terem que mostrar as más condições que se encontravam as UBS do Estado; 2) falta de preparo de alguns gestores municipais; 3) desconhecimento do PMAQ-AB, explicado em partes pela grande dificuldade de comunicação em vários municípios, já que de acordo com os autores algumas secretarias municipais não possuem telefone e acesso à internet, o que dificulta a adesão às políticas e programas em tempo oportuno; 4) mistificação do PMAQ-AB, imaginado por alguns como uma “auditoria” do SUS; 5) receio de uso dos resultados da avaliação para fins políticos. As datas que foram realizados os ciclos do PMAQ-AB contribuíram para a instalação de um clima de medo e desconfiança, uma vez que o primeiro ciclo do PMAQ-AB ocorreu às vésperas de uma eleição municipal e o segundo, próximo às eleições estaduais. Sugere-se que estes e outros pressupostos sejam avaliados a fim de melhor implementar esse programa no Estado^{22, 23}.

Na atual situação de aumento do número de casos de microcefalia, associados à infecção pelo vírus Zika, as equipes de saúde, da atenção básica têm

³ O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) busca garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente e permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB no Brasil ⁽²⁹⁾.

funções primordiais principalmente na prevenção, elas devem considerar o combate ao mosquito *Aedes aegypti* como ação prioritária no seu campo de atuação⁶.

Quando as pessoas entrevistadas falavam sobre o pré-natal era possível perceber que essa assistência às gestantes era frágil e pouco solidificada no Estado, essa fragilidade é causada tanto pela falta de informação das gestantes sobre a importância de realizar as seis consultas, como preconiza a OMS²⁴, quanto pelas condições precárias da atenção básica em todo o Estado, e em especial na capital. Esse problema que já existia antes da epidemia do ZIKV atravessou o período em que as notificações de microcefalia aumentaram, acarretando maiores complicações para as famílias, resultando em mortes de algumas crianças.

“Aí é que está o problema... muitas das nossas gestantes ainda têm a problemática do pré-natal, a gente observa que as gestantes que tiveram zika e que possivelmente a criança nasceu com microcefalia não teve um pré-natal acompanhado devidamente, as vezes por culpa da própria gestante que não vai à Unidade Básica, ou talvez pela assistência não muito efetiva, né?” (E3)

Essas informações corroboram com os dados históricos encontrados na pesquisa de Coimbra²⁵, em que afirma que a cobertura da assistência pré-natal no Brasil ainda é baixa, porém nas últimas décadas vem aumentando. Essa assistência pré-natal ainda é marcada por muitas desigualdades, como por exemplo, o percentual de mulheres residindo na zona rural que não realizam o pré-natal é muito alto. Há também grande discrepância na cobertura segundo regiões geográficas. Na região Nordeste, o Maranhão é um dos estados onde o percentual de mulheres que não realizam pré-natal é mais elevado do país.

De acordo com a pesquisa de Coimbra²⁵, há 17 anos, a cobertura do pré-natal no município de São Luís, levando em consideração quem realizou pelo menos uma consulta, foi de 89,5%. Porém, somente 62,9% das puérperas fizeram cinco ou mais consultas pré-natais; 60,2% iniciaram as consultas no primeiro trimestre de

gravidez e 9,3% delas não tiveram qualquer tipo de atendimento. Resultando em um número médio de consultas foi de 6,6.

O fator que mais se associou ao inadequado do uso do pré-natal foram as características socioeconômicas. Observou-se que a baixa escolaridade materna (menos de nove anos) e atendimento público associaram-se ao inadequado do uso da assistência³¹. Pelo fato das disparidades éticas e de classe estarem relacionadas a questões de saúde em geral, a grande maioria das famílias acometidas pelo ZIKV também possuem baixo poder socioeconômico. O que intensifica ainda mais consequências no seio familiar²⁶.

Sobre a qualidade do pré-natal ofertado às gestantes, a coordenadora da atenção básica, descreve:

“Olha... na verdade especificamente assim eu não sei dizer... é eu não sei dizer... O que a gente sabe é que muitas dessas gestantes tiveram sintomas de zika e não sabiam, os sintomas foram bem leves e foi bem antes do início das notícia, da explosão da zika e da microcefalia... e as gestantes seguiam o pré-natal normal e não foi identificado em ultrassonografia que a criança tinha microcefalia e muitas... uma grande parte delas só foi identificada no parto, a microcefalia.” (6)

Em São Luís, um estudo avaliou que a taxa de inadequação observada foi de 34,6%, sendo associada a mulheres atendidas em hospitais públicos, sem companheiro, com alta paridade e com menores níveis de escolaridade e renda familiar²⁷. Como vem ocorrendo no país como um todo, o Maranhão também tem elevado suas taxas de cobertura de pré-natal, fato observado no estudo de Cardoso²⁸, cuja taxa foi de 85,6% das mulheres pesquisadas em 30 municípios do Estado, no período de 2007 a 2008.

Em uma outra pesquisa utilizando o indicador de conteúdo de adequação observou-se que 1.572 (39,8%) gestantes realizaram assistência pré-natal adequada e 2.377 (60,2%) de forma inadequada²⁹. Fato esse que ainda persiste na realidade das mulheres maranhenses e que atravessaram a epidemia do ZIKV.

A Atenção Básica além estar voltada para o pré-natal das gestantes e prevenção de infecção pelo vírus da zika, no estado do Maranhão ela também realiza a busca ativa para notificação e monitoramento, mostrando uma forte interface entre vigilância epidemiológica e a AB, por vezes essas ações de busca ativa são feitas por falta de Estratégia de Saúde da Família ou por sub-notificação, que é uma realidade muito presente.

“Então o que foi feito... no primeiro momento a gente ficou sabendo que estava sendo feito um mapeamento através da Atenção básica que é que trabalha com a parte da epidemiologia, controle, vigilância sanitária, né?!, então eles ficavam dando para nós que somos rede de agravos... eles ficavam dando os números, “olha nasceu uma criança, nasceu duas crianças...”, esse controle era feito diariamente a gente tinha esse controle em relação ao Estado inteiro, estado do Maranhão e a gente foi fazendo o acompanhamento.” (E8)

A participação dos profissionais da Atenção Básica em Saúde e a inserção na comunidade, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), podem favorecer a identificação precoce dos fatores de risco para infecção pelo ZIKV nas situações de vulnerabilidade e também facilita a detecção de casos de infecção ou de crianças que foram acometidas pela síndrome congênita do vírus zika.

Outra questão que estava fortemente presente nas narrativas era a classificação de risco das gestantes infectadas pelo ZIKV. O Ministério da Saúde considera a gestantes infectadas, como de risco habitual, porém no protocolo do Maranhão as gestantes foram consideradas como de alto de risco, devido a precariedade do cuidado em rede do Estado. Trata-se mais de uma população vulnerável, tanto pelas condições sociais quanto pela dificuldade de acesso aos serviços de qualidade em tempo oportuno, trazendo desafios para a gestão estadual. Essa realidade pode estar atrelada também à falta de confiança do Estado na atribuição dos municípios em implementar uma Atenção Básica de qualidade, e devido a isso adotou essa denominação, não pelo risco do parto em si e mais pelo pós-parto e seguimento do cuidado.

Maternidades: o parto e nascimento

No âmbito das maternidades, comparece nas narrativas não mais o município enquanto instância de articulação da Secretaria Estadual de Saúde, como no tópico anterior sobre Atenção Básica, mas a região de saúde. Nas narrativas dos gestores a região de saúde ganha relevância quando é apresentada o mapa de vinculação de gestantes suspeitas de infecção pelo ZIKV. De acordo com as falas, percebe-se uma importante estratégia estadual de referenciamento regional, criando um fluxo descentralizado em quatro maternidades principais: duas na capital, São Luís, uma em Imperatriz e outra em Caxias, essas duas últimas não possuem todos os equipamentos necessários para fazer o diagnóstico dos recém-nascidos.

“...agora aqui não há comprovação diagnóstica, porque nós temos... é... no Hospital Regional de Imperatriz e na Carmosina, porque nós não estamos ofertando a confirmação, a... através da tomografia, está só através da ultrassom e a transfontanela, mas a tomografia não está disponibilizado ainda, então não fecha diagnóstico...” (IC2)

Um dos principais desafios é o diagnóstico, que para ser concluído é necessário que as crianças e suas famílias se desloquem até a capital, para realizar todos os exames que são preconizados pelo Ministério Saúde como essenciais para fechar o diagnóstico de microcefalia oriundo de zika. Embora haja um esforço para descentralizar de modo regional dentro da estrutura existente no Estado, ainda é possível perceber um modelo assistencial ainda centralizado

Quando a gente faz um mapeamento dos casos de microcefalia oriundos de zika, ela tá muito espalhada no interior do Estado, né?! Então buscou-se as regiões de saúde, aquelas quem tem hospitais de maior complexidade, Hospital Regional de Imperatriz (Região de Imperatriz) e a Maternidade Carmosina Coutinho (Região de Caxias). (...) A Maternidade de Imperatriz ficou com a região de Imperatriz, Açailândia e Balsas, porque aí pegava um grupo de crianças dessas três regiões; e a Maternidade de Caxias, ficou Caxias, Timon e São João dos Patos, para migrar para lá. Apesar de ter crianças dessas regiões que vieram para cá pra São Luís. Mas foi uma forma de descentralizar com o mesmo grau de qualidade, utilizando o mesmo protocolo clínico. (IC2)

Caso uma gestante fosse identificada com dengue, zika ou chikungunya, na capital ela é referenciada para as duas maternidades, Maternidade Marly Sarney e Hospital Materno-infantil, no interior no Estado é encaminhada para a Maternidade Carmosina Coutinho, que fica em Caxias, e o Hospital Regional de Imperatriz, ambos ficam há cerca de 365 e 324 quilômetros de São Luís respectivamente e 579 quilômetros de distância entre elas.

Quanto as maternidades o Estado procura buscar as regiões, com o intuito de descentralizar o cuidado, trazendo um olhar mais regional. Entretanto somente 3 regiões das 19 que existem no Maranhão, possuíam maternidades de referência para atender mães e crianças infectadas pelo ZIKV. Regiões que possuem uma significativa distância geográfica de muitos municípios maranhenses, ou seja, existem crianças com microcefalia que habitam em municípios que ficam há mais de 10 horas de distância dessas maternidades.

“É diferente a criança que nasce em São Luís e a criança que nasce em Pinheiros por exemplo.” (IC1)

Porém algumas falas apresentam divergência quanto a capacidade assistencial de cada uma: em algumas narrativas os gestores falam que todas as maternidades estão hábeis para realizar o diagnóstico e como citado acima uma entrevistada afirma que as maternidades do interior não conseguem realizar todo o diagnóstico.

Por vezes essa centralização das maternidades de referência e a pequena oferta delas para uma grande demanda de criança com síndrome congênita do vírus zika e dessa forma, não havendo uma regionalização coerente, ocorre um fluxo desordenado de gestantes em busca de atendimento nas unidades de referência. Essa situação ocasiona uma verdadeira peregrinação de mulheres à procura de serviços de saúde, que

poderia ser mitigada, caso houvesse uma distribuição dos serviços na localidade e um sistema de referência e contrarreferência mais eficiente e mais adequado³⁰.

Em uma pesquisa realizada por Silva³¹, em 2015, foi observado que as gestantes que utilizavam os serviços públicos de saúde demonstraram grande ansiedade, relação ao atendimento ao parto, e isso estava muito relacionado com a carência de leitos nas maternidades e, conseqüentemente, à peregrinação para acesso ao atendimento no momento do trabalho de parto.

De acordo com o DATASUS em 2012 o estado do Maranhão, dispunha de 2.362 leitos obstétricos públicos (clínicos e cirúrgicos), para uma população de 4.314.599 mulheres em período reprodutivo, ou seja, em uma relação de disponibilidade para cada 1000 mulheres em idade fértil, havia apenas 0,54 leitos obstétricos³².

Diante desses dados, muitas mulheres se recusam a assistência pré-natal próxima de seu domicílio, em unidades de atenção básica, para tê-la em unidades de referência, por um lado como um meio de “garantir leito na hora do parto” e, por outro muitas delas consideram que, quanto maior a complexidade do serviço, maior a qualidade. Outras, apesar de fazer o pré-natal em unidades de atenção básica mais próximas de onde moram, no momento do parto buscam unidades de alta complexidade, causando a superlotação³⁰.

Por meio das narrativas dos gestores esse pensamento de “garantir leito na hora do parto”, não é apenas das gestantes como é também da gestão da SES-MA, na qual direciona as mulheres grávidas infectadas pelo ZIKV para um pré-natal e parto em unidades de alta complexidade sendo que não seria necessário para esse tipo de doença congênita caso houvesse uma AB de qualidade.

Segundo a Rede Cegonha e os princípios da regionalização do Decreto 7508 cada região de saúde deveria ter uma maternidade de alto risco¹⁰. Logo, a concentração

dos casos suspeitos em 4 maternidades demonstra o vazio assistencial nas maiorias das regiões de saúde do Maranhão.

É importante destacar que diferentes coordenações apresentam um mesmo desenho de fluxo do cuidado indicando consistência das informações, a respeito das maternidades de referência. Porém ressaltam que nem todos os profissionais aderem ao protocolo e encaminham de forma correta conforme o fluxo estabelecido.

“Eu acho que o principal entrave que persiste até hoje é a continuidade do fluxo pelas pessoas mesmo, por exemplo, as maternidades do interior, elas tem a informação, mas as vezes elas não repassam essa informação, um médico, uma assistência social, ou uma enfermeira, não repassam. Por que aquele bebê ele vai nascer ali e aquela mãe dali ela vai pra casa e acabou, então se ela não receber aquela informação ali ela não vai saber o que fazer com aquela criança, ela vai ficar perdida... as vezes moram em povoados muito longínquos, não tem nada, não tem nada, não tem nenhum tipo de assistência... Então a nossa preocupação, que é o nosso principal entrave, nossa principal dificuldade, nosso gargalo, o nó é o ser humano mesmo... é a informação dos profissionais (E7)

Apesar da gestora localizar o problema no ‘ser humano’, tudo indica ser menos um problema individual de cada profissional e mais um problema institucional de gestão das maternidades uma vez que, segundo a gestora ‘não repassam’ as informações que receberam.

A dificuldade em se definir maternidades de referência não se resume a existência de maternidades de alto risco, mas a profissionais especializados, especialmente neuropediatra, para definir diagnóstico e terapêutica necessária e existência de estrutura necessária para exame diagnóstico. Essa estrutura, tanto de profissional qualificado quando de exames de imagem teve que ser providenciada pelo Estado.

Outra situação, uma outra estratégia foi nós definirmos, dentro desse protocolo do Estado... nós definirmos os hospitais que pudessem dar esse apoio esse atendimento, é... com neuropediatras, né?! Por que a gente precisa do diagnóstico, por que no protocolo você só podia confirmar o caso de microcefalia pelo exame de imagem e a gente sabe que exame de imagem não tem em todo canto, então foram definidos 4 hospitais estratégicos nos Estado, onde a gente apoiou os hospitais na estrutura, pra eles contratarem... por exemplo em Imperatriz, Caxias tiveram que contratar até de fora, de Teresina no

Piauí, a neuropediatra. Então nós demos esse apoio, então nós tivemos... qual era o nosso fluxo?! (E6)

Sobre o papel central do neuropediatra destaca-se a carência deste profissional. Segundo os dados do relatório de Demografia Médica no Brasil, realizado em 2015 e divulgado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) Conselho Federal de Medicina (CFM), o Maranhão é o estado com a pior razão de médicos por habitante no Brasil com 0,79 profissionais por grupo de cada mil habitantes. Em todo o Estado, são 5.396 profissionais em atuação, o que corresponde a 1,3% do total de médicos brasileiros, enquanto sua população corresponde a 3,4% do total nacional. Apontam ainda a cidade de São Luís como a capital com pior taxa de médicos por habitantes do Nordeste com 3,4 profissionais a cada grupo de mil pessoas. Ou seja, o Maranhão é o estado com menor relação médico/população do Brasil³³.

“Pra fazer uma tomografia com uma criança, é... a criança em algumas situações ela precisa estar acompanhada ou por neuropediatra ou por um neo ou então ela estar sedada, então a rede, ela não estava preparada para receber crianças nessas situações, então isso foi um entrave” (IC2)

“E uma das dificuldades relatadas por elas é por que as mães dos interiores... a questão do deslocamento delas para vir para cá para o NINAR, porque eram só esses quatro, né?!, a gente não tem neuropediatra em todo o Estado, na verdade a gente tem em alguns municípios e são muito poucos... então houve essa necessidade de convergir para esses quatro para não ficar só aqui, né?! (E4)

Apesar de ser uma carência estrutural no estado do Maranhão, que afeta o acesso e tratamento de outros problemas pediátricos, somente a partir da ZIKV essa pauta se tornou prioritária.

Porque isso só virou uma necessidade após a epidemia? E as outras doenças como dificuldades escolares, atrasos no desenvolvimento, hiperatividade e déficit de atenção (TDAH), autismo, meningite, hipotonia, paralisia cerebral, doenças musculares outras alteração do tamanho e da forma da cabeça, além da microcefalia? O que tem sido feito à essas pessoas acometidas com essas doenças?

Em uma entrevista, a neuropediatra Vanessa Van der Linden, afirma: “A gente tem uma população não só de pacientes com microcefalia, mas de outros com várias doenças que precisam de neuropediatra. E na rede pública, realmente é preciso aumentar o número desses profissionais. Os neurologistas de adultos também podem atender, mas não é a mesma coisa porque as complicações de um quadro neurológico de uma criança pequena são diferentes das do adulto. ”

Essa dependência desse profissional pode estar atrelada à uma acumulação de problemas. Como o pré-natal e os exames não são realizados no tempo oportuno, para detectar se o feto possui ou não alguma doença congênita, acaba-se por concentrar em maternidades onde o exame possa ser feito na hora do nascimento. E por vezes a necessidade do neuropediatra está relacionado ao diagnóstico no nascimento. E conseqüentemente o Estado acaba assumindo, através da rede especializada os furos da Atenção Básica dos municípios. Uma possível hipótese seria a necessidade do neuropediatra acompanhar a evolução dos casos. Em uma das falas a entrevistada afirma que há um seguimento da reabilitação por equipes das maternidades em São Luís.

“E aí assim, o NINAR é pra fazer o seguimento atendimento aí temos aqui, o NINAR, como referência para crianças que nasceram em outras maternidades que não fossem o Hospital Materno Infantil e Maternidade Marly Sarney, se essa criança por ventura nasceu na Marly Sarney ele ficaria fazendo o seguimento do cuidado na Marly Sarney, por que lá tem o pediatra, a neuropediatra, e todas as subespecialidades da atenção pediátrica, se nasceu também no Hospital Materno Infantil, então ele já segue a linha do cuidado lá do Materno Infantil, por que tem os profissionais especializados lá... [...]”
(IC2)

Entretanto, cabe questionar até que ponto esse acompanhamento deve ser realizado nas maternidades ou nos centros de reabilitação?

Reabilitação

O acolhimento e o cuidado às crianças com microcefalia e a suas famílias são essenciais para que se conquiste o maior ganho funcional possível nos primeiros anos de vida, fase em que a formação de habilidades primordiais e a plasticidade neuronal estão fortemente presentes³⁴. O seguimento através da reabilitação das crianças com síndrome congênita é um aspecto central para a gestão e enfrentamento dessa epidemia.

A gravidade e a demanda de crianças acometidas pela síndrome e a urgência de oferecer algum serviço que fosse capaz de atender às necessidades de cada uma, gerou condições favoráveis para a implementação de serviço especializado para essa população.

“lá naquele grande mobilização, o governador disse, “olha nós vamos...” ...determinou que dentro 15 dias ter um serviço de atendimento à essas crianças com microcefalia, eu lembro bem que ele deu 15 dias, aí na época o Secretário de Saúde pediu 30, aí ele disse “não, nem 30 e nem 15, 20 dias!” E dentro de 20 dias se organizou de uma forma... o NINAR, foi o embrião, foi aí que começou, aqui não existia, que foi se preparando, se adequando para poder atender essas crianças, né...” (E1)

Entretanto, o que tornou favorável foi o fato da Zika ter se tornando uma agenda política, com visibilidade e comoção pública. Logo, as condições favoráveis a consolidação de ofertas especializadas para essa demanda, veio acompanhada de uma ‘pressão’ política que pode desconectar essa agenda específica de uma agenda mais ampla, estrutural e planejada: a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Sobre a reabilitação das crianças com Síndrome Congênita do Vírus Zika as narrativas dos gestores da SES-MA apontam principalmente para uma organização estadual em torno de serviços especializados. O principal serviço implementado de reabilitação para atender a população acometida foi o Centro de Referência em Neurodesenvolvimento, Assistência e Reabilitação de Crianças, mais conhecido como NINAR. Esse centro de atendimento foi inaugurado, no dia 14 de março de 2016, em São Luís, pelo atual governador do Maranhão.

“digamos assim, uma mãe que teve um filho com microcefalia, no qual foi constatado que dias antes ou durante a gestação ela teve sintomas de zika e aí pra onde que vai essa criança? Ai já devem ter conversado com você, vai para o Projeto NINAR e por ai vai...” (E3)

O corpo clínico do NINAR é formado por pediatras, neuropediatras, oftalmologistas e geneticistas, além de equipe multidisciplinar composta por fisioterapeutas, enfermeiros, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicopedagogos e terapeutas ocupacionais. Além disso, possui oito consultórios, duas salas de acolhimento, quatro espaços para reabilitação em fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. E realiza exames de apoio diagnóstico como análises clínicas, ultrassonografia, entre outros.

É inegável a importância do NINAR no tratamento e reabilitação das crianças acometida com a Síndrome Congênita pelo Vírus Zika, já que oferece para as crianças e para as famílias um serviço que antes da epidemia da Zika não existia no Maranhão. Porém esse serviço apresenta alguns desafios. O primeiro refere-se a sua sustentabilidade, pois por não se encaixar as normas definidas pela RPCD esse centro não pode ser financiado por recursos federais.

“Por que o Ministério de Saúde não financia, então isso cria um serviço que não tem continuidade, mas se ele soubesse e dissesse “Não! Eu vou criara um Centro de Reabilitação aonde dentro desse Centro de Reabilitação a gente vai criar um setor específico muito bom, muito grande, muito amplo para essas crianças, o Ministério pagaria todo mês, e paga muito bem e seria eterno, permanente.” (E7)

De acordo com a Portaria Nº 835, de 25 de Abril de 2012, o Ministério da Saúde institui que, para que os Centros de Reabilitação (CER) recebam financiamento federal é necessário que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios proponentes relacionem seus projetos os ambientes a serem construídos, ampliados e/ou reformados, obedecida a estrutura mínima e a caracterização visual do CER e da Oficina Ortopédica, conforme requisitos obrigatórios definidos pelo Ministério da Saúde nos instrutivos³⁵.

Os equipamentos e materiais permanentes a serem adquiridos devem estar em consonância com as listas prévias disponibilizadas no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS). E as instalações físicas dos estabelecimentos de saúde devem estar em conformidade com as Normas para Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiências a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos³⁵.

Porém, o NINAR não se adequa a maioria das exigências do Ministério da Saúde e por isso não recebe esse financiamento e apoio federal. Segundo alguns gestores, o NINAR é financiado com recurso estadual o que implica em retirar recurso de alguma pasta, e conforme as mudanças políticas e os interesses de cada governo, ele pode continuar existindo ou não, diferente de um CER que possui sua permanência garantida na tripartite, uma vez que é um equipamento do estruturante de uma política nacional do SUS.

Fernandes Campos³⁶ afirma que a saúde da pessoa com deficiência foi uma agenda preterida ao longo do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a autora as iniciativas para essa população sempre eram pontuais, algumas vezes parcelares, e não levavam em consideração os princípios de integralidade, equidade, universalidade e acesso qualificado e universal à saúde.

E isso pode ser comprovado pelo fato de que algumas portarias, como as Portaria 587/SAS/MS, de 7 de outubro de 2004 (Saúde Auditiva), Portaria nº 818/GM/MS, de 5 de junho de 2001 (Assistência à Pessoa com Deficiência Física) e a Portaria nº 3.128/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008 (Assistência à Pessoa com Deficiência Visual), que objetivavam ampliar as ações de cuidados às pessoas com deficiência não alcançaram uma articulação com os pontos e níveis de atenção à saúde do SUS; marcado por um caráter fragmentário e por vezes pouco eficaz quando eram confrontados com as complexas problemáticas de saúde das pessoas com deficiência,

confirmando o caráter lateral ou secundário que a saúde da pessoa com deficiência ocupou no SUS até a formulação da RCPD, que foi criada em 2012³⁶.

O segundo problema do ponto de vista político é uma significativa centralização dos atendimentos na capital do Estado, que é mencionada nas narrativas de algumas gestoras.

“O ideal seria ter vários NINAR, em outros lugares, isso faria com que ela deixasse de sair lá de Balsas pra vir pra cá ou então faria com que ela não abandonasse o tratamento, porque é custoso vim de lá, nem todo MUNDO tem dinheiro...” (IC1)

“Infelizmente a dificuldade é que é só em São Luís, na capital, e a gente entende que pessoas muito pobre e que moram muito longe, no sul do Maranhão, jamais teriam condições de vim de lá para cá, pra ter toda essa assistência para as crianças.” (E7)

“o ideal seria que todas elas tivessem essa assistência do Estado, porque devido a essa vazão assistencial, ou seja, eles não terem reabilitação para criança com deficiência em todo estado do Maranhão, o Estado obrigatoriamente teria que garantir isso de alguma forma e a forma de garantir seria pagar quem faz, porque quem faz mal ou pouco, mas está fazendo” (E3)

Esse modelo centralizador por vezes sobrecarrega um serviço que é de boa qualidade e que possui uma estrutura física e de profissionais bem organizada para atender determina quantidade de pacientes, porém quando essa quantidade é extrapolada, o serviço deixa de possuir essas qualidades e os leitos passam a faltar, os profissionais são insuficientes para atender a grande demanda e conseqüentemente causa uma longa espera por um atendimento que é urgente e isso cria uma forte barreira acesso, levando alguns até a desistir do tratamento, frente a tantas dificuldades.

“Como eu disse... demora. Demora porque a demanda é muito grande, não é só microcefalia, não é só São Luís, é o Estado todo, 217 municípios. Então, NINAR demora nessa questão. A gente percebe que o NINAR está sobrecarregado por isso, porque não atende só São Luís, ele atende todo o restante do Estado. E também não só microcefalia, são todos... Porque o que acontece ao ligar para o Call Center, vai ter um lapso temporal um pouco grande na verdade, devido à essa sobrecarga que tem o NINAR, por não só atender a microcefalia e também por não só atender a grande São Luís. São os 217 municípios e todas as outras doenças neurológicas.” (IC1)

Com o objetivo de reduzir essa forte centralização da atenção na capital do Estado, foram feitas ações emergenciais e com pouca estrutura de gestão. Então os gestores decidiram apoiar financeiramente as APAE.

“o que, que a gente consegue, assim, avaliar hoje, o NINAR ele conseguiu captar muito mais, né?! Aqui o Juvêncio Matos conseguiu captar muito mais do que esses outros serviços dessas duas regiões, mas eles conseguem dar conta das demandas que aparecem lá, porque eles estão utilizando o mesmo protocolo. O que também foi feito em relação a isso, o levantamento da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, no estado do Maranhão, então a SES buscou identificar quais as APEAs que já tinham algum tipo de serviço, porque a APAE ela tem serviços voltados para a educação e serviços da área da saúde, que elas pudessem ser potencializadas, para poder receber essa crianças e dar o seguimento do cuidado.” (IC2)

“... a gente quer que eles (prefeitos) entendam que o municípios deles têm pessoas que necessitam de assistência, que eles têm que pactuar com as APAEs, junto ao Estado e ao Ministério da Saúde para criar Centro de Reabilitação para criar uma assistência de forma definitiva, uma vez criada esses Centros de Reabilitação como Imperatriz que já está para inaugurar, Santa Inês e outros, aí sim vai ter esse fluxo para a zika... Isso é para os municípios, né?!” (E7)

Porém a falta de monitoramento e apoio contínuo, resultaram em uma descentralização por serviço e fora dos conceitos de rede, ou seja, multiplicação de serviços, sem gestão em rede e conseqüentemente uma tendência a fragmentação. A pulverização das ações que tendem a operar em baixa qualidade, reforça a procura pelos serviços qualificados, como o NINAR gerando centralização.

Todas as dificuldades acima citadas, de centralização, de falta de monitoramento, dispersão de fluxo, podem ser explicadas pela desarticulação da rede:

“o que eu posso te dizer é que infelizmente essas redes não estão bem desenhadas, né?!, não estão bem articuladas, as vezes a criança vai para um lado, vai para outro, ou então a própria... eu já tive a oportunidade de ouvir “olha meu filho com microcefalia está fazendo tratamento em três lugares diferentes”, por outro lado, é... eu falo, eu não sou especialista na área, mas assim... mas eu vejo que expectativa da mãe em ver a criança bem, a ansiedade, gera essa necessidade de para dois, três, quatro lugares, se tiver que ir lá para São Paulo e ela tiver condições, essa mãe vai. Mas é... é isso que eu vejo tem a questão do fluxo que ele é insipiente e por lado que uma expectativa da mãe.” (E1)

Articular Redes é ainda um grande desafio no Brasil, porque requer a construção de parcerias em um contexto de alta especialização, fragmentação e muitas vezes, competição. E gera desentendimentos, impasses e conflitos entre as diferentes pessoas/ serviços e segmentos sociais envolvidos no trato de uma dada questão, além do desconhecimento do potencial da ação coletiva coordenada³⁷.

No entanto para que a epidemia de microcefalia, assim como em outras doenças, seja efetivamente enfrentada, é necessário que todos os serviços que existem para garantir essa proteção, trabalhem de forma conectada. E que todos os profissionais envolvidos nesse processo, conheçam verdadeiramente as redes de articulação existente e os serviços que a compõe, necessitando do apoio da sociedade, da família e principalmente do Estado³⁷.

Em toda essa discussão, sobre o NINAR, sobre a organização do fluxo e sobre a rede é importante destacar que os gestores de outras áreas em nenhum se referiram em suas narrativas à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Essa passagem do foco NINAR para o foco na RCPD foi evidenciada somente pela pessoa responsável, considerando a RCPD na sua narrativa.

“É um direito, porém nem tudo que é direito o cidadão tem acesso, porque depende das condições da política de cada local.”(E7)

“você consegue imaginar toda a população de São Luís com deficiência sem assistência nenhuma a saúde? Sem assistência nenhuma e sem garantia de receber nada, essa é a situação do nosso Estado... e eu fiz um apelo... nós somos uma vergonha nas reuniões que ocorrem nacionais. E infelizmente as pessoas não olham para os deficientes, e eu não estou falando só da zika, eu aqui sempre falo em nome de todos e zika está dentro dela, é importante deixar claro que se não for construída a rede da pessoa com deficiência a rede da criança com microcefalia não vai ser definitiva nunca, porque? Porque ela vai ser feita sempre por situações emergenciais, é uma pactuação aqui, é um convênio ali... não é uma lei, não é portaria, não é nada definitivo e nós precisamos de políticas públicas definitivas para o Estado e essa é a nossa luta... dificuldade a gente têm? Tem!” (E7)

CONCLUSÃO

Os desafios de atuação da SES-MA junto a atenção básica como eixo estruturante de uma rede de cuidado aos agravos da epidemia zika expressam problemas históricos e estruturais do SUS no estado do Maranhão. Apesar de esforços recentes da SES-MA no sentido de consolidar a RAS, tanto através da implementação de redes temáticas quanto no processo de regionalização, e de esforços de qualificação da Atenção Básica à partir do PMAQ, percebe-se através das narrativas dos gestores, que trata-se de um processo tardio que criou um campo de vulnerabilidade para a população. Por ser a principal porta de entrada das gestantes com suspeita de infecção pelo vírus zika, a fragilidade da atenção básica e do pré-natal implicam sérias consequências para ordenação de um fluxo de cuidado qualificado.

Essa fragilidade do órgão ordenador e organizador do cuidado em rede, é refletido em uma forte centralização e sobrecarga de alguns serviços, especialmente na capital do Maranhão. Nas maternidades comparece nas narrativas as regiões de saúde, porém em todo o Estado existem apenas quatro maternidades referência para atender essa população específica. Até a epidemia do *Zika Vírus* a saúde da pessoa com deficiência foi uma agenda preterida no Maranhão e que começou a se estruturar com algumas falhas de governabilidade, após a epidemia, que veio acompanhada de um grande clamor social.

Ao mesmo tempo em que a epidemia serviu como desencadeador de uma importante rede temática, em que a atenção básica, também deve cumprir um papel central: a rede da pessoa com deficiência. A diminuição da incidência de casos de infecção por zika acabam por alterar o eixo de priorização, que passa a se voltar para o segmento da reabilitação de crianças com síndrome congênita e apoio às famílias.

Trata-se, portanto, de analisar se este novo eixo de prioridade seguirá um modelo centralizado em centros especializados ou descentralizados com prioridade para a atenção básica.

As narrativas apontam que existem 2 desafios estruturais: a Atenção Básica e regionalização (COAP). É importante destacar que o presente estudo possui algumas limitações que apontam para a necessidade de avançar através de outros estudos que enfoquem o processo de regionalização em curso.

Referências

1. Eickmann SH, Carvalho MDCG, Ramos RCF, Rocha MÁW, Linden Vvd, Silva PFSd. Zika virus congenital syndrome. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016;32(7 %@ 0102-311X).
2. da Silva AAM, Ganz JSS, da Silva Sousa P, Doriqui MJR, Ribeiro MRC, Branco MdRFC, et al. Early growth and neurologic outcomes of infants with probable congenital Zika virus syndrome. *Emerging infectious diseases*. 2016;22(11):1953.
3. Schuler-Faccini L. Possible association between Zika virus infection and microcephaly—Brazil, 2015. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2016;65.
4. Stratton SJ. Zika virus association with microcephaly: the power for population statistics to identify public health emergencies. *Prehospital and disaster medicine*. 2016;31(2):119 %@ 1049-023X.
5. Martines RB. Notes from the field: evidence of Zika virus infection in brain and placental tissues from two congenitally infected newborns and two fetal losses—Brazil, 2015. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2016;65.
6. Secretaria Estadual De Saúde De Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Epidemiológico para investigação de casos de microcefalia no estado de Pernambuco. Versão nº 2. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2015. 42 p.
7. MENDES, EV. As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2ª edição. 2011.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos Humaniza SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF, 2010. Volume 2 - Atenção Básica.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 30 de dezembro 2010. Seção 1, p.89.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília, 24 de junho 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 24 de abril de 2012.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia. Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia. Brasília, março de 2016. Volume 3, 2016.
13. Brasil. (2016a) 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. Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia. Brasília, atualizada em 9 de dezembro 2015. Versão 1.2.
14. Ribeiro EA. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. Revista Evidência. 2012;4(4).
15. Baldin N, Munhoz EMB, editors. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária 2011.
16. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2001;6(1):165-82.
17. Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Editora Hucitec. 2008.
18. De Souza Minayo MC. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2008.

19. Almeida PFd, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):1727-42.
20. Leite JMS, Filho NS. Perfil da morbidade no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão-Huufma. *Revista do Hospital Universitário*. 2001:19.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Brasília, 2017.
22. Pereira MO, Vargas D, Oliveira MAFd. Reflexão acerca da política do ministério da saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da Sociologia das ausências e das emergências. *SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2012;8(1):9-16 %@ 1806-6976.
23. Thomaz EBAF, Queiroz RCS, Cavalcante CVR, Rocha T, Tomasi E, Facchini LA. Programa Nacional De Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Experiência do Maranhão. 2017.
24. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGNd, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. 2015.
25. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MT, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública*. 2003;37(4):456-62 %@ 1518-8787.
26. Lesser J, Kitron U. A geografia social do zika no Brasil. *Estudos Avançados*. 2016;30(88):167-75 %@ 0103-4014.
27. Coimbra LC, Figueiredo FP, Silva AAM, Barbieri MA, Bettiol H, Caldas AJM, et al. Inadequate utilization of prenatal care in two Brazilian birth cohorts. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2007;40(9):1195-202 %@ 0100-879X.
28. Cardoso GRCGR, doso CostaI C, da Costa CheinI MB, GamaI MEA, CoelhoI LSC, da CostaI ASV. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil.
29. Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, de Souza Queiroz RC, de Brito MTSS, Coimbra LC, et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(4):1227-38 %@ 413-8123.

30. Menezes DCS, da Costa Leite I, Schramm J M A, & do Carmo Leal M. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001 Evaluation of antenatal peregrination in a sample of postpartum women. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(3), 553-559.
31. Silva, ALS & Almeida LCG. Vivência de mulheres frente à peregrinação para o parto. *Rev Eletron Atualiza Saúde*. 2015; 2(2), 7-19.
32. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Indicadores de saúde. Brasília; 2012.
33. Scheffer M. Demografia médica no Brasil (Vol. 2). Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2013.
34. Oliveira ESG. Estimulação precoce da criança com microcefalia de 0 a 3 anos. 2017.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, 25 de abril de 2012.
36. Fernandes Campos M, de Paula Souza LA, Ferreira Mendes VL. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19(52). 2015.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, 30 de dezembro 2010. Seção 1, p.89.

REFERÊNCIAS

ADACHI, Yuko et al. Congenital microcephaly with a simplified gyral pattern: associated findings and their significance. *American Journal of Neuroradiology*, v. 32, n. 6, p. 1123-1129, 2011.

AGRANOFF, Robert; LINDSAY, Valerie A. Intergovernmental management: perspectives from human services problem solving at the local level. *Public Administration Review*, v. 43, n. 3, p. 227-237, 1983.

AGRANOFF, Robert; MCGUIRE, Michael. Managing in network settings. *Review of Policy Research*, v. 16, n. 1, p. 18-41, 1999.

ALMEIDA FORTIS, Martin Francisco de. Rumo à pós-modernidade em políticas públicas: a epistemologia situacional de Carlos Matus. *RAE-eletrônica*, v. 9, n. 2, 2010.

ALMEIDA, Celia; MACINKO, James. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema de Saúde (SUS) em nível local. In: Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema de saúde (SUS) em nível local. 2006. p. 215-215.

ANDERSEN, Ronald M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of health and social behavior*, p. 1-10, 1995.

ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA, Ana Carolina. Análise da eficiência hospitalar no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, CEDEPLAR, 2007.

ARAGAO, Maria de Fatima Vasco et al. Clinical features and neuroimaging (CT and MRI) findings in presumed Zika virus related congenital infection and microcephaly: retrospective case series study. *bmj*, v. 353, p. i1901, 2016.

ASHWAL, Stephen et al. Practice Parameter: Evaluation of the child with microcephaly (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, v. 73, n. 11, p. 887-897, 2009.

ATTAR, Naomi. ZIKA virus circulates in new regions. *Nature Reviews Microbiology*, v. 14, n. 2, p. 62-63, 2016.

BAKER, NICHOLAS E. Transcription of the segment-polarity gene *wingless* in the imaginal discs of *Drosophila*, and the phenotype of a pupal-lethal *wg* mutation. *Development*, v. 102, n. 3, p. 489-497, 1988.

BALDIN, Nelma; MUNHOZ, Elzira M. Bagatin. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. In: Anais do X Congresso Nacional de Educação. I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação. 2011.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Vozes, 2011.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese*, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005.

BONNIER, Christine. Evaluation of early stimulation programs for enhancing brain development. *Acta Paediatrica*, v. 97, n. 7, p. 853-858, 2008.

BRAGA, E. C. Critérios de suficiência para análise de redes assistenciais. Consulta Pública nº 26. Exposição de Motivos. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 15, 2017. *Boletim Epidemiológico*. Brasília, 2017. Volume 48 N° 14 - 2017. ISSN 2358-9450. 2017.

_____. (2017a) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional. Tiragem: 1ª edição – 2017 – versão eletrônica. Brasília, 2017.

_____. (2017b) Ministério da Saúde. 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 20/2017. Boletim Epidemiológico. Brasília, 2017. Volume 48 N° 18 - 2017. ISSN 2358-9450. 2017.

_____. (2017c) Ministério da Saúde. Ministério da Saúde declara fim da Emergência Nacional para Zika e microcefalia. Link: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/28347-ministerio-da-saude-declara-fim-da-emergencia-nacional-para-zika-e-microcefalia>. 2017.

_____. (2017d) Ministério da Saúde. Portal da saúde. Perguntas e Respostas sobre Zika. Link: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/perguntas-e-respostas-zika>. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia. Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia. Brasília, março de 2016. Volume 3, 2016.

_____. (2016a) 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. Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia. Brasília, atualizada em 9 de dezembro 2015. Versão 1.2.

_____. (2016b) 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. Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia. Brasília - DF, 2016. Versão 2.0.

_____. (2016c) Ministério da Saúde. Secretaria Estaduais e Municipais de Saúde. Protocolo de atendimento: mulheres em idade fértil, gestantes, puérperas e bebês com microcefalia. Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia. Brasília, 2016.

_____. (2016d) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia. Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia. Brasília – DF, 2016. Versão preliminar.

_____. (2016e) Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Atenção Integral à Saúde da Criança - Medicina. Eixo III. A Assistência na Atenção Básica. Brasília – DF, 2016.

_____. (2016f) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia. Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia. Brasília – DF, 2016. Versão preliminar.

_____. (2016g) 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. Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia. Brasília - DF, 2016. Versão 2.0.

_____. (2015) Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. (2015a) Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica - Saúde das Mulheres. Brasília – DF, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS. Brasília - DF, 2014.

_____. (2014a) Presidência da República. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de desenvolvimento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasília – DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. 1ª edição revista. Brasília – DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 24 de abril de 2012.

_____. (2012a) Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Taxa de mortalidade na infância cai 58% no Brasil. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à

saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, em 28 de Junho de 2011. Diário Oficial da União. Brasília, 28 de Junho de 2011.

_____. (2011a) Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília, 24 de junho de 2011.

_____. (2011b) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. 1.^a edição, 2.^a reimpressão. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília- DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 30 de dezembro 2010. Seção 1, p.89.

_____. (2010a) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos Humaniza SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF, 2010. Volume 2 - Atenção Básica.

_____. (2010b) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Série A. - Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos, n. 26. 1^a edição. Brasília – DF, 2010.

_____. (2010c) Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Construindo a Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes 2011 – 2020. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília-DF, 2009.

_____. (2009a) Ministério da Saúde. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União. Brasília, 30 de agosto de 2009.

_____. (2009b) Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7ª edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2009.

_____. (2009c) Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: MS; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Lei nº. 8080, 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 1990; 20 set.

_____. (1990a) Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

_____. (1990b) Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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. Brasília – DF, 1990.

BROUSSELLE, Astrid et al. Avaliação: conceitos e métodos. In: Avaliação: conceitos e métodos. Fiocruz, 2011.

BUNKER, John P.; LUFT, Harold S.; ENTHOVEN, Alain. Should surgery be regionalized?. Surgical Clinics of North America, v. 62, n. 4, p. 657-668, 1982.

CAMPOS, et al. Zika Virus Outbreak, Bahia, Brazil. Emerg Infect Dis, v.21, n.10, Oct, p.1885-6, 2015.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio; DE JESUS, Washington Luiz Abreu; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, 2017.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. 2012.

CASTELLS, Manuel. A sociedade em rede, Volume I. São Paulo, Paz e Terra, 4ª ed., 2000.

CECCIM, R.; CAVALCANTI, F. Rede Cegonha: práticas discursivas e redes de diálogo. Blog Saúde com Dilma, v. 9, 2011.

CHEN e HAMER. Zika Virus: Rapid Spread in the Western Hemisphere. *Ann Intern Med*, Feb 2, 2016.

CHEN, Huey T. Theory-driven evaluations. Sage, 1990.

COELHO, M. R. S. Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. 2003. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, Cairo, Egito. Relatório final. [S.l.]: CNPD; FNUAP, 1994. Publicação em português.

CONTANDRIOPOULOS, André-Perre. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & saúde coletiva*, v. 11, n. 3, 2006.

CORDEIRO JÚNIOR, W.; MAFRA, A. Z. Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte: Manchester Triage Group, 2010.

COSTA, Ediná Alves; ROZENFELD, Suely; ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. *Fundamentos da vigilância sanitária*, p. 15-40, 2000.

CUNHA, Rivaldo Venâncio da et al. Zika: abordagem clínica na atenção básica. 2016.

DA SILVA, Antonio Augusto Moura et al. Early growth and neurologic outcomes of infants with probable congenital Zika virus syndrome. *Emerging infectious diseases*, v. 22, n. 11, p. 1953, 2016.

DE FREITAS GUIMARÃES, Felipe et al. Ações da vigilância epidemiológica e sanitária nos programas de controle de zoonoses. *Veterinária e Zootecnia*, v. 17, n. 2, p. 151-162, 2010.

DE SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. *Ciência & saúde coletiva*, v. 12, n. 2, 2007.

DIAGNE, Cheikh Tidiane et al. Potential of selected Senegalese *Aedes* spp. mosquitoes (Diptera: Culicidae) to transmit Zika virus. *BMC infectious diseases*, v. 15, n. 1, p. 492, 2015.

DIAS DE LIMA, Luciana et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, 2012.

DICK, G. W. A.; KITCHEN, S. F.; HADDOW, A. J. Zika virus (I). Isolations and serological specificity. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 46, n. 5, p. 509-520, 1952.

DONABEDIAN, Avedis. Aspects of medicalcare administration: specifying requirements for health care. 1973.

DROR, Yehezkel. Las capacidades de gobernar y la integración Europea. *Gestión y análisis de políticas públicas*, n. 4, 1995.

DUFFY, Mark R. et al. Zika virus outbreak on Yap Island, federated states of Micronesia. *New England Journal of Medicine*, v. 360, n. 24, p. 2536-2543, 2009.

DUPONT-ROUZEYROL, Myrielle et al. Co-infection with Zika and dengue viruses in 2 patients, New Caledonia, 2014. *Emerging infectious diseases*, v. 21, n. 2, p. 381, 2015.

FERGUSON, Neil M. et al. Countering the Zika epidemic in Latin America. *Science*, v. 353, n. 6297, p. 353-354, 2016.

FERNANDES DA SILVA, Silvio; MENDES SOUZA, Nathan; MAIA BARRETO, Jorge Otávio. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, 2014.

FEUERSTEIN, Marie-Thérèse. Avaliação: como avaliar programas de desenvolvimento com a participação da comunidade. São Paulo: Paulinas, 1990.

FLEURY, Sonia; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. FGV Editora, 2011.

FLEURY, Sonia. El desafío de la gestión de las redes de políticas. *Revista Instituciones y Desarrollo*, v. 17, 2002.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, 2008.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. 2004.

FURTADO, Juarez Pereira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. The evaluation of health programs and services in Brazil as a space for knowledge and practice. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, 2014.

FURTADO, Juarez Pereira et al. O percurso da pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, p. 189-208, 2008.

FURTADO, Juarez Pereira et al. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2001.

GARCEZ, Patricia P. et al. Zika virus impairs growth in human neurospheres and brain organoids. *Science*, v. 352, n. 6287, p. 816-818, 2016.

GIL, Fernando Cerisara. *O romance da urbanização*. Edipucrs, 1999.

GIOVANELLA, Ligia. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, 2011.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. *Fourth generation evaluation*. Sage, 1989.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. Jossey-Bass, 1981.

GURGEL ACIOLE, Giovanni. Redes interfederativas de saúde: um arranjo assistencial instituinte ou mais uma estratégia gerencial?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, 2011.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & saúde coletiva*, v. 4, n. 2, 1999.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. In: Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Fiocruz, 2005.

HENNESSEY, M.; FISCHER, M.; STAPLES J.E. Zika Virus Spreads to New Areas - Region of the Americas, May 2015-January 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016; 65:55–8.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 70% dos municípios brasileiros têm até 20 mil habitantes Link: <http://www.ibge.gov.br/home/disseminacao/eventos/missao/ibge.shtm>

IOOS, Sophie et al. Current Zika virus epidemiology and recent epidemics. *Medecine et maladies infectieuses*, v. 44, n. 7, p. 302-307, 2014.

JAKUBOWSKI, Elke; SALTMAN, Richard B. 29 The Changing National Role in Health System Governance. 2013.

JOUANNIC, Jean-Marie et al. Zika virus infection in French Polynesia. *Lancet*, v. 387, n. 10023, p. 1051–1052, 2016.

KATON, Wayne J. et al. The pathways study: A randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Archives of general psychiatry*, v. 61, n. 10, p. 1042-1049, 2004.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, 2010.

LEHOUX, Pascale; LEVY, Ron; RODRIGUE, Jean. Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de 4^{ième} génération. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2 (1), p. 56-72, 1995.

LESSER, Jeffrey; KITRON, Uriel. A geografia social do zika no Brasil. *Estudos Avançados*, v. 30, n. 88, p. 167-175, 2016.

LEVASSEUR, Mélanie et al. Concordance entre besoins et interventions de participation des aînés recevant des services d'aide à domicile. *Gérontologie et société*, v. 35, n. 4, p. 111-131, 2012.

MACHADO, Roberta. Zika chegou ao Brasil em 2013. 2016.

MAIA DOS SANTOS, Adriano; GIOVANELLA, Ligia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 4, 2014.

MALCOLM, Laurence; WRIGHT, Lyn; CARSON, Simon. Integrating primary and secondary care: the case of Christchurch South Health Centre. *The New Zealand medical journal*, v. 113, n. 1123, p. 514-517, 2000.

MALFITANO, Ana Paula Serrata. A tessitura da rede: entre pontos e espaços. Políticas e programas sociais de atenção à juventude - a situação de rua em Campinas. Doutorado (Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2008. 350p.

MANDELL, Myrna P. Community collaborations. *Review of Policy Research*, v. 16, n. 1, p. 42-64, 1999.

MARCONDES, Carlos Brisola et al. Zika virus in Brazil and the danger of infestation by *Aedes (Stegomyia)* mosquitoes. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 49, n. 1, p. 4-10, 2016.

MARIA-MENGEL, Margaret Rose Santa; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Risk factors for infant developmental problems. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. SPE, p. 837-842, 2007.

MARTINES, Roosecelis Brasil. Notes from the field: evidence of Zika virus infection in brain and placental tissues from two congenitally infected newborns and two fetal losses—Brazil, 2015. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, v. 65, 2016.

MATTOS, Ruben Araujo de. (Re) visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, 2010.

MATUS ROMO, Carlos; DEL RIEGO, Luís Felipe Rodriguez. Adeus, senhor presidente: governantes, governados. Edições Fundap, 1997.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília – DF, 2011, 2ª edição.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde-Health care networks. *Revista Médica De Minas Gerais-RMMG*, v. 18, n. 4-S4, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As evidências internacionais sobre a atenção primária à saúde e a estratégia de implantação da Saúde em Casa em Minas Gerais: o plano diretor da atenção primária à saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. In: Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Escola de saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, Emerson Elias. et al. O Trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2 ed. São Paulo: HUCITEC. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Editora Vozes Limitada, 2011.

MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETANA. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964.

MIRANDA, Lilian; ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa. Narrativa de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 13, n. 3, 2010.

MOR, Gil. Placental inflammatory response to Zika virus may affect fetal brain development. American Journal of Reproductive Immunology, v. 75, n. 4, p. 421-422, 2016.

MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. In: Saúde em debate. Hucitec; Abrasco, 1994.

MUSSO, Didier et al. Potential sexual transmission of Zika virus. Emerging infectious diseases, v. 21, n. 2, p. 359, 2015.

NUNES, Magda Lahorgue et al. Microcephaly and Zika virus: a clinical and epidemiological analysis of the current outbreak in Brazil. Jornal de Pediatria (Versão em Português), v. 92, n. 3, p. 230-240, 2016.

NETO, Antonio Silva Lima et al. Dengue, zika e chikungunya-desafios do controle vetorial frente à ocorrência das três arboviroses-parte II. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 29, n. 4, p. 463-470, 2016.

NUÑO, Roberto Solinís. Un breve recorrido por la atención integrada. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, v. 1, n. 2, p. 5, 2009.

OLIVEIRA, Wender Antonio. Zika Vírus: histórico, epidemiologia e possibilidades no Brasil. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, v. 6, n. 1, 2017.

ONOCKO CAMPOS, Rosana et al. Fale com eles! o trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2011.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. O exercício interpretativo. ONOCKO-CAMPOS, R. et al.(Orgs.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Hucitec, p. 278-299, 2008.

ONOCKO CAMPOS, Rosana, R., FURTADO, Juarez Pereira. A participação de diferentes grupos de interesse na geração de conhecimentos sobre a rede de serviços avaliada. In: ONOCKO CAMPOS, R., FURTADO, J.P., PASSOS, E., BENEVIDES, R. (Orgs.). *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008a. p. 231-248.

ONOCKO CAMPOS, Rosana; GAMA, Carlos Alberto Pegolo. Saúde mental na atenção básica. In: Campos,G.W e Guerrero, A.V. (Orgs). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo, Hucitec, 2010, pp. 221-246.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos. Link: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortesprematu-ras-todos-os-anos&Itemid=839. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Integrated health services: what and why?* Geneva, World Health Organization, Technical Brief nº 1, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Washington, D.C., 2005.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & saúde coletiva*, v. 12, p. 1819-1829, 2007.

PAIM, Jairnilson S. *Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil*. Hartz ZMA, Vieira da Silva LM, organizadores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à*

prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. 2a ed. Salvador: EDUFBA, p. 9-10, 2005.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2008.

PATTON, Michael Quinn. *Qualitative evaluation and research methods*. SAGE Publications, inc, 1997.

PEÑA, Elizabeth D. Lost in translation: Methodological considerations in cross-cultural research. *Child development*, v. 78, n. 4, p. 1255-1264, 2007.

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, p. 127-140, 1981.

POLONSKY, William H. et al. Integrating medical management with diabetes self-management training. *Diabetes Care*, v. 26, n. 11, p. 3048-3053, 2003.

POUVOURVILLE, Gérard de. Evaluation: the French chefs are still searching for" la nouvelle cuisine". *Cadernos de saude publica*, v. 15, n. 2, p. 248-250, 1999.

RANI, P. Reddi; VISHALAKSHI, L. Ashwini. ZIKA VIRUS AND PREGNANCY. *Indian Obstetrics and Gynaecology*, v. 7, n. 2, 2017.

RIBEIRO, Elisa Antonia. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. *Revista Evidência*, v. 4, n. 4, 2012.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. *Social research: methods and techniques*. São Paulo: Atlas, 1999.

RIDDE, Valéry. Suggestions d'améliorations d'un cadre conceptuel de l'évaluation participative. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, v. 21, n. 2, p. 1, 2006.

ROBERT, Paul et al. *Le Petit Robert: dictionnaire de la langue française*. LeRobert, 1967.

ROSA, MVFPC; ARNOLDI, MAGC. *Investigação qualitativa-caracterização. A entrevista na pesquisa qualitativa*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

ROSEN, R.; HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, v. 1, n. 2, 2008.

SANTOS FILHO, Sarafim Barbosa. Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas. In: Coleção saúde coletiva. UNIJUÍ, 2009.

SANTOS, Lenir; MONTEIRO DE ANDRADE, Luiz Odorico. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciencia & saude coletiva*, v. 16, n. 3, 2011.

SANTOS, Lenir; DE ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2876-2878, 2012.

SCHEIRER, Mary Ann. Designing and using process evaluation. *Handbook of practical program evaluation*, v. 40, 1994.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Epidemiológico para investigação de casos de microcefalia no estado de Pernambuco. Versão nº 2. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2015. 42 p.

SELLTIZ, Wrightsman. Cook. Métodos de pesquisa nas relações sociais, v. 2, p. 2, 1987.

SILVA, José Afonso da. Curso de direito constitucional positivo. rev. e atual. até a Emenda Constitucional n. 53, de 19.12. 2006. São Paulo: Malheiros, 2007.

SIMON, Gregory E. et al. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *Bmj*, v. 320, n. 7234, p. 550-554, 2000.

SINGH, David. Transforming chronic care. Evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: University of Birmingham Health Services Management Centre; 2005.

SOUZA, Tadeu de Paula; CARVALHO, Sérgio Resende. Territorial support and multi-referential team: cartographies of the confluence between the method of support and the guidelines for harm reduction at a street-level among crack users and at the health network in the city of Campinas, SP, Brazil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 945-956, 2014.

STEVENSON, John F. et al. Building evaluation capacity in human service organizations: A case study. *Evaluation and Program Planning*, v. 25, n. 3, p. 233-243, 2002.

STRATTON, Samuel J. Zika virus association with microcephaly: the power for population statistics to identify public health emergencies. *Prehospital and disaster medicine*, v. 31, n. 2, p. 119, 2016.

TAPSCOTT, Don. A inteligência está na rede. *Revista Veja Impressa*, Ed, v. 2212, n. 13, p. 20-22, 2011.

TURATO, Egberto Ribeiro. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Vozes, 2003.

UNICEF et al. *Early Childhood Development: The key to a full and productive life*. 2015.

VÁZQUEZ, M. L. et al. *Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.

VENTURA, C. V. et al. Zika virus in Brazil and macular atrophy in a child with microcephaly. *The Lancet*, v. 387, n. 10015, p. 228, 2016. ISSN 01406736.

VETTER, Mary Jo; BRISTOW, Linda; AHRENS, Joann. A model for home care clinician and home health aide collaboration: diabetes care by nurse case managers and community health workers. *Home Healthcare Now*, v. 22, n. 9, p. 645-648, 2004.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. In: *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Contra Capa, 2011.

VICTOR, Janaína Fonseca et al. Vigilância epidemiológica em Unidade Básica de Saúde da Família. *Northeast Network Nursing Journal*, v. 4, n. 2, 2016.

WAN, Thomas TH; LIN, Blossom Yen-Ju; MA, Allen. Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. *Journal of Medical Systems*, v. 26, n. 2, p. 127-143, 2002.

ZANLUCA, Camila et al. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 110, n. 4, p. 569-572, 2015.

ZECHI, Marielly Tumitan; COSTA, Ana Caroline Albertini. Política Nacional de Atenção Integral a saúde da Mulher: Contextualização Histórica da saúde e o processo do parto. *ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498*, v. 12, n. 12, 2016.

APÊNDICE I – ROTEIRO: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1) Qual a sua função/cargo?
- 2) Quais ações a Secretaria tem desenvolvido para o controle ao vírus Zika e seus agravos?
- 3) Como está organizado o fluxo de cuidado materno-infantil para casos com suspeita e confirmação de infecção pelo vírus Zika? (quais os principais serviços e caminhos a percorrer pelo usuário)

prevenção/vigilância → atenção básica/pré-natal-diagnóstico → nascimento/
maternidade → reabilitação/centro especializado

- 4) Existe um protocolo para o controle da Zika e cuidados materno-infantil? (Como foi a elaboração?)
- 5) Existem metodologias e dispositivos para pactuação dos protocolos e fluxos com gestores dos serviços de saúde? E com os trabalhadores?
- 6) E quais tem sido os principais entraves desse fluxo?
- 7) Existem processos de capacitação de profissionais da rede de saúde? (Quais?; Estão funcionando?; Como estão funcionando?)
- 8) Existe um espaço de gestão (comitê, câmara técnica, comissão ou algo similar) para a formulação de um plano de controle a Zika? (Qual a periodicidade?; Quantas e quais pessoas participam desses encontros?; Quais áreas da gestão e saúde estão envolvidas?)
- 9) Qual sua avaliação sobre este espaço de gestão?
- 10) Como tem sido a relação interfederativa na construção dessa rede de atenção à Zika? (Existe um espaço interfederativo de gestão? Qual a periodicidade? Quantas e quais pessoas participam desses encontros? Quais áreas da gestão e saúde estão envolvidas?)
- 11) Qual sua avaliação sobre este espaço de gestão?
- 12) Existe um plano de ação de combate a Zika? (Como foi a elaboração?)
- 13) Existe alguma questão importante que eu deixei de perguntar e que você gostaria de comentar?

Documentos

- Protocolos
- Desenho de fluxo
- Planos de Ação
- Materiais didáticos
- Materiais informativos (de comunicação para usuários ou trabalhadores)
- Outros