

A resposta do Sistema Único de Saúde à epidemia de Zika

Cláudio Maierovitch¹, Enrique Vasquez²

¹ Fundação Oswaldo Cruz.

² Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.

Introdução

Em novembro de 2015, o Brasil esteve, pela primeira vez, no fulcro de uma emergência internacional, antes declarada emergência nacional, devido à uma epidemia causada pelo vírus conhecido como Zika.

Na ocasião, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em declaração internacional, destacou a gravidade da situação no Brasil e o caráter transnacional da epidemia pelo vírus Zika, com a ocorrência concomitante de problemas neurológicos e casos de microcefalia. Assim, foi estabelecida emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII, ou PHEIC, a sigla em inglês).¹

A identificação de uma grande epidemia causada pelo vírus Zika no Brasil, nunca antes encontrada no hemisfério ocidental, ocasionou, concomitantemente, casos de Síndrome de

Guillain-Barré e manifestações de maior gravidade, devido a infecções congênitas que resultaram em graves malformações fetais, especialmente no sistema nervoso central, tendo a microcefalia como característica mais severa. A epidemia de malformações relacionadas à infecção congênita pelo Zika no Brasil resultou, também, em grande sofrimento das crianças, famílias e comunidades afetadas. É digna de destaque, a rapidez em que ocorreram a identificação dos problemas de saúde e a velocidade da resposta do setor saúde, tanto no plano internacional como nacional.

O Sistema Único de Saúde e a Vigilância em Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Brasileira de 1988, é fruto de grande mobilização de segmentos organizados da população, membros da burocracia pública, intelectuais das universidades, sindicalistas e outros atores comprometidos com a causa social. Seus princípios doutrinários são: a universalidade (direito à saúde), a responsabilidade pública, a integralidade e a equidade. Sua organização é baseada em diretrizes organiza-

tivas: a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação da sociedade.^{2,3}

Com base nesses conceitos, o Brasil pôde ampliar de forma significativa sua rede assistencial, ao longo dos trinta anos de criação do SUS. A atenção básica passou a possuir grande capilaridade, com a distribuição, por praticamente

todo o território, das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)^a, dentro da perspectiva de acesso universal da população, mesmo que alguns déficits de cobertura e restrições à integralidade, que estabelece a garantia do acesso a serviços especializados, exames laboratoriais, procedimentos e internações, perdurem temporariamente.

Do ponto de vista legal, as ações de vigilância em saúde no Brasil derivam diretamente de alguns princípios constitucionais, a saber: (a) o disposto no Art. 196, que preconiza que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, em termos de promoção, proteção e recuperação; (b) no Art. 197, o estabelecimento da noção de *relevância pública* aplicada às ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle; (c) no Art. 198, a disposição de que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada dentro um sistema único, organizado, entre outras diretrizes, pela descentralização, com direção única em cada esfera de governo, o que distribui a responsabilidades em saúde não só para a União, mas também para Estados e Municípios; (d) e, finalmente, a competência incontestada, explicitada no art. 200, de que o SUS tem responsabilidade essencial de executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, nas três esferas de governo.²

Assim, os instrumentos legais garantem, normatizam a existência e o funcionamento das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária no SUS. A Vigilância Epidemiológica, compreendida como vigilância em saúde pública. Nos últimos anos, essas áreas de saúde vêm passando por transformações importantes em sintonia com os avanços do Regulamento Sanitário Internacional, que levou o país a organizar sua capacidade para respostas a eventos que ameaçam a saúde pública.

Dessa maneira, o Ministério da Saúde, as secretarias de saúde dos estados e de vários municípios mais populosos implantaram uma rede de Centros de Informações Estratégicas de Vigilância Em Saúde (CIEVS). Ao mesmo tempo, programas de treinamento têm permitido qualificar as equipes das três esferas de governo, com correspondente incremento em sua capacidade de detecção, análise e resposta aos referidos eventos. Tal preparação para reagir frente a riscos à saúde pública inclui, ainda, métodos para organização dos processos de trabalho, materializados em planos de contingência que consideram diferentes cenários de ameaças.

Esse sistema de resposta acumulou o aprendizado sobre a importância do trabalho com outros setores da administração pública, com a instituição, em 2005, do Grupo Executivo Interministerial e a criação da Força Nacional de Saúde,⁵ para atuar de forma complementar quando a capacidade da esfera estadual não for suficiente para enfrentar uma determinada emergência em saúde pública.

a Modelo adotado no país como a principal porta de entrada para o SUS.

A epidemia de Zika no Brasil e a ação do SUS

O período que antecedeu a emergência relacionada ao vírus Zika foi de muita atividade no segmento da Vigilância Epidemiológica do SUS. Após a pandemia de influenza em 2009 e 2010, esta virose apresentou uma grande incidência nos anos de 2012-2013. Em 2013 e 2015 os casos de dengue superaram seus recordes históricos e teve início a transmissão do vírus Chikungunya e posterior epidemia. Nesta mesma época, ocorreu a declaração da ESPII pelo vírus Ebola, com grande repercussão, embora sem ocorrência de casos no Brasil.

Em que pese alguns vazios assistenciais, o Brasil conta com uma rede de serviços de atenção básica em saúde capilarizada e organizada na maior parte do território nacional, mediante a ESF.

Dessa forma, o SUS possui uma razoável e crescente capacidade de detecção de doenças que afetam a população brasileira, mesmo em áreas remotas do país. As unidades da ESF, cuja atenção básica oferece uma complexa tecnologia de organização e relação com a comunidade, ao lado dos serviços de pronto-atendimento e de urgência e emergência, constituem as portas de entrada do sistema, articulando-se às especializadas e hospitalares, voltadas para o objetivo constitucional da integralidade.

Essa rede de serviços foi responsável pela detecção dos primeiros casos de uma doença exantemática até então desconhecida no país, que de fato sequer se sabia se era conhecida

ou não. A comunicação de que muitas pessoas, em várias cidades da Região Nordeste, vinham se apresentando aos serviços de saúde queixando-se de erupção cutânea, vermelhidão nos olhos e febre abriu um leque amplo de possibilidades diagnósticas. No segundo semestre de 2014, observou-se que as notícias e informações começaram a chegar com frequência crescente.

Mas foi somente em abril de 2015 que pesquisadores do Instituto de Biologia da Universidade Federal da Bahia,⁶ associados a outros profissionais da rede de serviços, identificaram, pela primeira vez, a presença de material genético do vírus Zika em amostras de sangue colhidas daqueles pacientes. Pouco tempo depois, o laboratório da Fiocruz do Paraná também identificou, por testes de biologia molecular, a presença do vírus em amostras colhidas no Rio Grande do Norte.⁷ Assim, com base nas características clínicas, epidemiológicas e laboratoriais, firmou-se a convicção de que o vírus Zika era o agente responsável pela doença. Feito isso, o Ministério da Saúde passou a adquirir insumos específicos e realizar treinamentos para que os laboratórios tivessem a capacidade de pesquisar a presença deste vírus em amostras biológicas.

Tal sequência de investigações e decisões ilustra a conexão interinstitucional do SUS, que tem interface com instituições variadas, tais como hospitais universitários, laboratórios e institutos de pesquisa públicos, além de im-

portantes organizações do sistema educacional público, e privado. Trata-se de uma articulação que não reflete apenas uma colaboração esporádica e pontual, em que os interesses de pesquisa e da saúde pública coincidem. Mas, estabelecida, anteriormente, nos instrumentos legais e normativos do sistema de saúde que inclui no seu escopo de atuação a pesquisa, o desenvolvimento e a inovação, nos termos da Lei Orgânica da Saúde. Aliás, o próprio Ministério da Saúde tem vinculadas a sua estrutura duas organizações de pesquisa importantes – o Instituto Evandro Chagas, no Pará, e a Fundação Oswaldo Cruz, com sede no Rio de Janeiro e unidades em vários outros estados.

As decisões iniciais relativas à epidemia no Brasil foram baseadas no comportamento das anteriores e relevantes duas únicas epidemias pelo vírus Zika, ocorridas na Micronésia (Ilha de Yap) e na Polinésia, que foi tomado como base para as primeiras decisões relativas à epidemia no Brasil. Dessa forma, a primeira iniciativa foi a de informar às instituições, aos profissionais e meios de comunicação fatos a respeito do diagnóstico provável dos casos e que a doença era conhecida por ser autolimitada, com cura espontânea em poucos dias. A segunda foi a orientação para que as secretarias estaduais de saúde elegeassem alguns serviços de saúde, que serviriam de sentinelas para acompanhar a evolução, com monitoramento do número de casos atendidos e envio de amostras para pesquisa do vírus Zika.

Ocorreu também um significativo esforço de otimização do sistema de vigilância, que incluiu a elaboração de instrumentos de notificação, adequação do sistema de informações, identifi-

cação de unidades sentinelas e capacitação de pessoal, tendo como objetivo principal identificar a dispersão do vírus para novas áreas. Nesse período, alguns laboratórios públicos assumiram a responsabilidade de analisar as amostras enviadas de todo o país para pesquisa do vírus.

Conforme se constatou mais tarde, o aumento da prevalência de microcefalia em bebês da Região Nordeste começou em agosto de 2015, pois as atenções estavam concentradas em outros quadros neurológicos. O baixo índice de crescimento do crânio de bebês, ao longo de algumas semanas, foi percebido por profissionais do setor hospitalar, particularmente pediatras e neuropediatras que recebiam os recém-nascidos encaminhados para atendimento especializado.

Tais episódios remetem ao fato de que, se uma doença ou agravo não está presente na lista de eventos a serem notificados ao sistema de vigilância, dificulta a detecção de mudanças no padrão epidemiológico. Isso significa que a percepção pode não ocorrer porque o evento é sabidamente muito raro e inusitado, mas, ao mesmo tempo, pode ser identificado por algum sistema de monitoramento capaz de captar informações de diversas origens e analisá-las de forma agrupada, fazendo comparações com outras localidades ou com a frequência habitual.

Foi exatamente o caráter extraordinário que chamou a atenção dos profissionais de saúde em Recife, Pernambuco, que a partir de diálogos informais com pacientes e outros profissionais puderam constatar a coincidência de observações e suspeitar que houvesse uma

situação epidêmica. O caso foi comunicado à Secretaria de Estado da Saúde, que ativou o sistema de vigilância em saúde e mobilizou os demais gestores do SUS. No episódio, a oportunidade da resposta foi possível por uma adequada combinação entre a percepção daqueles que atuavam no atendimento direto aos bebês e a prontidão das autoridades de saúde para responder à demanda.

Cabe assinalar que entre as características do sistema de saúde brasileiro está o esforço de interação entre atenção básica, a atenção especializada, laboratórios e instituições de pesquisa, por meio de mecanismos de referência formais ou de cooperação esporádica, quando

não pela iniciativa voluntária de profissionais com outros vínculos profissionais ou com inserção acadêmica. No caso presente, merece referência destacada a atuação de diversas instituições: Fundação Oswaldo Cruz; Laboratório de Pesquisa Clínica em Doenças Febris Agudas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas; Laboratório de Flavivírus do Instituto Oswaldo Cruz e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde; Universidade Federal do Rio de Janeiro; Departamento de Genética; Instituto de Biologia e Laboratório de Sistemas Avançados de Gestão de Produção-SAGE-COPPE-RJ; Centro de Gestão Tecnológica-CT2; Instituto de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto (IPESQ, Campina Grande-OB).

O estado de emergência nacional (ESPIN)

Dada a gravidade da situação, antes mesmo dos resultados laboratoriais confirmatórios, as informações iniciais da investigação epidemiológica, foram a base para a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Naquele momento, abriu-se um cenário de preocupações com a saúde da população que ocasionou uma ação sanitária decidida e resolutiva.

As duas casas do Congresso Nacional (Câmara dos Deputados e Senado) abrigaram discussões específicas sobre tal situação de emergência em saúde pública, com a participação de representantes do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)

no Brasil e de outras instituições. Na ocasião, o Legislativo aprovou recursos adicionais específicos de R\$ 500 milhões no Orçamento da União de 2016 e o Ministério do Planejamento autorizou remanejamentos que poderiam chegar a R\$ 3 bilhões para a saúde, tendo como argumento a epidemia.

O Ministério da Saúde, de posse de um conjunto de informações acumuladas nos meses de outubro e novembro de 2015, formulou um plano emergencial, com ações em três grandes eixos: (a) mobilização e combate ao mosquito; (b) atendimento às pessoas e (c) desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa. Assim, foi lançado, no início de dezembro de 2015, o Plano Nacional de Enfrentamento

à Microcefalia, rebatizado depois Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e suas Consequências.⁸

Uma atividade importante foi a realização da Reunião Internacional para Implementação de Alternativas para o Controle do Aedes Aegypti no Brasil realizada em Brasília nos dias 17 a 18 de fevereiro de 2016. Na ocasião, o Ministério da Saúde se posicionou de maneira clara sobre as alternativas para implementar medidas para o controle do mosquito Aedes, o que resultou em uma agenda de pesquisas e na implementação de estudos para avaliação de novas tecnologias para o controle do mosquito.

A seguir, o combate ao mosquito *Aedes aegypti* se transformou em ação de maior visibilidade, com ações intersetoriais de grande volume e intensidade, com importante investimento em comunicação, em especial para iniciativas de mobilização social. As autoridades, sem dúvida, se empenharam em garantir prioridade às atividades, ao convocar o Grupo Executivo Interministerial (GEI), com presença de 17 ministérios, para a formulação do mencionado plano. Instalou-se uma Sala Nacional de Coordenação e Controle, com estrutura e suporte do Ministério da Integração Nacional,⁹ com capacidade para conexão remota por videoconferência, simultânea com salas equivalentes em todas as capitais dos estados, com o objetivo de coordenar, fazer o monitoramento e dar suporte ao trabalho de campo.

Naquele período até o final de outubro de 2016, entre os significativos números computados no combate ao vetor figuram as 275 milhões de visitas realizadas em imóveis para identificação

e eliminação de focos, tratamento de criadouros e orientação. Entre os diversos dias de ação concentrada foram acionadas cerca de 32 mil equipes de atenção básica, com envolvimento de quase 190 mil escolas de educação básica, 63 universidades federais e 40 institutos e centros federais de educação superior e tecnológica, totalizando 873 *loci* de atuação. Além disso, em um único dia, 220 mil militares participaram da campanha e as Forças Armadas mantiveram contingente e logística ativadas por vários meses¹⁰. O relato da emergência e seus desdobramentos certamente teriam sido muito diferentes caso não houvesse uma cuidadosa construção da estratégia de comunicação e de sua operação.

A seguir, a Tabela 1 apresenta os números de casos prováveis e a incidência de doença aguda de 2015 a 2018.

Observou-se uma produção ágil e abrangente de informações, bem como uma relação transparente e de abertura ao acesso dos veículos de comunicação, mídias e redes sociais. No Governo Federal, o Núcleo de Comunicação da Vigilância em Saúde, a Assessoria do Ministério da Saúde e a Secretaria de Comunicação da Presidência trabalharam em sintonia e em constante colaboração com as áreas equivalentes de governos estaduais.¹¹ Tal política de comunicação social foi, sem dúvida, uma prática bem-sucedida.

A busca de vínculos entre a esfera técnica, a esfera de comunicação e a esfera política foi fundamental, pois com base nas informações e orientações técnicas, houve um esforço contínuo para a produção de uma compreensão

TABELA 1

Número de casos prováveis e incidência de doença aguda pelo vírus Zika, até a Semana Epidemiológica 28. Brasil e regiões, 2016, 2017 e 2018*

	Casos prováveis (n)				Incidência (/100 mil hab.)			
	2015 ^Y	2016	2017	2018*	2015 ^Y	2016	2017	2018*
Norte	3.694	12.758	1.861	769	21,1	72,0	10,4	4,3
Nordeste	38.860	75.210	4.349	1.490	68,7	132,1	7,6	2,6
Sudeste	3.629	92.834	3.360	2.251	4,2	107,5	3,9	2,6
Sul	97	892	50	33	0,3	3,0	0,2	0,1
Centro-Oeste	154	34.101	5.594	1.398	1,0	217,7	35,2	8,8
Brasil	46.434	215.795	15.214	5.941	22,7	104,7	7,3	2,9

Fonte: Sinan NET SVS/MS

^YDados de 2015 a partir de FormSUS e Sinan NET

*atualizado em 10/07/2018), sujeitos à alteração.

comum, sem “simulacros” de conhecimento para responder às dúvidas, sendo que a própria ciência ainda não sabia tratar de algumas delas. A crise potencial que tal situação oferecia foi minimizada, apesar do volume e da densidade do trabalho, com geração ativa de informações, acolhimento e disponibilidade para veículos nacionais, internacionais, eletrônicos, corporativos e demais interessados.

Em fevereiro de 2016, acompanhando a gravidade da situação no Brasil e a expansão da epidemia de infecção pelo vírus Zika para mais de trinta países e que continuava a se propagar rapidamente por praticamente toda a parte tropical das Américas, a OMS declarou a emergência internacional (ESPII). A epidemia chegaria a outros continentes mais tarde.¹² Previamente à declaração de emergência internacional, o Brasil recebeu uma missão externa de especialistas da OPAS/OMS que reiterou a situação de

gravidade do problema. Dessa visita resultou a declaração de Emergência Internacional, sendo também corroborados os procedimentos de resposta até então adotados pelo Brasil, bem como a decisão acertada de declarar a emergência nacional. Na sequência, em fevereiro de 2018, a OMS contabilizava 86 países em uma das três categorias com transmissão do vírus Zika, sendo que em 71 não havia evidência de interrupção.

Certamente a maior proeminência da pandemia se deu no Brasil, com as consequências mais graves da infecção, tais como síndrome de Guillain-Barré, microcefalia e óbitos, que foram documentados e estudados de forma abrangente e aprofundada. O país chegou a receber uma delegação da OMS, liderada pela própria Diretora-Geral, que se reuniu com a Presidente da República, visitou Recife, a cidade mais atingida, e algumas das instituições de pesquisa

TABELA 2.

Notificações de casos com alterações no crescimento e desenvolvimento possivelmente relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, segundo classificação final, entre as semanas epidemiológicas 45/2015 e 20/2018. Brasil, 2015 a entre as semanas epidemiológicas 45/2015 e 20/2018, 2018

	2015		2016		2017		2018*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Em investigação	218	5,3	1.033	12,0	948	35,8	430	65,2
Confirmado	29	23,4	1.899	22,1	298	11,3	32	4,8
Provável	51	1,2	218	2,5	204	7,7	33	5,0
Descartado	2.299	55,8	4.001	46,5	876	33,1	110	16,7
Inconclusivo	104	2,5	207	2,4	44	1,7	5	0,8
Excluído	482	11,7	1.246	14,5	275	10,4	50	7,6
Total	4.119	100	8.604	100	2.645	100	660	100

Fonte: Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP-Microcefalia) – SVS/MS

* Atualizado em 28/05/2018.

envolvidas na resposta à epidemia. Assim, o Brasil se tornou um protagonista relevante na discussão internacional sobre a emergência da Zika.

Ao mesmo tempo, a manutenção do Brasil como sede dos Jogos Olímpicos de 2016 chegou a ser questionada por alguns especialistas, preocupados com a possibilidade de que o evento fosse o estopim para uma grande pandemia. Entretanto, com epidemias de dengue documentadas por décadas, confirmou-se a evidência de que a transmissão de arboviroses urbanas invariavelmente regride a níveis quase indetectáveis antes do inverno, sendo o mesmo esperado em relação ao vírus Zika. Houve, também, uma notável intensificação das medidas de prevenção e controle de vetores nas localidades onde foram realizadas as provas,

alojamentos dos atletas e delegações. Às quais foi somado um conjunto de atividades de vigilância, resposta e atenção à saúde organizadas para um evento de massa daquela dimensão. Conforme amplamente noticiado na ocasião, não foi registrado sequer um caso de Zika entre as pessoas que compareceram aos jogos.

No período de ESPIN e de ESPII, organizações e serviços de saúde no Brasil e no mundo trabalharam intensamente, de forma coordenada, para o monitoramento e adoção de medidas. Foram elaborados e adotados protocolos de atuação e resposta para prevenção, controle e mitigação das consequências da epidemia. Organismos multilaterais, em especial a OMS, tiveram um papel fundamental, complementado pela colaboração de instituições líderes, como o Centro de Controle de Doenças estadu-

nidense, o Instituto Pasteur francês, a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Evandro Chagas, brasileiros, e muitas outras organizações não menos importantes.

O estado de emergência internacional foi encerrado em novembro de 2016, quando o Comitê de Emergência da OMS emitiu sua recomendação. Recordando as razões da declaração original de fevereiro, e com base na demonstração da ligação entre a infecção pelo vírus e a microcefalia, o Comitê apontou a necessidade de uma integração política e técnica internacional de longa duração, como uma adequada resposta global, além de assinalar que a manutenção da emergência internacional não seria a forma mais indicada para uma resposta sustentável. Segundo a declaração do Comitê: *"...um surto extraordinário de microcefalia e outros problemas neurológicos notificados no Brasil, seguindo um surto similar na Polinésia Francesa*

e associação espacial e temporal com infecção pelo vírus Zika que exigiram ação urgente e coordenada. (...) Muitos aspectos da doença e das consequências associadas ainda precisam ser compreendidos, mas isso pode ser melhor realizado por meio de pesquisa sustentada". Recomendou-se, ainda, que tudo isso deve ser transformado para um programa sustentado de trabalho com recursos específicos para enfrentar a natureza duradoura da doença e das consequências associadas.¹³

Exatos seis meses depois do fim dessa emergência de saúde pública internacional, o Ministério da Saúde decidiu encerrar também a emergência nacional, ao levar em consideração a redução dos casos de infecção pelo vírus Zika e o efeito positivo das ações de controle do *A. aegypti*, envolvendo a mobilização da população para tal finalidade.¹⁴

Reflexões finais e recomendações

Não há como desenhar cenários prováveis sobre o comportamento futuro da transmissão do vírus Zika no Brasil. A Epidemiologia tem ferramentas poderosas para investigar ocorrências e compreendê-las, mas, algumas vezes, não suficientemente robustas para fazer previsões em contextos de grande complexidade. Os fatores climáticos e sociodemográficos certamente pesam muito na ocorrência das arboviroses. Por tudo o que se sabe até hoje, considera-se essencial a continuidade do investimento na mobilização social, na articulação intersetorial, na busca da qualidade na aplicação de métodos tradicionais de controle e de novas tecno-

logias, para conseguir, realmente, controlar de maneira mais efetiva o mosquito transmissor. Embora ainda não disponíveis, vacinas e medicamentos serão fundamentais para impedir novas catástrofes relacionadas ao vírus Zika e reduzir o impacto da infecção.

A população brasileira não atravessou simplesmente uma grande epidemia, pois restou um enorme rastro de sofrimento e necessidades. Alguns milhares de crianças, seus familiares ou responsáveis vão precisar, durante muito tempo, do apoio de serviços e políticas sociais que contribuam para a melhoria de sua qualidade

de vida. Essa demanda soma-se a outra, ainda muito pouco visível, de pessoas com transtornos de desenvolvimento sensorial e neurológico por causas diversas, como paralisia cerebral, autismo, epilepsia grave e vários tipos de deficiências. Todo o impacto destas sequelas vai ser carregado aos serviços de saúde – e o SUS continuará sendo a única alternativa de atenção para grande maioria das famílias afetadas.

Mas o SUS chega aos trinta anos em um momento de incertezas. O caso da epidemia de Zika e suas consequências, ilustra bem a importância de um sistema de saúde como o que existe no Brasil, que apesar de suas dificuldades constitui um real patrimônio social. As atuais ameaças, podem afetar não apenas a população brasileira, mas o futuro do país. As respostas dos serviços de saúde do SUS face às emergências decorrentes das recentes epidemias – de Zika e de arboviroses em geral – bem demonstra o papel essencial dos serviços públicos de saúde na proteção da população. Dentro das limitações e imprevistos observados na experiência com o vírus Zika, o SUS demonstrou ser um sistema com capacidade aceitável de responder inicialmente ao “teste de estresse” causado pela epidemia. Caberá sempre indagar: o que teria acontecido no Brasil com essa epidemia sem a atuação do SUS. Sem uma importante cobertura de atenção básica? Sem um sistema de vigilância epidemiológica e laboratorial ativo e coordenado em todo o território nacional? Sem um programa de controle de vetores em funcionamento em praticamente todos os municípios? Sem um esforço conjunto das três esferas de governo garantida pela gestão tripartite inerente ao SUS? Sem uma estreita

integração com instituições acadêmicas e de pesquisa de excelência?

Com a convicção de que o fortalecimento do SUS é a melhor solução possível para proteger a população brasileira de situações catastróficas determinadas por ameaças epidêmicas, torna-se importante identificar algumas lições aprendidas a partir da experiência com o Zika.

1. A recomendação principal é o fortalecimento das redes de atenção do SUS, baseada na Atenção Primária em Saúde (APS). São elementos chave para o funcionamento efetivo das redes, em um surto com as características do Zika, o aprimoramento da capacidade resolutiva da APS, o trabalho com a comunidade focado em ações multidisciplinares e o apoio aos agentes comunitários de saúde. O funcionamento efetivo das redes de atenção é especialmente importante em função do seguimento que deve ser feito, por muitos anos, das crianças e suas famílias acometidas considerando as sequelas adquiridas pela infecção. Sobretudo para as famílias que moram em áreas distantes dos centros especializados, com problemas de acesso aos serviços, e que, portanto, precisam de uma maior articulação das redes de atenção.
2. Uma segunda recomendação é o fortalecimento dos laboratórios de saúde pública e da colaboração com instituições de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, visando a qualificação da vigilância, aspecto inquestionável e reafirmado pela experiência vivida em outras epidemias posteriores a de Zika, como nos surtos de febre amarela de 2017 e 2018 e de sarampo em

2018. Para o fortalecimento dessa área, considera-se necessário: qualificar o pessoal, aprimorar as estruturas físicas, melhorar a capacidade de realizar testes moleculares, aperfeiçoar os protocolos e incorporar novas tecnologias que tenham evidências de eficácia. O Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) é uma ferramenta efetiva de apoio ao monitoramento e gestão da rede de laboratórios.

3. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é um excelente sistema de informação para a vigilância de rotina. Porém, em emergências apresenta algumas limitações. É prioritário para os sistemas de informação em saúde do país o ajuste ou o desenvolvimento de ferramentas de notificação mais eficazes e oportunas, nas ocasiões de epidemias. Nos surtos de Zika, Febre Amarela e Sarampo, o SINAN e o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização mostraram-se insuficientes, e as unidades de vigilância e imunizações de municípios e estados tiveram que apoiar em ferramentas ad hoc de registro e notificação, fato que dificultou a integração e análise de dados.
4. Finalmente, reafirma-se a necessidade de que o SUS e outras políticas de proteção social recebam os recursos necessários para manter e intensificar seus programas para o apoio e seguimento às famílias afetadas, quase todas de baixos recursos, sem capacidade para atender aos pacientes afetados

com microcefalia e outras sequelas durante períodos muito longos, difícil de estimar com precisão. Este apoio requer recursos financeiros, humanos e infraestrutura de atenção que vão além da simples atenção às vítimas da epidemia, mas que requerem um fortalecimento geral do sistema de atenção, baseado na APS como ordenador das redes de atenção.

5. Os efeitos de longo prazo da epidemia de Zika constituem mais um exemplo da necessidade de um sistema de proteção social especialmente em um momento de crise financeira e em um contexto de grandes desigualdades sociais. Porém, a manutenção destes serviços de vital importância para a população, especialmente as mais vulneráveis, pode vir a ser ameaçada pela implementação das medidas de austeridade previstas pela Emenda Constitucional no. 95, de 2016. Faz-se necessário estabelecer um diálogo social amplo sobre tal tema, de forma a evitar que a aplicação dessas medidas venha a cobrar um elevado custo social, em termos de sofrimentos e mortes.

Agradecimentos. O presente trabalho foi realizado com o apoio de Renato Tasca, Julio Suárez, Juan José Cortez-Escalante, Rogério Lima.

Carlos Frederico Campelo de Albuquerque e Giovanini Coelho foram os revisores deste capítulo, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil

Referências

1. World Health Organization [homepage]. PHEIC WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations [access on: 1 Feb 2016]. Available at: <http://www.who.int>.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Artigos de 196 a 200.
3. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União 20 set 1990.
4. Brasil. Decreto de 6 de dezembro de 2010. Institui o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPIN), e dá outras providências. Diário Oficial da União 7 dez 2010 [acesso em 10 de abril de 2018]. Disponível em: planalto.gov.br
5. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Força Nacional do SUS (FN-SUS) [acesso em 10 de abr 2018]. Disponível em: <http://saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/forca-nacional-do-sus>.
6. Campos GS, Bandeira AC, Sardi SI. Zika virus outbreak, Bahia, Brazil. Emerg Infect Dis. 2015 Oct; 21(10):1885-6. doi: 10.3201/eid2110.150847. PMID: 26401719; PMCID: PMC4593454.
7. Zancan C, Melo VCAD, Mosimann ALP, Santos GIVD, Santos CNDD, Luz K. First report of autochthonous transmission of Zika virus in Brazil. Mem. Inst. Oswaldo Cruz. 2015 Jun; 110 (4): 569-72.
8. Ministério da Saúde [homepage na internet]. O mosquito da dengue pode matar. E é ainda mais perigoso para gestantes. Proteja-se [acesso em 09 abr 2018]. Disponível em: portal.arquivos2.saude.gov.br
9. Brasil. Decreto n.º 8.612, de 21 de dezembro de 2015. Institui a Sala Nacional de Coordenação e Controle, para o enfrentamento da dengue, do vírus chikungunya e do Zika vírus. Diário Oficial da União 22 dez 2015 [acesso em: 8 de abril de 2018]. Disponível em: planalto.gov.br
10. Frutuoso RL, Lima FCBA, Garcia GR, Fontoura OM. Atuação da Sala Nacional de Coordenação. In: Turcato M, coordenador. Vírus Zika no Brasil: A Resposta do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. p. 65-69.
11. Turcato M, coordenador. Vírus Zika no Brasil: A Resposta do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. p. 47-49.
12. World Health Organization. Zika Virus Classification Table [Internet]. Geneva: World Health Organization. 15 feb 2018; cited 10 apr 2018. Available from: who.int
13. World Health Organization statement. Fifth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) regarding microcephaly, other neurological disorders and Zika virus, 18 November 2016.
14. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Ministério da Saúde declara fim da Emergência Nacional para Zika e microcefalia [acesso em 10 abr 2018]. Disponível em: portal.ms.saude.gov.br.

