

PUCRS

ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

NADIANNA ROSA MARQUES

**DESASTRE E A POLÍTICA DE SAÚDE: RESPONSABILIDADE E POSSIBILIDADES
DE INTERVENÇÃO**

Porto Alegre

2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

NADIANNA ROSA MARQUES

**DESASTRES E A POLÍTICA DE SAÚDE: RESPONSABILIDADES E
POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO**

Porto Alegre

2018

NADIANNA ROSA MARQUES

DESASTRES E A POLÍTICA DE SAÚDE: RESPONSABILIDADES E
POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO

Dissertação apresentada como requisito
para a obtenção do grau de Mestre pelo
Programa de Pós-Graduação em Serviço
Social da Escola de Humanidades da
Pontifícia Universidade Católica do Rio
Grande do Sul.

Orientadora: Professora Dra. Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre

2018

Ficha Catalográfica

M357d Marques, Nadianna Rosa

Desastres e a Política de Saúde : Responsabilidades e Possibilidades de Intervenção / Nadianna Rosa Marques . – 2018.

194 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Maria Isabel Barros Bellini.

1. Desastre. 2. Política de Saúde. 3. Ações em Saúde. I. Bellini, Maria Isabel Barros. II. Título.

NADIANNA ROSA MARQUES

**DESASTRES E A POLÍTICA DE SAÚDE: RESPONSABILIDADES E
POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca Examinadora:

Profª Dra. Maria Isabel Barros Bellini – PPGSS/PUCRS

Orientadora

Profª Dra. Berenice Rojas Couto – PPGSS/PUCRS

Prof. Dr. Eder Henriqson - PUCRS

Porto Alegre

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela sabedoria conquistada e pela vida.

A minha mãe Ana a qual sempre se mostrou cuidadosa e motivadora para a construção deste trabalho, buscando diversas formas de incentivo, a ela que é minha inspiração de luta, garra e vitória.

Ao meu noivo Elisandro que sempre esteve presente, compreendendo a minha ausência muitas vezes necessária, colaborando e incentivando para a conclusão deste ciclo, a ele que sempre me motivou ser alguém melhor e me impulsionou nas horas difíceis.

Aos meus queridos colegas de mestrado, a quem pude compartilhar as alegrias, angustias e conquistas vivenciadas em um mestrado, em especial as minhas queridas colegas Clarissa, Luísa e Alexia, por todo apoio, incentivo e amizade sincera cultivada.

A minha orientadora Maria Isabel (carinhosamente chamada por nós de Belinha), pelo apoio, incentivo, acolhida no NETSI, acreditando no meu potencial e ampliando minha experiência profissional.

A minha querida amiga, Tamires a qual pude compartilhar momentos de alegrias e angustia grata por todo o apoio, ajuda e incentivo.

A Lari (irmã que a residência multiprofissional me presenteou), a qual a distância não foi empecilho para gargalhas, trocas e compartilhar essa experiência.

A todos colegas do NETSI, em especial as minhas colegas Luiza e Rebel, a qual pude compartilhar momentos de alegria, conhecimento e aprendizagem. Obrigada pelo incentivo e apoio.

A todo corpo docente do programa de Pós Graduação em Serviço Social da PUC/RS, em especial as professoras Berenice e Jane que são uma inspiração e a referência para a categoria profissional. Grata pela dedicação em prol da qualificação de profissionais.

Aos professores Eder e Berenice, que aceitaram o convite da banca, qualificando esse trabalho.

A CAPES pelo investimento na pesquisa, e garantir que muitos alunos possam consolidar a formação na pós-graduação. Fica a luta e o compromisso que essa oportunidade seja ampliada a mais alunos/profissionais.

A todos os profissionais, gestores que participaram dessa pesquisa, oportunizando materializar e problematizar essa temática sobre desastre, acreditando e valorizando a importância da pesquisa.

Ofereço este estudo a todas as pessoas afetadas pelo desastre em Santa Maria/ RS e aos profissionais que atuaram no seu enfrentamento, como forma de instrumentalizar a prática profissional, fomentando o debate para que jamais caia no esquecimento.

“Na vida, todos gostam de ganhar; ninguém quer perder”. Mas quando perdemos, podemos perder feito. Nesse caso todos saem derrotados; fomos derrotados cruelmente, fomos derrotados pela negligencia, fomos derrotados pela hipocrisia. Enfim, fomos derrotados por nós mesmos.

*Quando que a ambição se torna ganancia, e a ganancia se torna assassina?”
(Depoimento de Damião Becker, publicado no livro A Integração do Cuidado diante do Incêndio na Boate Kiss, 2016)*

“Em um próximo momento, criamos um padrão operacional passando a separar os corpos por sexo e fazendo revista, buscando documentação de identificação para facilitar o futuro reconhecimento pelas famílias. Orientamos por várias vezes através do sistema de som a permanência no local dos trabalhos apenas as equipes realmente envolvidas. Buscamos afastar os curiosos e pessoas que tentavam registro fotográfico não autorizado. Efetuei minhas primeiras ordens de prisão. Vi o melhor e o pior dos seres humanos”.

(Depoimento de Liliane Espinosa de Mello Noberto Duarte – Enfermeira e Capitão do Quadro de Oficiais Especialistas em Saúde da Brigada Militar, publicado no livro A Integração do Cuidado diante do Incêndio na Boate Kiss, 2016)

“Ninguém estava tão distante a ponto de nada sentir, uma volta na padaria, na farmácia, até o Xerox da esquina e se via no rosto das pessoas uma sombra de luto. Nas palavras, a indignação, a tristeza e o desconsolo”. (Depoimento de Vália Pereira Camargo- psicóloga que atuou como voluntária, publicado no livro A Integração do Cuidado diante do Incêndio na Boate Kiss, 2016)

“Pude perceber, neste período de voluntária, que uma tragédia dessa magnitude evidencia a importância do trabalho do assistente social. E faz com que a gente aprenda com o outro, construindo laços com diferentes pessoas de diversas áreas”. ((Depoimento de Camila Figuera- Assistente Social que atuou como voluntária, publicado no livro A Integração do Cuidado diante do Incêndio na Boate Kiss, 2016)

RESUMO

A presente dissertação faz uma análise das ações da Política de Saúde frente a situação do desastre ocorrido na Boate Kiss, tendo como propósito investigar e analisar o que são desastres, suas causas, determinantes e estudar as suas experiências acumuladas ao longo da história, com o foco em Desastre Humano, utilizando como objeto de análise a Política de Saúde e suas respostas frente a essa situação específica. A pesquisa trata-se de um estudo de caso sendo uma pesquisa do tipo qualitativa com a sua metodologia apoiada no método dialético crítico e foi realizada através de entrevistas semi-estruturada, grupo focal, análise documental e revisão bibliográfica. Compreende-se que as situações de desastres exigem das políticas públicas a capacidade de ação/prontidão, resolutividade frente as emergências e atendimento das necessidades da população acometida. Essa pesquisa vem subsidiar as políticas públicas, em especial Política de Saúde considerando que os desastres são episódios cada vez mais recorrentes em nossa sociedade, e geram profundas sequelas sociais que marcam a vida humana em seu cotidiano. Os resultados desta pesquisa revelam que o gerenciamento de um desastre humano, ainda é um desafio para a política de saúde, pois as dificuldades enfrentadas estão relacionadas com a ausência de interface com as demais políticas públicas, dificuldades na prevenção e com a análise do risco, desta forma aponta-se como alternativa incorporar estratégias de intervenção/ação em planos de saúde, implementação de programas de prevenção e capacitação, adotando estratégias e protocolos a toda a rede de atendimento envolvida. Ainda ressalta-se a importância de ampliar as definições teóricas a fim de superar as divergências dos conceitos adotados entre o campo teórico e operacional, e buscar uma revisão da legislação nacional na busca de ampliar e contemplar as necessidades dos diferentes tipos de desastres.

Palavras-Chaves: Desastre, Política de Saúde, Ações em Saúde

RESUMEN

La presente disertación hace un análisis de las acciones de la Política de Salud frente a la situación del desastre ocurrido en la Boate Kiss, teniendo como propósito investigar y analizar lo que son desastres, sus causas, determinantes y estudiar sus experiencias acumuladas a lo largo de la historia, en el Desastre Humano, utilizando como objeto de análisis la Política de Salud y sus respuestas frente a esa situación específica. La investigación se trata de un estudio de caso siendo una investigación del tipo cualitativa con su metodología apoyada en el método dialéctico crítico y fue realizada a través de entrevistas semiestructuradas, grupo focal, análisis documental y revisión bibliográfica. Se comprende que las situaciones de desastres exigen de las políticas públicas la capacidad de acción / prontitud, resolutividad frente a las emergencias y atención de las necesidades de la población acometida. Esta investigación viene a subsidiar las políticas públicas, en especial Política de Salud, considerando que los desastres son episodios cada vez más recurrentes en nuestra sociedad, y generan profundas secuelas sociales que marcan la vida humana en su cotidiano. Los resultados de esta investigación revelan que la gestión de un desastre humano, sigue siendo un desafío para la política de salud pues las dificultades enfrentadas están relacionadas con la ausencia de interfaz con las demás políticas públicas, dificultades en la prevención y con el análisis del riesgo, de esta forma se apunta como alternativa incorporar estrategias de intervención / acción en planes de salud, implementación de programas de prevención y capacitación, adoptando estrategias y protocolos a toda la red de atención involucrada involucrada. Se resalta la importancia de ampliar las definiciones teóricas para superar las divergencias de los conceptos adoptados entre el campo teórico y operacional, y buscar una revisión de la legislación nacional en la búsqueda de ampliar y contemplar las necesidades de los diferentes tipos de desastres.

Palabras clave: Desastre, Política de Salud, Acciones en Salud

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de Aprendizagem Social	58
Figura 2 - CICLO DE GERENCIAMENTO DE UM DESASTRE.....	120

INDICE DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Metodologia de Pesquisa	27
QUADRO 2 - Definições de desastre na perspectiva sociológica	44
QUADRO 3 - Sistematização do conceito de risco ao longo dos séculos na perspectiva modernista	71
QUADRO 4 - Sistematização das principais ações propostas no PMS 2013-2017- Santa Maria, pós desastre Boate Kiss.	98
QUADRO 5 - Principais responsabilidades do setor da saúde na gestão de riscos, preparativos e resposta	118

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
CEREST	Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador
CEVS	Centro Estadual de Vigilância do Trabalhador
CIEVES	Centro de Informações Estratégicas para a Vigilância em Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAS	Departamento de Ações em Saúde
DSVT	Departamento de Vigilância e Saúde do Trabalhador
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de geografia e estatística
FN-SUS	Força Nacional do SUS
FUNCAP	Fundo Especial para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil
LOAS	Lei Orgânica da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Mundial da Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PIES – AST	Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Secundária e Terciária em Saúde
POA	Porto Alegre
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	9
1. INTRODUÇÃO: “ <i>quem elege a busca não pode negar a travessia</i> ”	16
2. DESASTRES, EMERGÊNCIAS, CATÁSTROFES E ACIDENTES: “A SOCIEDADE QUE AMEAÇA A SI MESMA”	36
2.1 Definições e Conceitos	37
2.2 Os Desastres na Sociedade “Conhecer Para Prevenir”: Contextos Sócio – Histórico:	49
2.2.1 Catástrofe e Mudança Social: O Desastre de Halifax	60
“ <i>A catástrofe rompe com a matriz dos costumes. A vida social fixada pelo passado ganha uma “fluidade” que oportuniza mudanças sociais permanentes</i> ” (Samuel Prince)	60
2.4 Da Sociedade do Risco à Sociedade do Espetáculo	70
3. A (DES)CONSTRUÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL: DESAFIOS NO ENFRENTAMENTO A UM DESASTRE HUMANO	80
3.1 A Construção da Proteção Social e Desafios para a Política de Saúde frente a um desastre: “ <i>É esse modo de garantir ou de oferecer, que garantir não garante nada</i> ”	81
3.1.1 Os efeitos da (des)Proteção Social sobre os desastres:	85
3.2 Desastre e os Aspectos legais: “ <i>Todas as leis de desastre são para construir ruas, estradas, pontes, e para construir casas e para dar doações</i> ”	95
3.2.1 - Plano Municipal de Saúde de Santa Maria – RS (2013 – 2017): “ <i>Estado e União, eles aportaram muito recurso financeiro, isso suportou ali a cena, mas, mesmo assim, a rede não conseguiu se expandir</i> ”	96
3.2.2 Plano Estadual de Saúde do RS (2012-2015):	103
4. A POLÍTICA DE SAÚDE FRENTE A UMA SITUAÇÃO DE DESASTRE: UM ESTUDO DO CASO NA BOATE KISS	111
4.1 Contextualização da Organização da Rede de Saúde Municipal: “ <i>o município de Santa Maria não estava preparado para um evento desta ordem</i> ”	112
4.2 - A Gestão do Desastre e a Política de Saúde: “ <i>As pessoas entenderam que era um caos, então, dentro do caos nós tínhamos que nos organizar</i> ”	114
4.3 Estratégias e Protocolos: “ <i>ninguém tá preparado para uma tragédia nestas dimensões</i> ”	132
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
REFERÊNCIAS	144
APÊNDICE	152
Apêndice A – Roteiro de Tópicos Guia para Grupo Focal com os Trabalhadores dos Serviços de Saúde	153
Apêndice B – Roteiro de Tópicos Guia para Entrevista com Gestor Estadual do Serviço de Saúde	154
Roteiro de tópicos guia para entrevista semi-estruturada com Gestor Estadual do Serviço de Saúde	154
Apêndice C – Roteiro de Tópicos Guia para a Entrevista Gestor Municipal do Serviço de Saúde.	155

Apêndice D – Roteiro de Tópicos Guia para a Entrevista com Coordenador de Serviço de Saúde.	156
Apêndice E – Roteiro de Análise Documental	157
Apêndice F - QUADRO VI- SISTEMATIZAÇÃO DA PESQUISA DOCUMENTAL	158
18 DE OUTUBRO DE 2012	173
Apêndice G - QUADRO VII - Sistematização das Categorias de Análise	181
ANEXOS.....	185
Anexo A – Cartas de apresentação e autorização institucional para a pesquisa.....	186
Anexo C – Termo de consentimento livre e esclarecido – Gestores do Serviço de Saúde de Estadual e de Municipal	189
ANEXO D – ACEITE SIPESQ	191
ANEXO E- ACEITE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	192
ANEXO F – ACEITE SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS.....	193

1. INTRODUÇÃO: “*quem elege a busca não pode negar a travessia*”¹

O significativo aumento da ocorrência em desastres na sociedade, originados por fenômenos da natureza, e/ou provocados através da ação humana geram múltiplos impactos sociais, políticos e econômicos, tornando-se um alerta à sociedade e à saúde pública. A dramaticidade dos dados é reiterada pela Associação Médica Brasileira (2012) que aponta que, no século XX, cerca de 3,5 milhões de pessoas perderam a vida em catástrofes naturais, e mais de 200 milhões morreram em desastres causados pelo homem, como genocídios, conflitos civis e militares. Esse significativo aumento é decorrente de diversos fatores que podem estar relacionados à ausência de planejamento de uso e ocupação do solo, alterações climáticas, rapidez e uso intenso dos meios de transporte, disseminação de tecnologia de risco, atentados terroristas, governança local fragilizada, vulnerabilidade social e do ambiente natural ou construído, padrões de construção inseguros, deterioração ou ausência de infraestrutura e serviço de emergência inexistente ou despreparado (GÜINTER, 2017).

As explicações e compreensões sobre desastres, entre alguns períodos da história da humanidade, atribuíam a atos divinos. As situações caóticas e complexas, tais como epidemias e doenças agudas, eram aceitas e pouco era feito para evitar, pois eram consideradas “castigo dos deuses” (ROSEN, 1994). Essas concepções limitavam as ações apenas ao resgate e ajuda às vítimas após o ocorrido. Rosen (1994) afirma que o conhecimento em relação às doenças e epidemias avançou através de estudos e pesquisas baseadas em observações que mostravam a relação do meio físico com o corpo e as doenças. Estudos sobre ares, águas e lugares demonstraram a necessidade de harmonia entre o homem e o ambiente, gerando obras e livros que apresentam os primeiros esforços em relacionar fatores, meio físico e as doenças, que subsidiaram a prevenção e os cuidados à saúde até o final do século XIX, com os avanços tecnológicos e científicos e com a instituição de estudos, na área da Bacteriológica e da Imunologia.

Foi a partir de meados da década de 1970 que os estudos direcionados a situações de desastres ampliaram a atenção para prevenção, propondo capacitações, incrementando o número de profissionais especializados, ampliando e elaboraram ferramentas de

¹ Frase do autor Guimarães Rosa, nos implica a refletir o quanto a vivência do processo da pesquisa pode ser instigador e desafiador para o pesquisador e ao seu final revelar-se surpreendente.

prevenção e enfrentamento. Dessa forma a gestão de desastres um campo de intervenção e pesquisa especializada. (CENTRO DE CONHECIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA E DESASTRES, 2016)

Para a FioCruz, a palavra desastre, frequentemente, é associada a eventos ou ameaças de ordens naturais. Assim, um desastre é ocasionado em situações de ameaça, furacão, vírus letal, evento radiológico e acidentes, entre outros, provocando efeitos nocivos, como a perda de vidas ou a destruição de bens. A ocorrência de um desastre tem em sua probabilidade a combinação de um evento ameaçador com a vulnerabilidade em uma área específica.

No Brasil, a Política de Saúde na prevenção e no enfrentamento a uma situação de desastre tem, como principal função, reduzir os riscos para a saúde associados a esses eventos. Dessa forma, a gestão dos desastres ocorre com o foco nas pessoas e nos sistemas que podem vir a ser afetados, e a Política de Saúde tem a responsabilidade de prover a proteção da saúde da população em casos de emergências e desastres de qualquer origem e magnitude. (FIOCRUZ, 2016)

Importante acrescentar a essa discussão, que na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, mudanças importantes em relação ao modo de produzir saúde foram propostas. Essas propostas determinaram mudanças no modelo assistencial público fortalecendo a responsabilidade da política de saúde de trazer respostas efetivas às necessidades de saúde da população amparadas na integralidade do cuidado, princípio assegurado pela Lei 8.080/90. Nessa perspectiva, em uma situação de desastre ou emergência, cabe ao setor de saúde, articulado às demais políticas públicas, a responsabilidade de estabelecer mecanismos formais para coordenação e mobilização de respostas de todos os componentes necessários do setor saúde, a fim de mitigar os impactos de saúde da população. Esses mecanismos envolvem serviços de saúde, programas e ações destinadas às questões epidemiológicas, sanitárias, ambientais, incluindo qualidade da água de consumo humano, assistência farmacêutica, comunicação pública, programas de saúde, entre outros. (FIOCRUZ, 2016).

Considera-se que, uma situação de desastre é responsabilidade de todas as políticas sociais públicas, as quais devem ser acionadas não sendo de única responsabilidade de um órgão ou instituição, e que, dependendo do tamanho do evento e do número de pessoas envolvidas, é indicado convocar a cooperação de voluntários, setores privados e organizações governamentais e não governamentais. Assim, as políticas sociais públicas e seus gestores, e nessa pesquisa em especial a Política de Saúde

que é objeto do estudo, têm responsabilidades e atribuições com relação à proteção da saúde da população em situações de emergências e desastres. Entende-se que a concepção ampliada de saúde para SUS, refere-se que a saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença, garantindo o direito a saúde como direito à vida. E, sendo que a vida seja o bem maior, é importante considerar os custos em perdas humanas que um desastre pode causar.

Os aspectos econômicos são desatcados pelo Banco Mundial ao constatar que investir na redução de riscos é quatro vezes mais barato do que as ações pós um desastre. Desta forma, é possível inferir que, quanto mais complexa a situação, mais importante é o investimento em ações de mitigação em relação ao seu custo e benefício, no seu planejamento para evitar exposição da população a situações que geram riscos, ou seja, o investimento na gestão de desastres contribui (in)diretamente para um melhor padrão de gestão sanitária. Segundo informação fornecida pelo site da Fio Cruz, Dados de Tendências Anuais dos Desastres do Centro de Pesquisa Sobre Epidemiologia dos Desastres, referente ao ano de 2010, apresentam o total de 373 desastres, gerando 297 mil óbitos. Esses desastres de grandes proporções atingiram, indiretamente, mais de 207 milhões de pessoas e acarretaram um custo total de 109 bilhões de dólares americanos em perdas e danos econômicos, ou seja, são mais de 500 milhões de vidas humanas atingidas direta ou indiretamente. (Centro de Conhecimento em Saúde Pública e Desastres, 2016)

O Manual de Desastres Humanos (2003) da defesa civil chama a atenção para os vários riscos e consequências do desenvolvimento em uma sociedade cada vez mais tecnológica, porém sem uma consistente responsabilização e preocupação com o desenvolvimento sustentável e com os riscos relacionados ao desenvolvimento industrial fragilizando a segurança industrial e a proteção do ambiente contra riscos de contaminação. A intensificação das trocas comerciais com conseqüente incremento do deslocamento de cargas perigosas. As concentrações demográficas em áreas urbanas não dotadas de infraestrutura compatível e adequada com serviços essenciais fomenta desequilíbrios nos inter-relacionamentos humanos de natureza social, política, econômica e cultural e da sociedade e com os ecossistemas urbanos e rurais. Por fim, O Manual destaca as deficiências dos órgãos promotores de saúde pública, muitas vezes agravados pelo pauperismo, por desequilíbrios ecológicos e sociais e por carência na estrutura de saneamento ambiental. (Ministério da Integração Nacional, 2003)

Ao considerar os impactos que um desastre, seja natural, ambiental, humano, pode trazer para a sociedade, a pesquisa em tela pretende adentrar esse universo complexo,

tendo como objeto de estudo a organização e enfrentamento da Política de Saúde do Estado Rio Grande do Sul e Política de Saúde do Município de Santa Maria/RS frente a uma situação de Desastre Humano ocorrido em 2013. A escolha do município e deste tipo de desastre, classificado como Desastre Humano, segundo o Ministério da Saúde e a Defesa Civil, é em virtude de ser considerado em algumas produções e pela mídia como a segunda maior tragédia do Brasil ²em números de vítimas fatais e de sobreviventes, o que impõem a investigação e reflexão para a construção de subsídios que possam prevenir e/ou mitigar³ esse tipo de evento.

O desastre da Boate Kiss ocorrido na cidade de Santa Maria/RS, no dia 27 de janeiro de 2013, com o incêndio da boate Kiss que culminou em 242 vítimas fatais, além dos sobreviventes, familiares e demais pessoas atingidas, direta ou indiretamente. Estima-se, aproximadamente, em 680 pessoas, levando em consideração a magnitude do impacto e a capacidade de respostas loco-regional, o que disparou uma mobilização nacional e internacional (BRASIL, 2009).

Na ocasião do desastre, os serviços de saúde (saúde mental, unidades de urgência, emergência e hospitalar) do município organizaram-se para atender sobreviventes e familiares, construindo uma linha de cuidado nos serviços de saúde - estratégia que permitiu delinear o fluxo do usuário do Sistema Único de Saúde, centrada no campo de necessidades, com o intuito de promover a atenção integral e continuidade do cuidado. Tanto para o atendimento emergencial das vítimas e suas famílias, quanto para a estruturação do cuidado pós-desastre, o município contou com esforços dos profissionais da rede de saúde em âmbito Estadual e Nacional, voluntários, organizações não governamentais, Cruz Vermelha, Médicos Sem Fronteiras, além de consultores do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Humanização (PNH), para a estruturação de um sistema de apoio à população afetada direta ou indiretamente pelo incidente.

A bibliografia aponta que os desastres são objetos de estudo relativamente recentes (Quarantelli, 1998), sendo que o primeiro estudo que envolveu essa temática denominada na época de catástrofe foi realizado por Samuel Henry Prince, em 1917, na cidade de Halifax, no Canadá. Na ocasião um acidente envolvendo dois navios que

² Segundo a mídia online a primeira maior tragédia foi a do Gran Circus Norte – Americana, que ocorreu na cidade de Niterói no Estado Rio de Janeiro, ocorrido em 1961 com 503 vítimas.

³ Para o Ministério da Integração Nacional e Secretaria Nacional de Defesa Civil, Mitigação são medidas tomadas para reduzir causas ou consequências no caso de desastre, a um mínimo aceitável de riscos ou danos. É um termo coletivo usado para englobar todas as atividades desenvolvidas em antecipação da ocorrência de um evento potencialmente catastrófico, incluindo a preparação e medidas de longo prazo para a redução de risco.

transportavam munições⁴ colidiram, ocasionando uma explosão que provocou ferimentos e morte de mais de 10 mil pessoas, deixando mais de vinte e cinco mil desabrigados.

Contudo, é a partir da segunda guerra que se inicia a produção de pesquisas com essa temática, com o foco em estudos perceptivos e comportamentais das pessoas em uma situação de desastre, compreendendo que há uma lacuna de aproximadamente 40 anos na promoção desse debate no âmbito acadêmico.

A preocupação com a conceituação do termo desastre tem sido delineado por pesquisadores e instituições, em busca de uma definição, porém não se tem um consenso. No Brasil, a Defesa Civil define que desastres naturais são ocasionados por fenômenos da natureza, e os que derivam da ação humana são denominados mistos (LOPES et al, 2009). A falta de consenso e de definição impedem o avanço do debate científico e o aprimoramento teórico para a compreensão do fenômeno e a possibilidade de uma visão hegemônica sobre o conceito é essencial para a expansão do estudo (QUARANTELLI, 1998).

Investigada por essas constatações, essa dissertação investiga o que são desastres suas causas, determinantes, as experiências já acumuladas ao longo da história com foco no Desastre. Na pesquisa bibliográfica foram identificados outros desastres como: o incêndio na casa noturna Coconut Grove, em Boston, nos EUA, em 1942, com 492 mortos (The Lancet, 1944, p. 242) e a danceteria Republica de Cromañon, em Buenos Aires – ARG, em 2004, com 194 mortos (Korstanje, 2006). Esses desastres impuseram re(pensar) avanços do cuidado de saúde para a rede de atendimento.

Sabe-se que a efetivação da integralidade do cuidado, em suas diversas dimensões, depende da capacidade que a Política de Saúde e as demais políticas públicas têm em prevenir e enfrentar situações de desastres e emergências os quais incluem a preservação da vida e a efetivação da defesa dos direitos humanos, em todas as suas dimensões.

Essa pesquisa considera que situações de desastres exigem das políticas públicas a capacidade de ação/prontidão e enfrentamento das emergências e necessidades de saúde da população acometida. A pesquisa pode subsidiar as políticas públicas, pois os desastres humanos são episódios cada vez mais recorrentes em nossa sociedade, e geram profundas sequelas sociais que marcam a vida humana em seu cotidiano. Por isso, é fundamental a compreensão do são os desastres, causas e determinantes para definir também de forma

⁴ Conforme Marchezini (2009), o acidente ocorreu no porto de Halifax, com a colisão do navio francês Mont-Blanc com o navio Belga que regava explosivos. A catástrofe é considerada uma das piores já ocorridas antes da utilização da bomba atômica.

consistente as responsabilidades e competências das Políticas Públicas, em especial da Política de Saúde no enfrentamento.

Nesta perspectiva o presente estudo possui como *tema* “A Política de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e a Política de Saúde do Município de Santa Maria/RS frente à situação de desastre humano de grandes proporções”. *Delimitou-se* o tema “A Política de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e a Política de Saúde do Município de Santa Maria/RS frente à situação de desastre humano de grandes proporções no período de 2013 a 2016”. A sua relevância se dá por investigar e analisar as ações em saúde desenvolvidas frente à situação do desastre de grande proporção e que vitimou centenas de jovens, o planejamento, os protocolos em saúde e legislações existentes antes do desastre e as elaboradas após o desastre, as ações efetivas, o ordenamento dos setores, a articulação entre as políticas públicas, e a ainda, a continuidade dada às ações e seguimento dos protocolos criados na ocasião.

O interesse e aproximação com esse tema e a busca em desvendá-lo esta implicado com a trajetória profissional da pesquisadora como assistente social voluntária no desastre da Boate Kiss. Após essa vivência e prática foi amadurecida na vinculação à Residência Multiprofissional em Saúde Mental, o que possibilitou contato e inserção em campos da área da saúde, com destaque para o apoio matricial em saúde mental constituído na rede de saúde mental, em virtude do desastre. Espaço que viabilizou a atuação profissional como matriciadora em saúde mental, construído para o diálogo, estudos e apoio à rede de atenção básica, justificando interesse em aprofundar essa temática, o que está sendo possível através da materialização desta pesquisa em nível de pós-graduação.

É importante salientar a importância da inserção do debate no campo do Serviço Social, pois o crescimento das cidades vem acompanhado pelo crescimento desproporcional da pobreza. O aumento da pobreza e a densidade populacional nas regiões atingidas pelos desastres amplia a vulnerabilidade, ocasionando grandes impactos sociais, comunitários, entre outros. A relação do serviço social frente a desastres, muitas vezes está restrita ao campo da intervenção com a população atingida, dessa forma promover a inserção do debate teórico na agenda da profissão é essencial para sua qualificação frente às demandas de gestão e atendimento à crise. (SAMAGAIA E ANGIONI, 2009; SANTOS, 2012; NUNES E SILVA, 2013).

Como mobilizador da pesquisa foi elaborado o seguinte *Problema de Pesquisa*: Como a Política de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e Município de Santa Maria organizaram suas ações frente a uma situação de Desastre Humano de grande proporção? E, com o intuito de subsidiar o desenvolvimento da pesquisa, elaboraram-se as seguintes questões norteadoras: como o Desastre Humano está contemplado nas Políticas de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e Município de Santa Maria?; quais as ações presentes no Estado do Rio Grande do Sul e Município de Santa Maria (Política de Saúde) para Desastre Humano de grande proporção?; como se constituiu o trabalho da equipe de saúde frente à situação de Desastre Humano de grande proporção?; quais são as diretrizes e protocolos utilizados e criados pelas equipes de saúde frente a situações de Desastre Humano em grande proporção?; quais ações de prevenção e mitigação de Desastre Humano que a Secretaria Estadual de Saúde/RS desenvolveu após o evento?; quais ações de enfrentamento de prevenção e mitigação de Desastre Humano que a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS desenvolveu após o evento?; quais os conhecimentos operacionais que se constituíram durante e após evento?; que protocolos foram criados e quais estão vigentes no período de 2013 a 2016?

O *objetivo geral* do estudo aqui proposto consiste em investigar e analisar a organização da Política de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e Município de Santa Maria frente a um desastre humano de grande proporção, a fim de contribuir no planejamento e efetivação de ações com o incremento de capacidade de respostas em situações semelhantes. E elaboraram-se três *objetivos específicos*, sendo os seguintes: investigar e analisar a organização da Política de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e do Município de Santa Maria frente a desastres de grande proporção; identificar as estratégias e protocolos criados e adotados pelo Estado do Rio Grande do Sul e Município de Santa Maria, no atendimento ao evento e pós- evento; e investigar e analisar os Planos de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e Município de Santa Maria quanto a ações de prevenção e mitigação, e intervenções a situações de Desastres em grandes proporções e como está contemplada.

Esta pesquisa e seus resultados almeja colaborar com subsídios, tanto para reflexões teóricas no âmbito das ciências sociais aplicadas, como para a qualificação da Política de Saúde a nível estadual e municipal com relação à prevenção e mitigação frente a situações de desastres, em especial contribuir para a política de saúde no que se refere a desastres classificados como humano.

Cada objetivo será respondido ao longo dos capítulos do presente estudo, seja a partir de pesquisa bibliográfica, a análise dos dados que coletados nas entrevistas e grupo focal. Os objetivos estão articulados de forma que os dados coletados estarão contemplados em todos os momentos da presente produção.

O presente estudo está amparado no método dialético – crítico, o qual é fundamental pelo materialismo histórico e, dentre as categorias que ele apresenta, serão abordadas as centrais: *totalidade, historicidade e a contradição*. Para Minayo (2009), a dialética trabalha com a valorização das quantidades e das qualidades, tendo as contradições intrínsecas às ações e realizações humanas, promovendo o movimento entre a parte pesquisada e o todo do fenômeno. Tem nas categorias centrais a possibilidade e âncora fundamental para análise dos processos sociais e das condições socioeconômicas, bem como as contradições sociais que se manifestam no fenômeno pesquisado. Reitera-se que o ciclo de pesquisa não se fecha, já que gera mais e outros conhecimento e novas indagações.

Desse modo, para a realização dessa pesquisa, é apresentado o seu referencial epistemológico apoiado no método dialético crítico, por possibilitar a interpretação da realidade e, ao mesmo tempo, buscar a sua interpretação em prol da transformação. Segundo menciona Prates:

Este método nos auxilia com instrumentos que possibilitam não só realizar a leitura crítica da realidade social, mas, e isto é fundamental, com subsídios para propor e intervir no real. Este método, associado a um conjunto teórico de fôlego, que se inspira no próprio movimento da realidade, histórico, contraditório, multicausal, aporta, além de categorias explicativas da realidade, elementos que nos permitem explicar a profissão como processo de trabalho, com seus condicionados e protagonistas. (2005, p. 133)

O método dialético - crítico contribui para uma apreensão e reflexão e que, como tal, busca “explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza” Triviños (1987, p.51). Dessa maneira, busca nos fenômenos expressos na sociedade uma realidade de forma crítica, na procura de uma interpretação dialética do mundo; contribuindo para a intervenção profissional na busca da transformação de maneira propositiva à prática social do homem.

Para que seja possível compreender os fenômenos em sua totalidade, é fundamental aprofundar o conhecimento acerca da maneira como se estabelecem as articulações entre partes e o todo. Assim, “a compreensão dialética da realidade pressupõe a perspectiva de totalidade” (PONTES, 2010, p. 81). Dessa forma, para que se realize

uma aproximação com a realidade a qual o sujeito está inserido, existe a necessidade de partir do todo para as partes, assim tendo a possibilidade retornar para o mesmo com mais exatidão. A **totalidade** se expressa na integralidade, onde possibilita ver o sujeito como uma unidade. De acordo com KOSIK:

A compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes (1989, p. 42).

Ao propor o desenvolvimento de uma pesquisa científica, é necessário realizar as relações das categorias com a realidade empírica a qual se pretende investigar, desse modo, com relação aos desastres e a política de saúde, deve-se considerar que os desastres são processos que, além de evidenciar a capacidade de enfrentamento de indivíduos e grupos, despertam para si a necessidade de transformação da realidade social, pois a ocorrência de um desastre está intrinsecamente ligada à interação entre os seres humanos e o seu contexto social, por se revelarem “acontecimentos disruptivos da dinâmica social”.

Dessa maneira, ao se ter conhecimento e compreensão do movimento histórico e de como os fenômenos sociais acompanham este movimento devem-se fazer recortes que possibilitem uma análise ampla de como se constitui esse fenômeno. A necessidade de estudar a história e nela a ocorrência de desastres, apreendendo os detalhes, as suas condições de existências das diversas formas sociais são imprescindíveis conhecer as concepções políticas, jurídicas, estatísticas, filosóficas, religiosas, entre outras que pautaram cada momento histórico (MARX, 2013). Nesse sentido, a **historicidade** reconhece o movimento, o seu processo e a sua provisoriedade, não apenas dos sujeitos e dos fenômenos, como também das estruturas. (PRATES, 2005). Kosik (1989, p.218) refere que “a história só é possível quando o homem não começa sempre de novo e do princípio, mas se liga ao trabalho e aos resultados obtidos pelas gerações precedentes”. No desenvolvimento da pesquisa, cabe ao pesquisador desvendar na história os aspectos relevantes para aprofundar a realidade, para não cometer o erro de interpretá-la fragmentadas e pontuais. A análise do movimento histórico permite conhecer os fenômenos sociais não isoladamente, mas em sua totalidade e nas contradições que atravessam.

Os desastres são acontecimentos sociais nutridos por estruturas e dinâmicas complexas e, para uma compreensão consistente desse evento é fundamental a análise de conjuntura e de contexto em que estão presentes as reproduções contraditórias das relações de classes, a negação ou violação de direitos, a desvalorização da vida humana e a omissão por parte do Estado no que refere-se a proteção da população, resultados das condições estruturais e materiais de uma sociedade capitalista.

A **contradição** expressa a ideia de motor do movimento, pois “ao negarmos um estado, uma etapa, uma necessidade, instigamos a reação oposta (a negação da negação), estimulamos a superação, porque a contradição é insuportável e tendemos a tentar superá-la”. (PRATES, 2013, p.07). Desse modo, a contradição está presente nas relações de vida e sociedade, Estado e sociedade, capital e trabalho, da mesma forma que esteve sempre presente no passado, embora não fosse reconhecida e até neutralizada. Com relação à situação de desastre e a política de saúde, essas contradições se manifestam em diversos e singulares aspectos, seja nas legislações priorizam as condições materiais na recuperação de um desastre em detrimento da prevenção relacionada com as vidas humanas, seja, na omissão do Estado ao priorizar a reprodução econômica, em detrimento da consolidação de um sistema de seguridade social efetivo e acrescido da precarização das condições de trabalho dos profissionais da saúde. Quanto à metodologia, o desenvolvimento da pesquisa científica tem nela o estabelecimento do caminho a ser percorrido para conhecimento da realidade (Minayo, 2009) sendo que a teoria e a metodologia caminham juntas, sendo inseparáveis. A metodologia, enquanto um conjunto de técnicas, deve ofertar um instrumental claro e coerente, que possa atender os impasses teóricos e os desafios da prática. As discussões teóricas embasadas em diferentes autores (as) a qual se dedicam a temática.

Portanto, a presente pesquisa trata-se de um *estudo de caso* sendo esse com *ênfase qualitativa*, para Ponte (2006) apud Universidade do Minho aponta que um estudo de caso parte de uma investigação que tem algumas particularidades, que se detém sobre uma situação específica, sendo essa única em alguns aspectos, que permita desvendar o que tem de extraordinário. Assim, permite desvendar, compreender e contribuir com o fenômeno pesquisado.

Couto (2003) apud Universidade do Minho ainda retrata que um estudo de caso pode ser um sujeito, um personagem, grupos pequenos, uma organização, comunidade ou nação. Ainda Guba & Lincoln (1994) apud Universidade do Minho afirmam que o estudo de caso tem como objetivo relatar como um fato se descreveu e sucedeu, assim

proporcionando conhecimento sobre o fenômeno estudado e comprovando ou contrastando efeitos e relações presentes no caso.

O enfoque qualitativo possibilitou aprofundar o conhecimento sobre o tema desastre e a política de saúde, conhecer a realidade a partir da visão dos participantes da pesquisa, a fim de compreender a experiência humana como é vivenciada, coletando e analisando os aspectos subjetivos que não podem ser mensurados pois a pesquisa do desenho qualitativo busca conhecer percursos, experiências sociais, o que se dá apenas através do conhecimento e reconhecimento, como legitima suas histórias, costumes, significados, experiências (MARTINELLI, 1994).

Martinelli (1994) ainda ressalta que é a utilização de elementos qualitativos que possibilita uma apreensão mais abrangente da realidade social, que se expressa de forma complexa, pois esse engloba uma maior quantidade de informações que contribuem para qualificar a análise dos dados coletados e os resultados da pesquisa. Assim como contempla o desenvolvimento de abordagens interdisciplinares e intersetoriais.

Dessa forma, nesta pesquisa, fez-se necessário o uso da pesquisa qualitativa, que oferece respostas aos aspectos da realidade que não podem ser quantificados, tendo em seu universo de análise significados, motivos, aspirações, opiniões, simbologias, crenças, valores e atitudes. A pesquisa qualitativa faz com que aspectos subjetivos possam emergir e atingir motivações não expostas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. Para Martinelli (1994), a pesquisa qualitativa busca entender um fenômeno específico em profundidade. Ao invés de estatísticas, regras e outras generalizações, a qualitativa trabalha com descrições, comparações e interpretações.

Quanto às *técnicas* de coletas de dados, o presente estudo se utilizou das seguintes: pesquisa documental, pesquisa bibliográfica, entrevistas tipo semi estruturadas e grupo focal. Assim, o quadro abaixo exemplifica a aplicação dos instrumentos de pesquisa, totalizando 10 sujeitos: 4 entrevistas semiestruturadas e um Grupo Focal com seis integrantes.

A utilização de várias fontes de pesquisa, ou seja, a triangulação:

(...) definida como um processo de garantir a confiabilidade a dados coletados através de uma combinação de procedimentos ou metodologias, no estudo do mesmo fenômeno, sendo usados múltiplos pontos de referência, para determinar características de um objeto de estudo com maior confiança, buscando maior precisão nos julgamentos, pela busca de diferentes tipos de dados, ou em diferentes fontes, relacionados ao mesmo fenômeno, assegurando que a variância reflita aquilo do que se trata e não o método (LEOPARDI, 2002, p.219-220).

Possibilita o aprofundamento e ampliação do seu espectro, permitindo análises que abrangem a complexidade do real que do contrário se manteriam obscuras, e a abordagem metodológica, em uma perspectiva dialética, “permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação”. (MINAYO, 2010, p.57).

É o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO, 2010, p. 57).

Nesse sentido, cabe ressaltar que a pesquisa é parte integral e intrínseca da profissão, por isso não pode ser dispensada, sob pena de esvaziar o Serviço Social de pertinência científica e, portanto, do status de profissão de nível superior que se apoia em embasamento teórico nutrido por contínuas e sistemáticas investigações da realidade (PEREIRA, 2011).

QUADRO 1 – Metodologia de Pesquisa

Serviço	Sujeitos	Instrumentos
Gestão da Política de Saúde / Porto Alegre – RS	1 Gestor (a)	Entrevista semiestruturada
Gestão da Política de Saúde / Santa Maria – RS	1 Gestor (a)	Entrevista semiestruturada
Gestor Hospitalar/ Santa Maria - RS	1 Gestor (a)	Entrevista semiestruturada
Coordenador de Serviço de Saúde/ Santa Maria - RS	1 Coordenador (a)	Entrevista semiestruturada
Serviço de Atenção Psicossocial/ Santa Maria - RS	6 trabalhadores	1 Grupo Focal
Total	10	5

Fonte: Dados sistematizados

A **pesquisa bibliográfica** teve seu início desde a construção do projeto, na busca de conceitos e autores que pudessem subsidiar a discussão do problema e objeto de

pesquisa. Assim, pesquisas em banco de dados, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sites da Fio Cruz, Cruz Vermelha e do Ministério da Saúde (Política de Saúde, Legislações e Departamentos) foram fundamentais para a construção teórica inicial da pesquisa e a qual permaneceu sendo realizada até o término da pesquisa, assim como a utilização de autores do serviço social e afins que subsidiassem a análise das categorias e, também, fundamentar a discussão teórica.

A pesquisa documental ocorreu em 13 documentos, entre eles (legislação, decretos e plano de saúde estadual e municipal). Para a realização da análise foi estruturado um roteiro (**Apêndice E**), e a organização de sua análise sistematizada no quadro VI (**Apêndice F**). As análises das entrevistas e do grupo focal ocorreram a partir das falas dos sujeitos, realizadas por meio de entrevistas individuais em profundidade. Através dessa metodologia, as informações se complementam com vistas a triangular fontes e técnicas importantes na execução de uma pesquisa. A triangulação se expressa tanto na escolha das fontes públicas (Plano Municipal de Saúde do Município de Santa Maria, Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e legislações que foram incorporadas durante a análise conforme o aprofundamento da pesquisa), quanto em diferentes técnicas e diferentes participantes. Essa é necessária, pois a possibilidade de utilizar-se de fontes diferentes ou técnicas distintas contribui para a confiabilidade da pesquisa. A pesquisa documental teve como base as **categorias explicativas da realidade: Política de Saúde, Desastre/ Desastre Humano e Ações em Saúde**. A análise documental dessa pesquisa foi realizada por meio de documentos de domínio público, sendo possível acessar pelos sites dos serviços de saúde, não necessitando de Termo de Aceite para acesso.

Com os profissionais de um Serviço de Atenção Psicossocial foi realizada a técnica de **grupo focal**, o qual foi elaborado um roteiro específico para os trabalhadores da saúde com questões semiabertas (**Apêndice A**), estruturadas em blocos temáticos, e ocorreram as seguintes etapas: a) aguardo do parecer de aceite do comitê de ética da secretaria municipal de saúde; b) contato telefônico com os profissionais do serviço; c) apresentação da pesquisa in loco; e d) agendamento prévio do local e data de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Com os gestores e coordenador foi utilizada a técnica de **entrevista do tipo semiestruturada**; para cada gestor e coordenador foi elaborado um roteiro de entrevista com questões semiabertas, estruturado em blocos temáticos, organizado da seguinte forma: Gestor Estadual (**Apêndice B**), Gestor Municipal (**Apêndice C**), Coordenador de

Serviço de Saúde e Gestor Hospitalar (**Apêndice D**). A entrevista se constitui como uma “série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista, mas na qual o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento” (LAVILLE;DIONNE, 1999, p.189). Essa foi realizada utilizando, nessa técnica, um roteiro pré-estabelecido, com perguntas abertas e fechadas.

Nessa perspectiva, as perguntas abertas são “chamadas de livres ou não limitadas, permitem ao informante responder livremente, usando a própria linguagem e emitir opiniões”. E as fechadas caracterizam-se pela escolha do informante respostas entre as opções apresentadas. (MARCONI;LAKATOS, 2003, p.203).

As entrevistas e o grupo focal foram realizados nos locais eleitos por eles, também seguindo as seguintes etapas: a) aguardo do parecer de aceite do comitê de ética da secretaria municipal de saúde e secretaria estadual de saúde; b) contato telefônico com os gestores e coordenadores; c) apresentação da pesquisa in loco; e d) agendamento prévio do local e data de acordo com a disponibilidade dos participantes. Todas as informações coletadas através das entrevistas foram gravadas, e do grupo focal foram filmadas e gravadas e, posteriormente, transcritas e analisadas.

Para a participação na pesquisa, utilizaram-se os seguintes *critérios de inclusão* para a realização: a) ser ou ter ocupado cargo de gestor da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e Gestor da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santa Maria nos anos de 2013 a 2016; b) ser ou ter ocupado cargo de Coordenador do serviço de um Centro de atendimento e Atenção às Vítimas de Acidentes; ec) ser profissional do Serviço de Atenção Psicossocial do Município de Santa Maria/RS. Já os *critérios de exclusão*: não ter ocupado cargo de gestão no período de 2013 a 2016, bem como ter ocupado cargo de Gestores, Coordenadores e Trabalhadores que não estiverem em condições de saúde para participar desta pesquisa; manifestação contrária à participação na pesquisa pelos Gestores e trabalhadores dos serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul e do Município de Santa Maria/RS.

Os Gestores, Coordenadores e Profissionais que participaram da pesquisa foram convidados a partir da manifestação de interesse, todos foram consultados sobre participar da pesquisa e receberam cópia do Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (**Anexo A, B e C**), o qual foi lido e esclarecido antes de iniciar as entrevistas e o grupo focal. A fim de atender objetivo geral da pesquisa com os profissionais do Serviço de Atenção Psicossocial do Município de Santa Maria/RS, foi utilizada a técnica de grupo focal, que conforme Minayo:

Se constitui num tipo de entrevista ou conversa em pequenos grupos homogêneos. Para ser bem sucedidos, precisam ser planejados, pois visam a obter informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências (2010, p. 269).

Conforme Iervolino e Pelicion (2001, p. 02), **o grupo focal** é “Composto por 6 a 10 participantes que não são familiares uns aos outros. Esses participantes são selecionados por apresentar certas características em comum que estão associadas ao tópico que está sendo pesquisado - sua duração típica é de uma hora e meia”. Nesse sentido, a aplicação dessa técnica será realizada com os profissionais do Serviço de Atenção Psicossocial, onde ocorrerá o planejamento das ações através de roteiro pré-estabelecido para a coleta de informações. Como também o agendamento prévio, de acordo com a disponibilidade e consentimento dessas equipes.

A escolha pelo **grupo focal** para a escuta dos trabalhadores se deu como uma técnica de coleta de dados que parte de encontros grupais entre pessoais que compartilham traços comuns. Caracteriza-se pelo interesse nos conhecimentos, opiniões, representações, atitudes e valores dos participantes sobre uma questão específica. Em geral, tais informações são mais facilmente captadas durante um processo de interação em que comentários de uns podem fazer emergir a opinião de outros. Eles devem ter alguma vivência com o tema a ser discutido, de tal modo que a participação de todos possa trazer elementos ancorados em suas experiências cotidianas. Com isso, é possível atingir um número maior de pessoas ao mesmo tempo e obter, com alguma facilidade, dados com certo nível de profundidade em um período curto de tempo (Westphal, 1992).

A essência do **grupo focal** consiste em se apoiar na interação entre seus participantes para obter dados, a partir de tópicos que são introduzidos pelo pesquisador, nesse caso aquele irá atuar como o mediador do grupo. Após a realização e coleta de dados, será realizada a transcrição da matéria obtida, focado em um tópico específico (Cotrim, 1996).

Segundo Westphal (1992), essa técnica permite verificar de que modo as pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões e sentimentos e apresentações encontram-se associados a determinado fenômeno. Nesse sentido, o grupo focal coloca as pessoas em situações próximas à situação real da vida, oferecendo ao pesquisador a possibilidade de apreender a dinâmica social e analisar a forma que adquirem as relações interpessoais no contato com o tema em discussão (Westphal, 1992).

Após a aplicação dos instrumentos, as informações qualitativas foram analisadas a partir da análise de conteúdo de Bardin (1977, p. 42), que traz como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens”. Para o emprego da análise de conteúdo foram realizadas três etapas, definidas pelo autor: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, interferência e interpretação.

A primeira etapa, que se refere à pré-análise, foi o momento de organização do material e leitura “flutuante”, constituindo o primeiro período com os documentos e a fase de preparação para análise. Essa etapa foi realizada através de leitura atenta e livre dos materiais, sem qualquer registro ou anotação. Posteriormente, foram sublinhadas as informações em consonância com o problema e objetivos da pesquisa e, em seguida, as discussões que emergiram na pesquisa e as categorias que não estavam previstas. A transcrição foi organizada mantendo o roteiro de perguntas do instrumento (Roteiro do Grupo Focal e da Entrevista Semiestruturada) com o objetivo específico ao seu lado, a fim de que em cada pergunta fosse possível visualizar quais eram os objetivos que a produzia.

Posteriormente, iniciou-se a exploração dos materiais, realizando o estudo aprofundado a partir do referencial teórico, que consiste na codificação do material, sendo representado pela: a) a escolha das unidades (recorte); b) enumeração (determinar as regras de contagem); e c) a escolha das categorias (classificação) (BARDIN, 2004)

Finalmente, o tratamento dos dados, através de sua análise, tratamento dos dados, interferência e interpretação, a fim de validar as informações significativas na construção final do trabalho (BARDIN, 1977). A sistematização final dos dados se configurará com o exame, discussão e tomada de decisões acerca do processo de investigação, cuja função centralizará as informações coletadas, possibilitará sua problematização com interpretações, assim como a definição de diretrizes de ação. A partir de então, há o acompanhamento e avaliação e, finalmente, a socialização do conhecimento através da divulgação de resultados. Essa divulgação poderá ser realizada por meio de publicação em revistas da área, congressos, simpósios e envio de relatórios às instituições envolvidas.

Para o desdobramento desta pesquisa e, também, para contemplar os objetivos elencados anteriormente, foram utilizados instrumentos e técnicas; iniciando-se com a pesquisa documental, que tem como característica “a fonte de coleta de dados” estar

restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Essas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p.173).

No que se refere aos *cuidados éticos*, entende-se que essa investigação tem como principal objetivo o conhecimento da realidade com vistas à sua transformação, uma vez que não basta interpretar o mundo, mas “o que importa é transformá-lo” (MARX; ENGELS, 1993, p. 14). Assim, essa pesquisa está amparada na Resolução do CEP/CONEP 510/16⁵, do Ministério da Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Dessa forma, os sujeitos⁶ que aceitaram participar do estudo foram identificados por letras do alfabeto, de modo a garantir o anonimato e os cuidados éticos necessários quando se trata de pesquisa com seres humanos.

O compromisso ético da pesquisadora com os participantes expressos durante todo o processo da pesquisa se ampara no respeito aos sentimentos, valores, crenças, a garantia do anonimato e sigilo das informações. Assim, essa pesquisa tem sua importância explícita, também, no cuidado e no rigor com que se propõe a tratar dos sujeitos envolvidos e no cumprimento das exigências explicitadas na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. E reitera que:

[...] a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade; ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência); garantia de que danos previsíveis serão evitados (não- maleficência); relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, [...] (COSTA, 2008, p.46).

⁵Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

⁶ Apresenta-se a ordem de procedimentos aos quais o Projeto de Pesquisa foi submetido: 1) 1) Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul através da plataforma “SIPESQ”- **anexo A** - (aprovação data: 5 de janeiro de 2017); 2) Contato com as instituições selecionadas; 3) Apresentação do Projeto de Pesquisa nas instituições e coleta do Termo de Aceite das instituições 4) Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS através do Sistema Plataforma Brasil, e demais Comitês de Ética das instituições pesquisadas. Submissão data: 15 de fevereiro de 2017 Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa PUCRS em: 14 de março de 2017 – **anexo B** - aprovação Comitê de Ética Secretaria Estadual de Saúde de Porto Alegre em: 23 de janeiro de 2017 – **anexo C** - aprovação Comitê de Ética Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria em 07 de novembro de 2016 – **anexo D** - aprovação Comitê de Ética do Hospital Universitário de Santa Maria em 18 de janeiro de 2017. 5) Agendamento das coletas, explicação prévia dos instrumentos de coleta de dados e das questões éticas que envolvem a pesquisa.

Todavia, no que diz respeito ao Serviço Social, especificamente, quanto à devolução dos resultados aos sujeitos pesquisados, esse momento se constitui como dever ético. Conforme o artigo 5º, do Código de Ética do Assistente Social, esse profissional tem o dever em “devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses” (CRESS, 2005, p. 24) Desse modo, a socialização dos resultados será realizada por meio da entrega de uma cópia da dissertação de mestrado em PDF para cada participante da pesquisa. Em anexo, ainda, um relatório contendo os principais resultados apresentados às secretarias de saúde Estadual e Municipal; se possível, também, agendar uma reunião com os gestores, com o intuito de apresentar os resultados e dialogar com os mesmos e, com a publicação da dissertação de mestrado, divulgá-la por meio de trabalhos em eventos e revistas científicas.

Com base no exposto, salienta-se que, além da problematização das categorias teóricas, os capítulos deste estudo também contemplarão a discussão das categorias empíricas, que emergiram ao longo do processo de coleta e análise dos dados. Dessa forma, o segundo capítulo, intitulado **“Desastres, Emergências, Catástrofes e Acidentes: “A Sociedade que Ameaça a si Mesma”**, realizará um debate acerca da distinção dos conceitos entre desastres, emergências, catástrofes e acidentes, demonstrando que a categoria desastre é relevante para subsidiar o estudo de caso realizado no município de Santa Maria. Os desastres e suas principais teorias, através de autores das ciências sociais, também são aspectos relevantes nesse item. Há um resgate histórico descrevendo e analisando os desastres de grande repercussão nacional e internacional é possível perceber como os desastres estiveram presentes na nossa sociedade, assim a importância em “conhecê-los para prevenir”. Desse modo, enfatiza a importância de pensar na prevenção e preparação para tomadas de decisões e ações educativas, ou seja, aponta a aprendizagem social como uma estratégia de redução e preparação a situações de desastre.

O primeiro e um dos principais estudos sobre desastres foi do sociólogo Samuel Prince. Discorrer sobre as principais análises de Prince, a qual está amparada nos conceitos positivistas, apresenta uma grande relevância, pois é importante para a reflexão e avaliação das políticas públicas, em especial na política de saúde. Compreender e avaliar um estudo de cem anos atrás com relação a um desastre permite realizar algumas reflexões sobre avanços e retrocessos com relação à prevenção e a mitigação em uma situação de desastre. E, por fim, é apresentado “sociedade do risco à sociedade do espetáculo”, o conceito de risco nesse item trabalhado a partir da concepção de Ulrich Beck torna-se importante para

compreender as consequências da sociedade industrial, a partir da ótica da modernização, onde o risco emerge decorrente do processo de individualização das relações sociais e os caminhos que essa individualização revela quando nos deparamos com uma sociedade movida pelo espetáculo amparada pelo autor Guy Debord, o qual realiza a crítica dessa manipulação social.

O terceiro capítulo, intitulado **“A (Des)construção da Proteção Social: Desafios no Enfrentamento a um Desastre Humano”**, trata sobre a discussão da política de saúde e os desafios de efetivação dentro do âmbito das políticas de proteção social, frente a uma situação de desastre. Desse modo, busca compreender que o acontecimento de um desastre está articulado a forma de constituição da sociedade, e que a ocorrência de um desastre está intimamente ligada ao modo de produção capitalista, no qual os novos processos produtivos acarretam transformações profundas nas vidas dos sujeitos, evidenciando os desastres como uma expressão da questão social. Assim, as redefinições realizadas na seguridade social para adequá-la ao grande capital impuseram à política de saúde a redução de sua atuação (com privatizações e terceirizações), o que interfere na condução e direcionamento das ações para efetivar respostas e garantir os direitos diante do desastre.

O quarto e último capítulo, intitulado **A Política de Saúde Frente a uma Situação de Desastre: Um Estudo do Caso na Boate Kiss**, apresenta a análise da organização da política de saúde, como foi realizado o gerenciamento do desastre durante e após o incêndio na casa noturna no município de Santa Maria. É importante analisar como vem se constituindo o gerenciamento, pois a saúde pública tem um papel fundamental frente às situações de desastres, e a sua atuação e intervenção tem como objetivo “reduzir os riscos para saúde associados a esses eventos” e a gestão de risco tem como finalidade planejar ações focadas nas pessoas e nos sistemas suscetíveis a desastres.

Por fim, apresentam-se as considerações finais e as referências bibliográficas - que deram suporte para a fundamentação teórica das discussões realizadas os apêndices referentes aos instrumentos de coleta de dados e os anexos, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e os Pareceres Consubstanciados do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), onde consta a aprovação do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica – PUC quanto ao desenvolvimento desta pesquisa, e as cartas aceites das instituições pesquisadas.

Dada a oportunidade do desenvolvimento desta pesquisa a fim de contribuir com subsídios para a qualificação da Política de Saúde e o seu enfrentamento diante de um

desastre do tipo humano e/ou antropogênico, buscando o aprimoramento profissional e agregando o debate ao serviço social. A relevância desse estudo está em compreender como a modernização trouxe consequências que põe em risco a vida, oriunda de uma sociedade capitalista, a qual são os processos produtivos que levam a transformações profundas nas vidas dos sujeitos, evidenciando os desastres como expressões da questão social. Compreender que em detrimento à acumulação do capital há uma desvalorização da vida humana, a qual leva a situações de desastres como o ocorrido na boate Kiss. Desse modo, é essencial investigar e analisar como as políticas públicas, em especial a política de saúde, vem atuando no enfrentamento a um desastre humano.

2. DESASTRES, EMERGÊNCIAS, CATÁSTROFES E ACIDENTES: “A SOCIEDADE QUE AMEAÇA A SI MESMA”

“Precisava manter meu controle, diferente das inúmeras ocorrências que já havia atendido, treinamentos e estudos. Situações de emergência que surgiam a todo momento onde auxiliei a equipe da BM nas providências a serem tomadas. Enfim, aquele pesadelo era real. Onde íamos levar os corpos, como faríamos ainda sobre forte difusão de fuligem”⁷

A ocorrência de um desastre, deve ser compreendido como produto de uma sociedade capitalista, onde novos processos produtivos acarretaram transformações profundas nas vidas dos sujeitos. Os desastres evidenciam as expressões da questão social, contextos de desigualdades sociais reforçam a importância das análises integradas incorporando as dimensões sociopolíticas e socioeconômicas. Exigem compreensão acerca dos desastres envolve conhecer, compreender e também realizar a análise das relações implicadas em uma sociedade capitalista que, como consequência, traz à tona as mazelas e os fenômenos sociais, entre eles os desastres e seu impacto para a população. Desvendar situações que desencadeiam um desastre pressupõem não simplificá-lo, ou minimizar responsabilidades ou supervalorizar os recursos tecnológicos, desconsiderando suas mediações sociais e históricas, naturalizando esses eventos e como se revelam em nossa sociedade.

Nesse capítulo são tecidos reflexões e considerações sobre as principais definições teóricas acerca de desastres, conceitos, processos históricos e seus principais eventos, problematizando: desastres e mídia; desastres e risco. Ao longo dos capítulos, o estudo pioneiro de Samuel Prince dialoga com aspectos que se assemelham e se distanciam, com o caso do incêndio da boate Kiss.

O método histórico dialético ilumina as análises sobre como novos processos produtivos acarretaram transformações profundas na vida das sociedades, aprofundando as contradições presentes nos fatos históricos (a exemplo: capitalismo x desastres; questão social x desastres).

Cabe destacar que as definições elaboradas sobre desastres no campo teórico apresentam conteúdos e conceitos diferentes dos apresentados nos campos organizacional e operacional (ex.: Organização Mundial de Saúde, Defesa Civil etc). Nesse sentido, as

⁷ Testemunho da Enfermeira e Capitão Liliane Espinosa Mello Noberto Duarte, do quadro oficiais especialistas em saúde da Brigada Militar, depoimento retirado do livro “Integração do Cuidado diante do Incêndio da Boate Kiss: testemunhos e reflexões”, 2016.

definições e conceitos apresentados, neste capítulo pretendem delinear um debate com os principais autores no campo da sociologia e contribuir no campo da operacionalização frente ao gerenciamento do desastre.

2.1 Definições e Conceitos

A palavra desastre⁸ tem sua origem no latim e provém do termo “*disastro*”, que aporta a ideia de algo infortuno ou inesperado, calamidade e fracasso total. Porém, autores como Green (1996), apontam que tal definição não proporciona uma amplitude necessária para compreender um desastre diante de outras adversidades, sendo indispensável aprimorar o seu desenvolvimento conceitual.

O termo desastre foi muito discutido por teóricos da Sociologia, e com importantes reflexões e contribuições para diversos campos de discussão, especialmente importante no início do desenvolvimento dos estudos na área no Brasil.

Quarantelli (1998) ressalta que discutir o conceito do termo desastre não deve impor uma definição hegemônica, pois é complexo expressar em um conceito as diferentes características encontradas nos variados processos de desastres. Acrescenta, ainda, que áreas de estudo, como psicologia, sociologia e outras áreas, contribuí com essa temática, conduzindo suas discussões a partir de diferentes perspectivas.

A definição de desastres gera dúvidas, como, por exemplo: quais fenômenos podem ser abrangidos e como eles se diferenciam de emergências e acidentes? Quarantelli (1998) aponta a falta de consenso sobre o conceito de desastre, e alerta que o dissenso poderia estar prejudicando os avanços do debate científico e, conseqüentemente, a construção de uma definição com uma base conceitual mínima para a compreensão dos fenômenos como um todo, permitindo, assim, consenso nas ações.

Britton (1986), com o interesse de delimitar os conceitos, relacionou acidentes, desastres e emergências com períodos de crise social, com características de diferentes graus de impacto e estresse coletivo.

Garcia-Renedo (2008) contribuiu para entender as diferenças entre acidente, emergência, desastre e catástrofe sistematizando as ideias de Britton, organizando conceitos e agregando o termo “catástrofe”, como sendo um evento de maior grau de

⁸ Definição conforme Oxford English Dictionary, 1987.

estresse coletivo, e acrescenta que é quando há uma ruptura de todas as estruturas sociais de uma sociedade, e aponta como exemplos de catástrofes o Tsunami do Sudeste Asiático e as bombas atômicas de Hiroshima e Nagasaki. O **termo emergência**, refere-se a uma situação de crise a qual está interfere nas atividades realizadas por um determinado grupo de pessoas. Diferente da **terminologia** adotada para **acidentes** que determina situações de menor estresse coletivo. Pois trata de eventos onde a ruptura acontece a grupos muito específicos de vítimas, podendo ser considerado um grupo pequeno. O **termo desastre** está implicado em um maior número de pessoas afetadas, apresentando uma abrangência de ruptura das estruturas sociais e da infraestrutura comunitária, como, por exemplo, em uma situação de terremotos.

Garcia-Renedo ressalta como características subjetivas: o potencial de afetar as crenças das pessoas que ocasiona a perda do sentido de (in)vulnerabilidade; crença em um mundo justo e a capacidade de gerar ansiedade diante da possibilidade de morte e sentimento de insegurança quanto ao futuro. Essas características subjetivas podem se estender indefinidamente (Garcia-Renedo, 2008).

Essas características se expressam no depoimento quanto a descrença em uma sociedade justa e igualitária, refletindo o descaso dos entes públicos com as políticas públicas ofertadas à população, o sucateamento da política de saúde, a dificuldade de acesso aos recursos e, finalmente a desvalorização da vida humana.

Não há o que se esperar muito, de um estado enquanto nação que descuida desse jeito. E aí não é o descuido nessa boate, nós não cuidamos das crianças nas escolas, nós não cuidamos de uma rua, nós não cuidamos de um caso assim, de uma situação de extremo, como das nossas emergências, se você passa ali na nossa emergência hoje, talvez seja uma condição que as pessoas estão lá de tamanho descuido, quando foi? quem descuidou de oferecer um espaço de lazer? e aquilo ali para a gente parece que naturaliza, entende? Então esse modo de garantir ou de oferecer, que garantir não garante nada. Esse modo de oferecer que é o retorno do que a sociedade tem das políticas públicas é muito complicado, porque não assegura nada, não assegura nem que tu responsabilize não assegura se tu não responsabilize um ente público por ter matado 200 pessoas. Tu vai te assegurar de responsabilizar os entes públicos de outro modo. Também estão matando gente nas filas quando tu abandona nas emergências. (Entrevista /GH)

Para a construção de conceitos e determinações de especificidades que diferenciam os eventos, Garcia-Renedo apresenta a relevância de três critérios: número de pessoas implicada, capacidade de resposta do sistema e ruptura e danos nos sistemas sociais. A relevância dessa diferenciação está vinculada ao ponto de vista operacional, pois, ao declarar que um episódio ocorrido se trata de um desastre, implica diretamente

na mobilização de recursos, tanto para a gestão da crise quanto o atendimento e proteção das vítimas. Ainda que um desastre não deve ser mensurado apenas pelo número de pessoas envolvidas e/ou pela sua ruptura das estruturas sociais, características objetivas e de fácil mensuração, mas pelas repercussões subjetivas, econômicas e sociais, as quais geram impactos que se estendem por longos períodos (GARCIA-RENEDO, 2008).

Os estudos de Garcia-Renedo amparam as análises construídas nessa pesquisa. O incêndio da boate Kiss, ao ponto de vista operacional, foi reconhecido como um acidente químico e não um desastre para a FEPAM⁹. A Política Nacional de Saúde/MS, segue as determinações e especificidades de classificação, previstas pela Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil, órgão que compõe o Ministério de Integração Nacional. A operacionalização da Política de Saúde Estadual, em situação de desastre realiza o informe do agravo em saúde através do formulário para notificação eletrônica imediata, o qual apresenta como classificação: Desastre de Origem Natural, Humanos/Antropogênicos. Na análise de documentos da política de saúde destaca que às orientações internacionais, a Organização Pan-Americana em Saúde – OPAS apresentam classificação diferente da adotada pela defesa civil e MS. Apesar da OPAS ser colaboradora e referência para o MS, na gestão de desastres, as classificações adotadas pelo MS, são diferentes da adotadas em nível internacional.

Classificações diferentes dos órgãos competentes podem gerar incoerência e equívocos nas ações de enfrentamento e nos protocolos conforme expresso nos depoimentos dos participantes/sujeitos, da Política Estadual de Saúde quanto aos protocolos e orientações para esse tipo de desastre. *“A gente usou depois, porque o que a gente percebeu inicialmente, não tinha nenhum protocolo; os protocolos que tinham da vigilância não davam conta desse tipo de evento” (entrevista /GE)*. A ausência de protocolos e a necessidade de recorrer aos protocolos internacionais, denunciam a necessidade de articulação conceitual entre os órgãos competentes nacionais e internacionais.

Na perspectiva Britton (1986) aprofunda a relação de desastre aos contextos sociais e vulneráveis, e que os impactos de um desastre também devem ser analisados com os elementos do território no qual ele ocorre. Fatores econômicos e interferem desde a capacidade de enfrentamento das consequências à perpetuação de diversos fatores que

⁹ Fundação Estadual de Proteção Ambiental do Rio Grande do Sul.

compõem e levam a uma situação de risco¹⁰. Assim, os desastres podem ser compreendidos como a construção de um sistema com diferentes características e dinâmicas, atrelados a combinações de fatores de risco¹¹, e esses fatores, nas suas diferentes combinações, desencadeiam processos crônicos, originados de uma relação entre elementos do ambiente e os sujeitos de risco.

As condições de risco estão cada vez mais presentes na sociedade capitalista a qual torna o risco cada vez mais individualizado, isentado o Estado de suas obrigações. Assim, a transição do processo de produção coloca em vigência um novo padrão industrial e tecnológico, com modalidades novas de gestão e organização do trabalho, impondo novas regras ao trabalho, reorganizando seu ciclo reprodutivo, preservando seus fundamentos (ANTUNES, 1999, p. 36). São novas reestruturações, nos processos de gestão da organização do trabalho, para aumento da produtividade, acumulação do capital que expõem o trabalhador a situações de risco e a perda de direitos.

Em uma situação de desastre a efetivação da garantia dos direitos é essencial, porém, com a fragilização da proteção social e a lógica da individualização, culpabiliza o trabalhador responsabilizando no enfrentamento das dificuldades e diversidades geradas pela lógica capitalista.

A maioria dos estudos relacionados a desastres são no campo da sociologia, denominado como “Sociologia dos Desastres”, onde há um consenso de que o termo

¹⁰ Conforme Biblioteca Virtual em Saúde - BVS a **palavra risco** no âmbito da saúde, está associado “A probabilidade de que um evento ocorrerá. Ele abrange uma variedade de medidas de probabilidade de um resultado geralmente desfavorável (MESH/NLM). E apresenta cinco formas: 1. Medida de dano potencial ou prejuízo econômico expressa em termos de probabilidade estatística de ocorrência e de intensidade ou grandeza das consequências previsíveis. 2. Probabilidade de ocorrência de um acidente ou evento adverso, relacionado com a intensidade dos danos ou perdas, resultantes dos mesmos. 3. Probabilidade de danos potenciais dentro de um período especificado de tempo e/ou de ciclos operacionais. 4. Fatores estabelecidos, mediante estudos sistematizados, que envolvem uma probabilidade significativa de ocorrência de um acidente ou desastre. 5. Relação existente entre a ameaça de um evento adverso ou acidente determinado e o grau de invulnerabilidade do sistema receptor a seus efeitos (Material III - Ministério da Ação Social, Brasília, 1992). Número esperado de perdas (de vidas, pessoas feridas, propriedades danificadas e interrupção de atividades econômicas), devido a um fenômeno particular, em um período de referência e em uma dada área. O risco é o produto de ameaça e vulnerabilidade” acesso em: http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/decslocator/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&q=situa%C3%A7%C3%A3o+de+risco&index=&tree_id=E05.318.740.600.800&term=risco

¹¹ O **Termo Fatores de Risco**, conforme buscas realizadas no site BVS, está relacionado a “Aspecto do comportamento individual ou do estilo de vida, exposição ambiental ou características hereditárias ou congênitas que, segundo evidência epidemiológica, está sabidamente associado a uma condição de saúde considerada importante de se prevenir”. Acesso em: http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/decslocator/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&q=situa%C3%A7%C3%A3o+de+risco&index=&tree_id=E05.318.740.600.800&term=risco&tree_id=E05.318.740.600.800.725&term=fatores+de+risco

desastre, está relacionado a um acontecimento trágico, associado a elementos físicos e a um contexto social. Gera indagações como: “o quê”?, “aonde”?, “quando”?, e com “quem”?, questões indissociáveis, e que colocam o desastre em uma dimensão do espaço-temporal e sócio- histórica (VALENCIO, 2010).

Compreendendo que a questão social é o resultado dessa relação capital/trabalho, reproduzida na sociedade a qual expressa inúmeras formas de desigualdades, entre eles, agravos à saúde, o desemprego, o desinvestimento na proteção social, a fome, a vulnerabilidade social e, também, os desastres. As análises realizada nessa pesquisa relacionam o incêndio da boate Kiss, com a forma de organização social em que indivíduos e instituições, motivados pela lógica da acumulação do capital, desconsideraram os aspectos legais e protocolos de segurança e excederam a lotação máxima de pessoas da casa noturna, colocando todos em risco.

A culpabilização dos familiares e sobreviventes por exigirem respostas do poder público, também é uma característica de uma sociedade que nega o capital e que minimiza ou banaliza seus efeitos, a qual naturaliza e generaliza como justificativa para a ocorrência de desastres e culpabiliza os segmentos mais empobrecidos da população. Ocorre que “*o capital, em seu movimento de valorização, produz a sua inviabilidade do trabalho e a banalização do humano*” (IAMAMOTO, 2011, p. 53), assim as relações sociais estabelecidas entre os homens decorrem das forças produtivas e dos modos de apropriação dos meios de produção.

É imprescindível desvendar as conexões entre modo de produção e desastre, desvelando as contradições e assim contribuir para a operacionalização, enfrentamento, compreensão de suas causas sociais, econômicas e políticas e identificação dos principais agentes ameaçadores.

Gilbert (1998), propõe que os conceitos sobre desastres sejam agrupados de três maneiras: **1º) o desastre como um agente externo ameaçador; 2º) desastres como expressão social e vulnerabilidade; e 3º) o desastre como um estado de incertezas geradas pelas próprias instituições.** Tais agrupamentos permitem uma melhor compreensão com relação à temática, já que a falta de consenso e definição a respeito do conceito vem dificultando a ampliação do debate.

Assim, Gilbert (1998) propõem o primeiro conceito: **agente externo ameaçador**, é uma ideia que se reproduz a partir de um modelo de guerra: “*desastres tendem a ser concebidos como um agente externo que causa impactos sobre as comunidades humanas e estas tendem a responder a esta agressão*” (1998, p. 49). Nesse caso, a compreensão do

autor sobre os desastres é delimitada a uma causa externa, ou seja, consequências de fenômenos naturais, como “as chuvas que matavam”, as “chuvas que desabrigavam”. Mesmo neste tipo de compreensão as análises, as consequências e o impacto devem considerar as capacidades sociais, econômicas da comunidade de estarem preparadas.

Quarantelli (1998) introduziu a concepção do desastre como um *consenso social a respeito da vivência de uma crise* e, apresentou novos modos de abordagem em relação aos desastres- os “agentes destrutivos” que, em sua tese, não são compreendidos como a causa do desastre, mas como um fator de uma crise e de determinados comportamentos em relação ao contexto social. Essa compreensão fomentou o reconhecimento dos desastres como objeto de estudo também das Ciências Sociais.

O segundo conceito de Gilbert (1998) refere aos **desastres como expressão social e vulnerabilidade**, elaborada na década de 70. Foi adotada por cientistas sociais europeus que, ao romperem com os pressupostos sobre perigos e desastres criaram a teoria da Sociedade de Risco, a qual amplia a ideia de perigo e de risco como essencial para compreensão da estrutura social. Assim, a natureza dos desastres deve ser compreendida por meio da organização social, rompendo a concepção que os desastres da natureza são os principais causadores de impactos sobre as comunidades. O destaque é que, essa concepção introduz que a vulnerabilidade social relacionada às causas do desastre, portanto eles são explicados como problemas estruturais de determinados contextos sociais. Nestas elaborações cada vez mais se rompe com a ideia de desastre como algo natural, ou seja da natureza.

Para melhor compreender esse pressuposto, o que conceito de vulnerabilidade é fundamental:

(...) o conceito de vulnerabilidade pode definir a possibilidade de um grupo social sofrer danos. Os riscos relacionados às chuvas, por exemplo, demonstram que não é este fator de perigo que torna o grupo vulnerável, mas “a interação, e mesmo sinergia, do evento físico com os fluxos e fixos sociais em que o grupo se insere, além das características específicas, individuais ou coletivas, de seus membros” (...) Nesse sentido, haveria um recorte macrossocial e microssocial em que a reflexão acerca da vulnerabilidade em relação ao perigo das chuvas poderia se desenvolver. Num recorte macrossocial, a vulnerabilidade, como condição prévia de um dado coletivo, teria “dimensões nitidamente políticas e diria respeito ao tamanho e demais características dos grupos excluídos das arenas decisórias em que são produzidas as estratégias (tentativas) de controle da natureza” como, por exemplo, as omissões acerca dos riscos relacionados ao rompimento de barragens a que estão submetidas as populações ribeirinhas situadas à jusante. Já em relação à reflexão sobre a vulnerabilidade relacionada ao perigo das chuvas desde um recorte microssocial, esta pode ter imbricações diretas com os aspectos materiais de um dado ordenamento territorial com as especificidades que os subgrupos (crianças, idosos, pessoas com dificuldade

de locomoção, gestantes, populações em situação de rua, enfermos etc.) possuem na proteção de sua integridade social, física, mental e emocional no lugar. (Valencio, 2006, p. 98)

Dessa maneira, o segundo conceito tem como desafio a introdução do conceito de vulnerabilidade de forma que possa desvendar as situações implicadas em um episódio de desastre ou outro evento. Compreender o fenômeno para além de perdas materiais, nas suas relações sociais e políticas, e compreender as manifestações imediatas ocasionadas pelos desastres e evidenciadas pelas desigualdades sociais. Essa compreensão considera os aspectos históricos, sociais, culturais e econômicos, e as múltiplas determinações que intensificam as consequências dos desastres.

Por fim, o terceiro conceito: **compreensão do desastre como um estado de incertezas geradas pelas instituições**. Elaborada no final da década de 1980 também como objeto de estudo das ciências sociais, introduz as organizações, políticas públicas e crises internacionais, como são compreendidas e produzidas nas sociedades. Gilbert (1998), ainda destaca que a frágil articulação entre as especificidades científicas cria buracos para a construção de práticas capazes de reduzir os riscos, ocorrendo tanto em regimes democráticos como regimes autoritários.

A incerteza não seria meramente produzida em razão da ausência de comunicação ou informação, mas também pela profusão anárquica de informações que acaba interferindo nos sistemas de pensamento e nos modos de organização das esferas administrativas, políticas e científicas. Alguns cientistas sociais criticam esse paradigma por pensarem que ele desconsidera as dimensões interpretativas de outros sujeitos sociais (MARCHEZINI, 2009, p. 51).

Essas três concepções de Gilbert (1998) foram aprofundadas por Dombrowsky (1998), o qual analisou as definições sobre desastres no interior de instituições, como: Cruz Vermelha, empresas de seguro, instituições de emergência, governo, e outras. Dombrowsky (1998) observou que as definições sobre desastres têm uma relação com o processo social que cada instituição pretende operacionalizar. Ele constatou que para as companhias alemãs de seguro, os desastres estão associados a uma situação que envolve danos e/ou perdas de vida e que ultrapassam determinados valores ou número de mortos, ou seja, quantificam os desastres. Mas para o Estado os desastres estão associados a perda de ordem pública, sendo que a segurança pública é a maior prioridade, e deve ser garantida em qualquer circunstância, independente das avaliações sobre os principais fatores que causam o problema. Dessa forma, o foco não é compreender os fatores que

levaram à situação de desastre, mas, sim, aplicar medidas de recuperação a manutenção de segurança pública.

Favero (2014) reuniu os principais conceitos dos teóricos mais influentes no âmbito da sociologia com relação às definições de desastre, destacando que, originalmente, as pesquisas sobre desastres e a construção de conceitos são de domínio da sociologia, a qual influenciou outras áreas de conhecimento para a ampliação das discussões teóricas sobre desastres. A revisão sistemática realizada pelo autor não considerou as definições operacionais adotadas pelas organizações que atuam em desastres como: Cruz Vermelha e Defesa Civil, pois considerou que os conceitos preconizados por elas estariam em grande parte relacionados aos interesses de trabalho de cada organização. O quadro II apresenta definições de desastres, dos principais teóricos da sociologia representada no estudo de Favero:

QUADRO 2 - Definições de desastre na perspectiva sociológica¹²

Autor (es), Ano	Nível de Análise	Definição
Fritz (1961, p. 312)	Social	Eventos, observáveis no tempo e espaço, no qual as sociedades ou suas subunidades (comunidades ou regiões) sofrem danos físicos e perdas e/ou rupturas no funcionamento de sua rotina. Ambas, causas e consequências desses eventos estão relacionadas com as estruturas sociais e processos das sociedades ou suas subunidades.
Britton (1986, p. 254)	Social	Um produto social como expressão da vulnerabilidade da sociedade humana que depende da interação entre os seres humanos e sua utilização do espaço físico e social

Fonte: tabela adaptada do estudo de Favero (2014).

¹² A pesquisa teve sua busca pelas definições considerando o período anterior ao ano 2013 e realizada tanto na base de dados Scielo quanto em teses e livros. Buscou-se trabalhos que discutissem conceitualmente a palavra desastre, excluindo aqueles que trouxessem definições operacionais, bem como aqueles que adotassem conceitos de outros autores (FAVERO, 2014).

O estudo de Favero (2014) apontou que grande parte dos autores atuais têm adotado definições conceituais de intelectuais da década de 1960, 1980 e 2000, períodos também demarcados por intensas produções e avanços conceituais. Suas análises indicam que as definições propostas pela Sociologia são abrangentes, possibilitando uma ampliação do conceito de desastres, pois relaciona diferentes eventos enquanto desastres. Assim o desastre passa a ser compreendido como consequência de estruturas sociais e processos das sociedades, e para sua compreensão e a avaliação os danos físicos, as perdas, as rupturas sociais e as mudanças no funcionamento da rotina diária, devem ser consideradas (FRITZ, 1961).

Fritz, ao conceituar desastres, também faz referência à temporalidade, considerando que os desastres devem ser analisados a partir de um determinado tempo e espaço. É fundamental realizar uma análise de conjuntura considerando os aspectos históricos, sociais, culturais e econômicos, as múltiplas determinações que determinam e intensificam as causas e consequências, elaborando mediações teórico-críticas para implementação de ações de prevenção e enfrentamento efetivas.

O conceito de Britton (1986) analisa desastres como um produto social, expressão da vulnerabilidade humana, ou seja, a ocorrência de um desastre não pode ser avaliada como um evento isolado que se manifesta na realidade, mas, produto da interação dos seres humanos e suas formas de utilização do meio ambiente. Assim, o autor evidencia que a ocorrência dos desastres tem em seu cerne a relação com o contexto social, e aponta que é nas formas de interação do homem com o ambiente, o uso irracional do meio ambiente, gerando, um desequilíbrio global e grandes impactos socioambientais, ocasionados por ação indiscriminada de uma sociedade que visa apenas a manutenção do modo de produção capitalista e não percebe as iminentes consequências desses desastres.

Para Valencio (2012), existem convergências entre as definições do termo desastre que permitem a comparação de resultados e regularidades, mesmo com interpretações diversas do fenômeno.

(...) Até aqui alguns consensos foram possíveis, mas proliferam, igualmente, distinções interpretativas. Nalguma medida, tais distinções têm iluminado, por ângulos diversos, a interpretação dos acontecimentos trágicos em sociedades complexas e igualmente multifacetadas. Por outro lado, os mais importantes autores da Sociologia dos Desastres e de áreas afins, como da Ciência Política, Antropologia, Psicologia Social e Economia, têm cercado os desastres por recortes bastante aproximativos, o que permite um profícuo diálogo num approach humanístico (VALENCIO, 2012, p. 31).

Uma das definições mais permanentes no debate é a que “*toma o desastre como um tipo de crise em ocorrência num tempo social*” (Valencio, 2012, p. 31), o termo tempo não está determinando o tempo como um período e, sim, as suas dimensões culturais, políticas, econômicas e subjetivas.

Fritz (1961) considerava desastres um evento concentrado no tempo e no espaço. Essa leitura despertou nele a compreensão que os desastres produzem impacto na sociedade, pois envolve problemas de habitação, saúde pública, trabalho, regras sociais, normas culturais, gerando rupturas entre os sistemas com impactos na realidade e provoca a necessidade de envolver em suas análises aspectos socioculturais e político-institucional (VALENCIO, 2012).

Apesar de toda a influência e avanço as análises de Fritz (1961) com relação a desastres, para Valencio (2012) o pesquisador Enrico Quarantelli (1998) é um dos mais importantes cientistas contemporâneos na busca pela “*identificação de convergências em torno da definição do termo desastre*”. (p. 32). Em uma das obras de Quarentelli publicadas em 1988, sob o título “*What is a disaster? Perspectives on the question*”, o autor faz menção a respeito desse debate, em sua coletânea, em parceria com outros autores, **Quarentelli (1998) aponta que, apesar de haver diferenças teóricas em relação à abordagem sobre desastres, há um entendimento entre os autores de que o desastre é um tipo de crise social.** Por mais múltiplas que sejam as abordagens, argumentações e problemas ressaltados na abordagem de um desastre, há convergências quanto importância da arena política e dos meios de comunicação de massa no imaginário popular (VALENCIO, 2012).

Em 2005, Quarantelli e Perry apresentam, em sua obra, o debate realizado por pesquisadores de diversas áreas e países que enfatizam que a estrutura e dinâmica social igualmente podem ser abalados por desastres extensos ou recorrentes. Quarentelli (1981) afirma:

É no funcionamento normal da sociedade que os desastres são fabricados. Seria impróprio enfatizar o fator de ameaça em si ou a extensão do cenário de dano físico e humano como um evento concentrado no tempo e espaço, com perda de funções essenciais (...) tampouco a insuficiência de recursos próprios das autoridades locais para proceder as ações de resgate e reabilitação ou, ainda, a declaração da autoridade competente de que aquele evento seja digno de atenção política especial ou seletiva mereceriam ênfase. (VALENCIO, 2012, P. 41)

Os autores enfatizam que situações de desastres deveriam ser uma oportunidade de aprendizado para as instituições através da parceria realizar a análise da situação ocorrida assim compartilhando informações. Porém, as barreiras “corporativas” impedem de admitir os erros, muitas vezes demonstrando situações de “controle”, todavia, a realidade aponta que essas dificuldades, levam à ocorrência de novos desastres (QUARENTELLI, 1998).

Amparados neste autores e nas análises consideram que o incêndio na boate Kiss, gerou sentimento de desproteção e abandono por parte da população e se revelou como resultado de uma crise social e política com grandes implicações sociais. Diante de tragédias é natural a mobilização de vítimas, famílias e comunidade em busca de justiça, como foi o caso em Santa Maria. Esse sentimento de justiça que pode unir de forma imediata a comunidade com o tempo pode se esvaziar. As relações sociais são intimamente ligadas às forças produtivas, isto é maneira de ganhar a vida se dá com base nas “forças produtivas e nos modos de apropriação dos meios de produção” que vai alterar as relações sociais, pois para produzir, são estabelecidas a partir de relações bem determinadas (MARX, 1857).

O depoimento a seguir contempla os sentimentos do trabalhador que se vê abandonado pelas políticas públicas, o sofrimento de trabalhar sem respaldo, sem condições, e seu testemunho da falta de ética.

“Acho também que esse abandono tem a ver com o curso do processo, de responsabilização, porque a gente não fala de uma ou duas mortes. A gente no hospital parece que a gente vive em um mundo a partir, meio alienado, mas há uma indignação contida, uma indignação muito grande, porque quando você assiste de perto isso, quando você vê, quando você está ali, no meio do processo é que você percebe que foi negligenciado, questões que são elementares para segurança, para ética da vida. É porque não há um valor, não se atribui o valor que a vida do outro merece. Então nós temos entes públicos muito negligentes, entes públicos irresponsáveis. Nós temos entes públicos que naquele afã de se auto proteger de modo corporativo, eles tornam a vida em si como algo muito frágil, muito fugaz de muito pouco valor (...) Não há o que se esperar muito, de um estado enquanto nação que descuida desse jeito. (Entrevista /GH)

Nessa perspectiva é importância repensar políticas públicas que amparem e atendam às necessidades e interesses das populações fragilizadas diante de um desastre, rompendo com a “*a tecnologia seja a solução para os processos disruptivos no contexto de devastação*”, a qual vem substituindo a implementação de políticas públicas efetivas

equivocadamente (VALENCIO, 2012). A idealização das tecnologias é um dos equívocos de uma sociedade em que o humano cada vez mais é substituído pela máquina.

A definição de desastre não é simples pois abrange diferentes eventos e processos que apresentam características distintas. Deve ser analisado vinculado ao contexto no qual ocorre, com as variáveis físicas, sociais, políticas, econômicas e outras que possam estar implicadas. A integração entre os diferentes termos (acidentes, emergências, catástrofes e desastres), é uma tentativa dos teóricos, de ampliar a compreensão e suscitar reflexões sobre o termo. As diferentes definições, e conceitos, em períodos diversos, estão interligadas, revelando uma aproximação entre autores na perspectiva sociológica.

Britton (1986) ao integrar as definições dos diferentes autores e suas especificidades propõe definir o termo desastre como um processo que tem sua origem na interação entre seres humanos e seu contexto social, salientado que, mais do que um evento agudo, um desastre é a expressão aguda da vulnerabilidade em suas diferentes dimensões (física, social, ambiental etc.). Essa definição encontra consonância no depoimento acima.

Para Quarantelli (1985) os desastres desafiam a capacidade humana de respostas, podendo trazer consigo perdas repentinas e prolongadas no tempo, sendo que as suas consequências refletem capacidade de um determinado grupo social para enfrentá-lo. Quanto ao incêndio na Boate Kiss é possível concluir que apesar de todos os esforços dos trabalhadores, das políticas e comunidade o despreparo das políticas incrementarem ações mitigadoras.

Os teóricos apresentados: Britton (1986), Quarantelli (1998), Garcia-Renedo (2008), Gilbert (1998), Valencio (2012), Marchezini (2009) e Fritz (1961), apesar de apresentarem diferentes perspectivas teóricas e direcionamentos para compreensão dos desastres, estão em consonância quanto a importância do aprofundamento teórico acerca dos desastres e da necessidade de integração das definições entre diferentes áreas do conhecimento. Visto que se compreende que o acontecimento de um desastre é um evento complexo e exige análises e interpretações em diferentes perspectivas teóricas, pois desafiam a capacidade humana na busca por respostas (QUARENTELLI, 1985).

Os autores utilizados nesse capítulo, concordam que os desastres, além de evidenciarem a capacidade de enfrentamento de indivíduos e grupos, despertam para a necessidade de transformação da realidade social, pois sua ocorrência está intimamente ligada à interação entre os seres humanos e o seu contexto social. Do ponto de vista científico e operacional os conceitos são necessários para classificar e delimitar fronteiras,

definir responsabilidades, planejar ações, compreender e interpretar os desastres em sua dimensão social, econômica, política e como expressão da questão social com suas implicações permite a sua apropriação e enfrentamento de forma real.

Compreende o incêndio na boate Kiss o qual causou a morte de 242 pessoas e deixou outras 680 feridas (Noal, Vicente, & Weintraub, 2016). Pelas dimensões e impacto gerado em virtude do incêndio, a qual foi amplamente noticiado e gerou intensa comoção nacional e internacional, nos reporta a classificação de um acontecimento dessa natureza como “desastre”. Isto porque no Brasil, vige atualmente a Instrução Normativa baseada na Lei 12.608/2012 (Brasil, 2012), na qual se encontra uma definição corrente desses diferentes termos como base numa análise do tipo de desastre (Nível I ou II), das características, dos danos (humanos, materiais e/ou ambientais) e prejuízos para o território que um determinado evento acarreta (NOAL, 2016).

O incêndio da boate Kiss foi classificado pelo Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil como um desastre, tendo em vista a decretação de Situação de Emergência pelo município (Brasil, 2013a; Prefeitura de Santa Maria, 2013). Amparado nos conceitos de Quaranteli (1998) o qual aponta que os desastres se revelam como acontecimentos “disruptivos da dinâmica social” e desafiam a capacidade humana de respostas, podendo trazer consigo perdas repentinas e prolongadas no tempo, denominamos como desastre o incêndio ocorrido na Boate Kiss.

No subcapítulo “*Conhecer para Prevenir*”, contempla alguns dos principais desastres como experiências que ao longo da história podem subsidiar e aprimorar as discussões teóricas possibilitando elaborar formas de enfrentamento.

2.2 Os Desastres na Sociedade “Conhecer Para Prevenir”: Contextos Sócio – Histórico:

Os desastres sempre estiveram presentes na sociedade e na história humana. Tais eventos são marcados pela magnitude e impacto social e, são objetos de estudos há mais de cem anos, como comprovam os estudos do sociólogo canadense Samuel Henry Prince. Conhecer os estudos sobre os desastres identificar as semelhanças em suas ocorrências é fundamental para o avanço no campo científico e operacional. Carvalho (2013) aponta que é histórico o fato de que as “*providências costumam ser tomadas somente após a concretização do desastre e a contabilização dos danos*” (p. 19), e tanto os desastres ocorridos no passado, quanto os do presente, atestam que cada desastre pode apresentar

aspectos que variam, quanto: a vulnerabilidade, a resiliência, a cultura e a percepção dos riscos. Porém, mostram aspectos comuns como: a destruição, as perdas e, muitas vezes, a irreversibilidade causada pela ausência de prevenção, desconsideração de alertas e indicadores, gerando situação caótica com gerenciamento igual (CARLVAHO, 2013).

Independente da origem do desastre ou até mesmo a sua classificação¹³, o equilíbrio do meio ambiente e da vida sempre é seriamente atingido com consequências e implicações que se prolongam por muito tempo, em diferentes aspectos, e campos da saúde, judicial, cultural, habitacional etc. O desastre na boate Kiss, é um exemplo desse prolongamento, pela criação de ações de saúde de caráter longitudinal, serviços psicossociais e hospitalares específicos para atender a demanda, seja pelo movimento dos familiares e associações mobilizando a sociedade na busca de respostas e definição.

O município de Santa Maria onde está localizado, geograficamente, no centro do Estado do Rio Grande do Sul, com uma área de 1825 km² e uma população de aproximadamente 274.838 mil habitantes (IBGE/2014). É conhecida como Cidade Cultura e Cidade Universitária, devido à presença da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e do grande número de universitários. Com o desastre, o **ambiente cultural** foi atingido e o resgate desse espaço está sendo reconstituído à medida que a comunidade foi se recompondo. O **campo da saúde** teve que ser estruturado para atender a demanda com assistência imediata, os trabalhadores da saúde necessitaram do auxílio do voluntariado para o atendimento das vítimas. Conforme Krum (2016. p. 39), “*pelo*

¹³ A classificação de um desastre apresenta variações, isso porque organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OPAS), segue a vertente de protocolos internacionais. No Brasil a Política de Saúde, segue a classificação adotada pela Defesa Civil. Desta forma, para a OPAS é classificando como: **Desastre Natural** como atos da natureza com tal magnitude que dão origem a uma situação catastrófica na qual se desorganizam os padrões cotidianos de vida e que deixa a população em desamparo e em sofrimento, ex. terremotos, inundações etc; e **Desastre Tecnológico** como aqueles ocasionados pela intervenção do homem na natureza e pelo desenvolvimento tecnológico, podem ser originadas intencionalmente pelo homem, por imprevisão ou por falhas de caráter técnico. Estas situações incluem incêndios, explosões, fugas ou descargas de substâncias perigosas entre outras, que podem causar a morte ou lesões a um grande número de pessoas; para a Defesa Civil os desastres são classificados como: **Desastre Natural** como aqueles provocados por fenômenos e desequilíbrios da natureza. São produzidos por fatores de origem externa que atuam independentemente da ação humana; **Desastres Humanos ou Antropogênicos** como aqueles provocados pelas ações ou omissões humanas. Relacionam-se com a atuação do próprio homem, enquanto agente e autor. Esses desastres podem produzir situações capazes de gerar grandes danos à natureza, aos habitats humanos e ao próprio homem, enquanto espécie. Normalmente, os desastres humanos são consequências de: ações desajustadas geradoras de desequilíbrios no relacionamento socioeconômico e político entre os homens; profundas e prejudiciais alterações em seu ambiente ecológico e **Desastres Mistos** como ocorrem quando as ações e/ou omissões humanas contribuem para intensificar, complicar ou agravar os desastres naturais. Além disso, também se caracterizam quando intercorrências de fenômenos adversos naturais, atuando sobre condições ambientais degradadas pelo homem, provocam desastres. Fonte: http://www.mi.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=6aa2e891-98f6-48a6-8f47-147552c57f94&groupId=10157http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=578:desastres&Itemid=593 acesso em 19 de novembro de 2017.

caráter inesperado do incêndio, o município de Santa Maria não estava preparado para um evento desta ordem". A cidade, ainda é reflexo do desastre, pois se, em um primeiro momento, ocorreu mobilizações e articulações entre os entes públicos, após o desastre), a cidade ainda sofre com o **descaso dos entes públicos**, através do desinvestimento e sucateamento nas políticas públicas e precarização do trabalhador da saúde e assistência social. Ainda que a luta resista com a organização de sobreviventes e familiares através de associações que seguem buscando respostas e definições de responsabilidades dos gestores das políticas e a comunidade, familiares, trabalhadores que resistem, pois os gestores se eximem e se retiram.

“Dentro disso tudo, assim, que eu acho bem importante pontuar, é que a gente perdeu o apoio do Município, dos gestores, mas a gente teve o apoio da Associação. Então, o ano passado, quando se teve essa tentativa de dissolver o serviço, né, a Associação foi lá e arrumou, tá, porque quase foi dissolvido; se não tivesse essa ação deles, eu não sei se te dizer se talvez hoje esse serviço já não tivesse se dissolvido, assim” (entrevista/ GF).

No **campo judicial**, encontra o processo penal de julgamento dos réus ainda em andamento. Em 2016 o juiz determinou o julgamento dos réus por júri popular. No final de 2017 o Tribunal Regional Federal da 4^o região, em análise ao pedido da defesa, deferiu que o julgamento dos réus, seja feito pelo juiz local sem a presença do júri popular. O impasse entre justiça e familiares/associação se acirrou e os indiciamentos sugeridos pelo Ministério Público causaram indignação aos familiares, ocasionando processos acionados pelo Ministério Público contra os familiares. As acusações do MP incluem calúnia e difamação e geraram dúvidas dividindo a comunidade e sociedade em geral, com indagações acerca da atuação do Ministério Público e o direito de manifestação e a busca por justiça dos familiares. Novamente trata-se da culpabilização da vítima, típico de uma sociedade em que os privilégios são dados aos que está em campo de poder. Esses acontecimentos incrementam o clima hostil e de incertezas dividindo a comunidade entre: esquecer/desistir ou manter a memória através da construção de um memorial em homenagem às vítimas, acirrando os sentimento de desproteção e abandono.

Por outro lado, o desastre da Boate Kiss impôs às equipes de saúde a reavaliação dos serviços e implementação de novas práticas, como no depoimento. *“Eu penso que a experiência, agregou esse conhecimento. Enfim alertou que a gente pode ser mais (...)otimizar mais a nossa estrutura, que a gente pode ter um olhar mais integral para aquele que gente recebe aqui”*. (Entrevista/GH). A participação voluntária de

profissionais com acúmulo de experiência em situações de desastres foi essencial para a efetivação de respostas diante do desastre e fomentou a criação de protocolos.

Quanto a isso, Carvalho (2013) pontua exemplos de desastres, que ocorridos há muito tempo ainda apresentam consequências para a população e sociedade exigindo medidas de intervenção e acompanhamento. São desastres que geraram número grande perdas humanas, com danos ambientais irreversíveis e grandes prejuízos econômicos, sociais e políticos com impacto internacional.

O desastre de **Bophal**¹⁴ ocorrido em 1984, é um exemplo dramático. Um ano após o ocorrido ainda havia perdas fatais de pessoas expostas ao gás. Pois a empresa responsável se negou a repassar informações sobre os pesticidas fabricados, o que dificultou o tratamento. Em 2010 (26 anos após), ainda haviam condenações dos responsáveis por negligência. Essas condenações, no ano de 2011, foram rejeitadas pelo Supremo Tribunal da Índia sob alegação de que se baseavam em “argumentos falsos e errôneo”, o desastre de Bophal é mais um exemplo de como em uma sociedade em que o capital está acima do humano, quem tem o poder econômico dita as leis e define culpados e iníctos. **Em 1986, a contaminação radioativa de Chernobyl**¹⁵, oriundo da explosão

¹⁴ O **Desastre de Bhopal**, foi um acidente industrial que ocorreu na madrugada de 3 de dezembro de 1984, em Bhopal na Índia, quando 40 toneladas de gases tóxicos vazaram na fábrica de pesticidas da empresa norte-americana Union Carbide. É considerado o maior desastre industrial e químico ocorrido até hoje, quando mais de 500 mil pessoas foram expostas aos gases. A principal causa do desastre foi negligência com a segurança. O número total de mortes é controverso: houve num primeiro momento cerca de 3.000 mortes diretas, mas estima-se que outras 10 mil ocorreram devido a doenças relacionadas à inalação do gás. A Union Carbide, empresa de pesticidas de origem americana, negou-se a fornecer informações detalhadas sobre a natureza dos contaminantes, e, como consequência, os médicos não tiveram condições de tratar adequadamente os indivíduos expostos. Cerca de 150 mil pessoas ainda sofrem com os efeitos do acidente e aproximadamente 50 mil pessoas estão incapacitadas para o trabalho, devido a problemas de saúde. As crianças que nascem na região filhas de pessoas afetadas pelos gases também apresentam problemas de saúde. Mesmo hoje os sobreviventes do desastre e as agências de saúde da Índia ainda não conseguiram obter da Union Carbide e de seu novo dono, a Dow Química (*Dow Chemicals*), informações sobre a composição dos gases que vazaram e seus efeitos à saúde humana. A fábrica da Union Carbide em Bhopal permanece abandonada desde a explosão tóxica, enquanto que resíduos perigosos e materiais contaminados ainda estão espalhados pela área, contaminando o solo e as águas subterrâneas, dentro e no entorno da antiga fábrica. Hoje sabe-se que o composto químico era o isocianato de metila. <http://www.estadao.com.br/noticias/internacional.indiacondena-8-pessoas-poracidenteembhopal>. Acesso em 10 de agosto de 2017.

¹⁵ O **desastre de Chernobyl**, foi um acidente nuclear catastrófico, o que ocorreu em 26 de abril de 1986 na central elétrica da Usina Nuclear de Chernobil, na República Socialista Soviética da Ucrânia. Uma explosão e um incêndio lançaram grandes quantidades de partículas radioativas na atmosfera, que se espalhou por boa parte da União Soviética e da Europa Ocidental. O desastre é o pior acidente nuclear da história em termos de custo e de mortes resultantes, além de ser um dos dois únicos classificados como um evento de nível 7 (classificação máxima) na Escala Internacional de Acidentes Nucleares (sendo o outro o Acidente nuclear de Fukushima I, no Japão, em 2011). A batalha para conter a contaminação radioativa e evitar uma catástrofe maior envolveu mais de 500 mil trabalhadores e um custo estimado de 18 bilhões de rublos. Durante o acidente em si, 31 pessoas morreram e longos efeitos a longo prazo, como câncer e deformidades ainda estão sendo contabilizados. Trinta anos depois, o desastre de Chernobyl continua acontecendo. Mais de 5 milhões de pessoas ainda vivem em locais contaminados por radiação, mas que não

de um reator da central nuclear atingiu as três antigas repúblicas soviéticas vizinhas, e o componente químico radioativo Césio-137 se espalhou pela atmosfera. Aproximadamente 14 países da Europa, foram contaminados, em quantidades radioativas não desprezíveis, ainda que inferiores. Foram identificados no ano seguinte mais de 400 casos de câncer de tireoide, leucemia, bem como comunidades inteiras foram reassentadas e agressão a natureza.

Em 1987, no Brasil, no estado de Goiânia, o desastre conhecido como o **Césio**¹⁶, ocorreu após recicladores encontrarem um aparelho de radioterapia em um espaço desativado onde funcionava um Instituto de Radioterapia. A irrefutável irresponsabilidade da instituição que abandonou um aparelho com riscos em espaços de acesso e sem proteção possibilitou que o mesmo fosse manuseado e a, remoção de peças sem o manuseio correto, expôs o ambiente a cloreto de césio-137 (CsCl) -seu pó branco que, no escuro, brilha com uma coloração azul, o que provocou curiosidade e expôs muitas pessoas. Com a exposição do Césio – 137 e parte das peças revendidas a um ferro velho, aumentou a expansão territorial afetada e o número de pessoas. As vítimas ainda reclamam dos resultados das sentenças judiciais pois os responsáveis, culpados por homicídio culposo, tiveram sentenças revertidas a três anos e dois meses de prestação de serviços à comunidade. As vítimas denunciam a omissão do governo com relação à assistência médica, acesso a tratamento e medicamentos, e organizaram uma associação de vítimas contaminadas do Césio-137. A contaminação gerou discriminação contra os goianos, que, até hoje, lutam para resgatar a cidadania das vítimas contaminadas.

estão dentro na zona de exclusão. Famílias inteiras estão expostas diariamente à radiação por meio de sua comida, água ou pela terra contaminada. <http://www.greenpeace.org/brasil/pt/O-que-fazemos/Nuclear/mapa-da-radioatividade/> Acesso em 10 de agosto de 2017.

¹⁶ No dia 13 de setembro de 1987, um aparelho contendo uma peça radioativa foi achado e aberto por catadores de papel, em Goiânia. O equipamento estava num prédio abandonado onde funcionava uma clínica desativada. Os homens acharam que se tratava de sucata e venderam o fragmento a um ferro-velho. A cápsula projetava uma luz brilhante que despertou curiosidade, e muita gente acabou manuseando o material. O acidente foi descoberto duas semanas depois. Após os primeiros sinais de contágio pela radioatividade, a peça foi levada à Vigilância Sanitária, que constatou tratar-se de material tóxico. A partir de então, casas e ruas foram isoladas, e a cidade foi invadida por especialistas e técnicos em radiação. Moradores fizeram testes para saber se estavam contaminados. Os primeiros atendimentos foram no Estádio Olímpico de Goiânia, e os casos mais graves foram transferidos para o Rio de Janeiro. Mais de mil pessoas foram contaminadas por radiação de césio-137. Na ocasião, quatro morreram. Mas, estima-se que dezenas de pessoas faleceram em consequência de complicações desenvolvidas a partir da contaminação pelo césio 137. <http://memoriaglobo.globo.com/programas/jornalismo/coberturas/acidente-radioativo-em-goiania-cesio-137/acidente-radioativo-em-goiania-cesio-137-a-historia.htm> Acesso em 10 de agosto de 2017.

O Furacão Katrina nos EUA (2005)¹⁷, apesar de ter sido considerado um desastre ambiental, provocado por grande tempestade catastrófica. Relatório da Sociedade Americana de Engenheiros Civis, teve nas falhas do sistema de defesa contra inundação a causa dos danos a Nova Orleans. O relatório sugere que material inapropriado, como solos arenosos, podem ter sido usado na obra da barragem. O Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008, publicado para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), revela que o desastre provocou impacto nas vidas de centenas de pessoas, sendo as áreas mais atingidas as da população mais pobre e vulnerável. Regiões que, anteriormente ao furacão Katrina, já apresentavam taxas de pobreza infantil, estando entre as mais altas taxas de pobreza nos Estados Unidos com uma criança, em cada três, vivendo abaixo do limite da pobreza, com acesso à rede de saúde já limitada, e com cerca de 750.000 pessoas sem cobertura de seguro de saúde. O relatório aponta que *“Os danos causados pelas inundações se cruzavam com as profundas desigualdades raciais (taxas de pobreza entre pessoas de raça negra três vezes mais altas do que entre as de raça branca). Estima-se que 75 % da população residente em bairros inundados era de raça negra. Duas das mais pobres e vulneráveis comunidades da cidade, Lower Ninth Ward e Desire/Florida, foram totalmente devastadas pelo Katrina”* (pág. 97, 2007/2008). Novamente o desastre associado a contextos de vulnerabilidade social, ainda que provocados pela natureza são as populações mais vulneráveis que sofrem mais. Três dias antes de o desastre ocorrer, a governadora solicitou ao governo federal 700 ônibus para evacuar os sobreviventes, sendo que apenas 100 ônibus foram enviados. Tal descaso impossibilitou que milhares de pessoas deixassem as regiões de risco, principalmente nas áreas mais vulneráveis. Em 2010, o **vazamento de petróleo no Golfo do México, considerado** o maior desastre ambiental da história dos Estados Unidos, ocorreu quando a plataforma Deepwater Horizon pegou fogo. Com o impacto da explosão, as tubulações no fundo do oceano foram rompidas, dando início a um vazamento de petróleo. O sistema automático, uma válvula no fundo do mar, deveria ter fechado imediatamente, o equipamento de emergência falhou e a plataforma afundou, a tampa do poço ficou aberta, gerando o vazamento de óleo por 87 dias. Os danos ao ecossistema são ainda objetos de estudo e análise e de tentativas de minimizar os impactos ambientais, sendo que para muitas espécies marítimas, os impactos foram irreversíveis. Em 2011, em **Fukushima**,

¹⁷ O furacão que chegou a ser classificado como de categoria 5 causou sérios danos ao Litoral Sul do EUA. A cidade mais atingida foi Nova Orleans, no Estado da Louisiana, mas o Mississippi e o Alabama também foram severamente afetados. O Katrina é considerado o pior furacão da história americana.

no Japão o segundo maior desastre nuclear da história depois de Chernobyl. O impacto do desastre dura até hoje, pois uma quantidade de água radioativa impossibilita o problema de limpeza do local. Pesquisas e alternativas ainda estão sendo testadas para desativar o reator submerso no mar. Nenhuma pessoa morreu por exposição à radiação, mas a OMS (Organização Mundial da Saúde) apontou que, devido às remoções e condições de moradia, aproximadamente 1.600 pessoas vieram a óbito devido as condições inadequadas das habitações temporárias. O desastre alertou a comunidade internacional e a ONU a preparar a Plataforma de Sendai¹⁸ para a Redução do Risco de Desastres, adotada na 3ª Conferência Mundial sobre Redução do Risco de Desastres, a qual aponta para a importância de investir em projetos para a redução do risco, aprimorando o processo de recuperação, reabilitação e reconstrução das regiões atingidas por desastres.

Esses desastres impuseram pesquisas e estudos e as concepções e compreensões sobre desastres acompanharam a evolução social e os sentidos diversos ao longo do processo histórico. Evoluindo da compreensão a Idade Média, os desastres eram relacionados a razões divinas e contestar uma situação de desastre era “afrontar os deuses”. As concepções se ampararam na ideia de destino e castigo. Essas concepções vinculadas à ordem religiosa perderam o poder com o iluminismo e seus ideais de modernidade e progresso. O terremoto na cidade de Lisboa em 1755, com focos de incêndio, seguido de um tsunami, que destruiu a cidade. É relatado por Daniel Farber¹⁹, como o primeiro desastre moderno, pois, apesar da forte influência católica e protestante para justificar e designar os resultados de um desastre como “vontade divina”, pela primeira vez foi exigido governo ações de transformação e recuperação (FARBER, 2007).

Carvalho (2013) aponta que é a partir do pensamento iluminista e da modernidade que os desastres “*passaram a consistir em eventos que servem de importante ponto de partida evolutivo, exigindo reflexões, tomadas de decisão e, acima de tudo, antecipação pelos governantes, gestores privados e população em geral*”. (p. 21, 2013). O tema

¹⁸ O acordo é um plano global para reduzir mortes, ferimentos e o número de pessoas atingidas e perdas econômicas causadas por fenômenos naturais, também querem melhorar e fortalecer o diálogo e a cooperação no setor, incluindo com governo, cientistas, especialistas em tecnologia e outras organizações da sociedade civil. Acesso em 11 de agosto de 2017 em: <http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/2016/06/paises-anunciam-prioridades-para-reduzir-riscos-de-desastres-naturais/#.WZY5uSiGPIU>

¹⁹ Daniel Farber apresenta em seu livro *Disaster Law and Inequality* (desastre lei e desigualdade) publicado em 2007.

desastres é alvo de especulações e debates que circulam tanto no universo acadêmico, como nas instituições civis e nas ruas, por todo impacto que gera.

Pensar em prevenção, diminuição de impasses e preparação para a tomada de decisões, é necessário reconhecer a importância das ações educativas e a sua inserção tanto na educação formal como informal, através de formação e capacitação, na socialização de informações, preparando e proporcionando o conhecimento às diversas situações de risco e os diversos tipos de desastres a partir das experiências acumuladas, a fim de fortalecer a capacidade de organização para enfrenta-lo. Jacobi (2017, p. 4) ressalta que *“reconhecer os riscos e saber atuar frente a eles são conhecimentos importantes para garantir a segurança social e a vida humana”*. Por isso, a socialização de conhecimentos acumulados sobre desastres é essencial para avanços educacionais. Porém, Jacobi (2013) alerta que apenas a transmissão de conhecimento e assimilação de conhecimentos pré-estabelecidos não são suficientes para contribuir na construção de uma sociedade baseada em sustentabilidade e resiliência²⁰, e reconhecer e valorizar saberes, e as experiências locais de populações que vivem ou vivenciaram formas de organização e convivência em situações de desastres, é essencial para a formação e compreensão.

A educação para a sustentabilidade no contexto de riscos de desastres com impacto mobilizador vai além da difusão de informações tecnocientíficas e de procedimentos de autoproteção, caminha, na verdade, por meio de processos comunicativos multidialogados, troca de conhecimento e negociações e a busca por melhorias e soluções adequadas ao contexto. Essa abordagem é fundamental na perspectiva contemporânea de transição para uma sociedade baseada na sustentabilidade e resiliência. (JACOBI, 2017, p. 4).

No ano de 2000, a UNESCO lançou “Década das Nações Unidas da Educação”, para o Desenvolvimento Sustentável 2005-2014, apontando que os governos deveriam implementar em seus planos de ensino educacional o conceito de educação para a preparação frente aos desastres naturais, a fim de promover a consciência pública e o engajamento civil (SULAIMAN, 2014).

²⁰ O termo resiliência possui diversas definições, a qual deriva de várias disciplinas, entretanto sua essência indica a capacidade de algo ou alguém enfrentar uma adversidade decorrente de evento/ameaça anormalidade, muitas vezes inesperada, de se recuperar e depois retornar à normalidade. Porém o termo resiliência vem sendo adotado como uma abordagem mais proativa na estratégia para a Redução de Riscos a Desastres (RRD). A Estratégia Internacional para a Redução de Riscos a Desastres (EIRD), defini resiliência aos desastres como “a capacidade de um sistema, comunidade ou sociedade expostos a ameaças de resistir, absorver, adaptar-se e recuperar-se dos seus efeitos em tempo hábil e de forma eficiente, o que inclui a preservação e restauração de suas estruturas essenciais e funções básicas” (GÜNTHER, 2017, p. 37).

Apesar de não apresentar dados estatísticos que o Brasil efetivou em seus planos educacionais à educação em desastres (2012) com um guia para gestores públicos locais denominado “Como Construir Cidades Mais Resilientes”, elaborado pelo Escritório das Nações Unidas para Redução de Desastres. Com o objetivo de implementação do Marco de Hyogo, na III Conferência Mundial sobre a Redução do Risco de Desastres, na qual foi adotado, por países membros da ONU, o Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015-2030. Guia que prevê programas de educação e treinamento sobre a redução de riscos de desastres para escolas e comunidades.

A educação, como estratégia para a redução de riscos e desastres, aponta a importância do conhecimento técnico e prático, atrelado com a mudança de comportamento por parte dos envolvidos em áreas de risco, fortalecendo o desenvolvimento de uma cultura de prevenção com a sua abordagem voltada à comunidade, por meio de uma educação horizontalizada, coletiva e participativa, com as estratégias de ação construídas local e comunitariamente. Do contrário, estratégias construídas de forma fragmentada e verticalizada correm o risco de promover a opressão e a vulnerabilidade. (JACOBI, 2013) A educação em desastres alerta para a importância das capacitações se estenderem às chamadas “pessoas comuns”, e não somente a técnicos e profissionais.

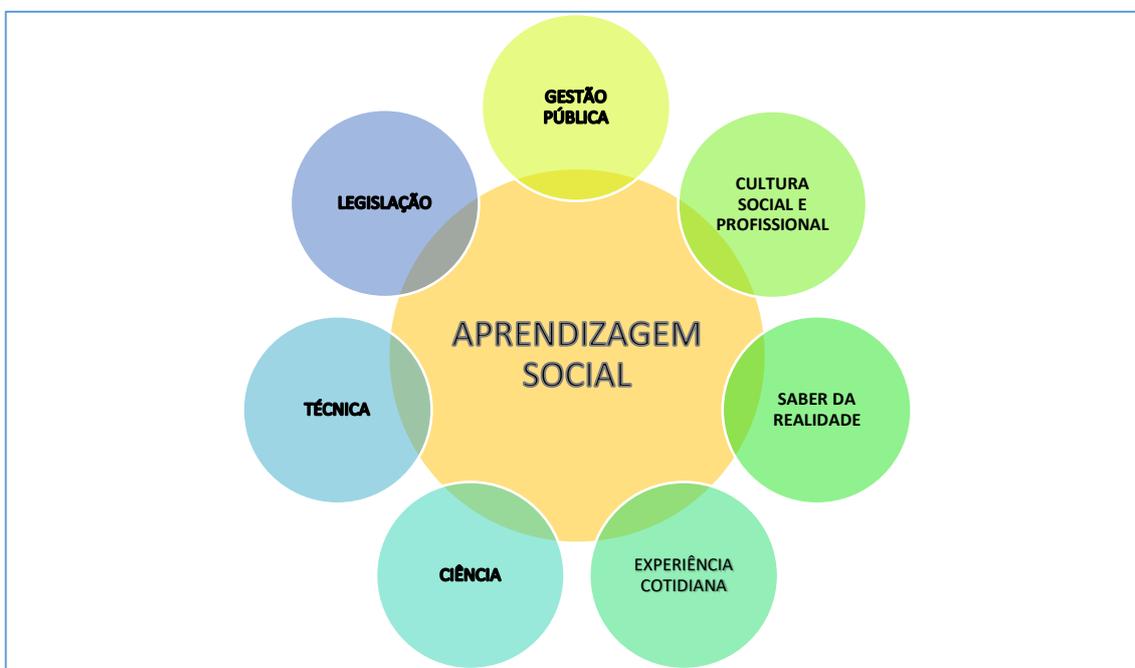
No que se refere à educação em desastres, os resultados da pesquisa evidenciam a necessidade de preparação das equipes em diferentes tipos de desastres, pois se por um lado revela profissionais altamente qualificados com formação voltada para a saúde pública e gestão pública, por outro lado aponta a ausência de experiência e formação específica em uma situação de desastres. Parte do segmento da expertise em situações de desastres e dos profissionais que atuam na saúde pública do estado do Rio Grande do Sul, tem sua atuação em unidades de urgência e emergência e na atuação em situações de desastres ambientais o qual é mais recorrente no estado. Os entrevistados apontam a falta de expandir o assunto no âmbito acadêmico, promovendo a formação e a capacitação. (...) *O que eu tinha era a experiência de ter vivido algumas situações, por estar na coordenação do Estado, em relação a enchente. Então, a gente teve um episódio, que foi talvez o primeiro episódio, que foi uma enchente em São Lourenço do Sul, que foi um pouco assim (...) (entrevista /GE).*

A educação, na perspectiva de construção coletiva, local e comunitária possibilita que a população perceba o risco em sua comunidade e adote comportamentos indicados frente a um desastre, promovendo mudanças comportamentais. Contudo, para isso, o

processo de educação deve ser baseado na transmissão e assimilação de informações para ampliar a compreensão de conhecimentos técnicos científicos, possibilitando a percepção do risco. (JACOBI, 2013)

A autora Kilvington (2010) ressalta a aprendizagem social como um conceito novo, normativo global, pois a diversidade de opiniões dos “stakeholder” (ou partes interessadas), seja esses planejadores, organizações não governamentais, políticos, devem dialogar e interagir com pesquisas científicas/pesquisadores, povos indígenas, comunidades, entre outros, para subsidiar as tomadas de decisões, ampliando a qualidade e validade social. Dessa forma, a autora afirma que a integração entre “stakeholder” permite construir uma mediação entre os diferentes pontos de vista, atrelando as fontes de informação, para apoiar a decisão coletiva, promovendo um processo de decisão coletiva de ações mais adequadas a serem implementadas a cada caso. Porém, esse processo educativo pouco é utilizado durante tomada de decisão diante de um desastre. Essa forma de aprendizagem propõem ações horizontais, todas são sujeitas a capacidades reconhecidas e envolve desde a gestão, profissionais e comunidade. O processo de aprendizagem social foi sistematizado esquema.

Figura 1 - Processo de Aprendizagem Social



Fonte: Esquema construído pela autora, tendo como base Kilvington (2010).

O processo de aprendizagem social é relevante para a prevenção de desastres à medida que possibilita o diálogo entre ciência, técnica, legislação e gestão pública com a cultura social, profissional, experiências cotidianas e o saber da realidade, por meio de um processo contextualizado, participativo e compartilhado de forma que os desastres sejam resolvidos em uma perspectiva que priorize os interesses comunitários.

Quanto às situações de desastres ambientais ocorridas no estado do Rio Grande do Sul, as entrevistas revelam que as práticas integradas de ensino + experiência em desastres surgiram da vivência e necessidade de reforçar e promover equipes qualificadas para esse tipo de situação. Diante disso, a gestão estadual da política de saúde à frente de um episódio de desastre ambiental promoveu articulação com alunos de residência multiprofissional em saúde, com o objetivo de qualificar trabalhadores na saúde. É uma ação focal, para um determinado episódio de desastres, e a interlocução entre academia e serviço, que poderia se tornar um espaço de formação permanente, se limitou a atender e capacitar para um episódio específico de desastre. Essa interlocução deveria ser permanente, contínua e consistente.

A gente começou a usar essa tecnologia nas outras enchentes também. Criamos na época em parceria com a Escola de Saúde Pública, já para o episódio de São Lourenço, uma parceria com os residentes. De levar os residentes a viver esse tipo de processo, criar uma equipe de trabalho, ter uma supervisão e uma tutoria específica para isso. (Entrevista /GE)

A troca de conhecimento e experiências, atrelados às demandas e interesses, potencializam a realização de uma abordagem mais contextualizada diante de situações de desastres, evidenciando fragilidades e os esforços disponíveis na construção de soluções. O desafio de fortalecer a prática da aprendizagem social está na construção do diálogo e mediação entre as diferentes visões de mundo e interesses individuais e coletivos diversidade de opiniões. Se a aprendizagem social for uma ação possível, essa possibilitará o aumento da capacidade de formas colaborativas, estímulo de participação mais ativa da sociedade e fortalecimento do compromisso coletivo e das práticas de cidadania voltadas para uma sustentabilidade e redução de risco de desastres.

A seguir apresenta-se o estudo pioneiro do Sociólogo Samuel Prince (1920). O qual apresenta os resultados evidenciados após o desastre ocorrido na cidade de Halifax. O estudo permite ampliar o conhecimento acerca dos desastres e fazer interlocuções com situações vivenciadas atualmente. Este estudo analisa o desastre em uma compreensão de

causa/efeito, porém pela importância histórica enriquece o conhecimento a cerca sobre desastres, por ser o primeiro estudo a se dedicar a esta temática.

2.2.1 Catástrofe e Mudança Social: O Desastre de Halifax²¹

“A catástrofe rompe com a matriz dos costumes. A vida social fixada pelo passado ganha uma “fluidade” que oportuniza mudanças sociais permanentes” (Samuel Prince)

A tese de doutorado em sociologia Samuel Prince²² intitulado *“Catastrophe and Social Change Based Upon a Sociological Study of the Halifax Disaster”* apresentado à universidade de Columbia, em 1920. É o primeiro estudo sobre *desastre*, tendo como objeto o desastre ocorrido na cidade do Canadá, em 1917 na pesquisa conhecida como “Desastre de Halifax”. Prince, natural da cidade de Halifax, Canadá, e por orientação de seu professor Giddings, foi incentivado a analisar “sociologicamente” os eventos ocorridos com a comunidade após o desastre.

O autor, durante o seu estudo, utiliza os termos catástrofes e desastres; sendo que o termo catástrofe é usado para descrever as repercussões sociais, e o termo desastre é utilizado quando se refere ao choque envolvendo os dois navios.

O desastre, analisado por Prince (1920), ocorreu no dia 06 de dezembro de 1917,²³ às nove horas da manhã, quando um navio de bandeira francesa, carregado com explosivos, armas e produtos químicos destinados aos esforços de guerra na Europa partiu antes da hora do porto de Halifax com destino à Inglaterra. O comandante do navio francês saiu do porto sem comunicar as autoridades portuárias, e no mesmo horário, entrou no canal um navio de bandeira Belga com tripulação norueguesa, que teve sua frente bloqueada por um navio francês de passageiros. Para cumprir seu plano de

²¹ O estudo apresentado acima, foi construída através de tradução literal da tese de Samuel Prince, com a realização de leituras sistemáticas e resumos na fonte para compreensão e sistematização da obra.

²² Samuel Prince é natural de Halifax, sua primeira atividade foi como curador da igreja de Sant Paul em Halifax no ano de 1912 (mesmo período que ocorreu o acidente com o navio do Titanic a qual exerceu funções religiosas com familiares e vítimas), após exerceu a função com capelão do exército. Após o desastre de Halifax em 1919, se vincula a universidade de Columbia em Nova York ao curso de ciência política e sociologia, com o intuito de apresentar a sua tese relacionada ao acidente de Halifax. Após a defesa de sua tese em 1941 fundou a escola Marítima de Trabalho Social, voltadas para situações de desastre.

²³ Nesse período ocorria a primeira guerra mundial (os países da França, Inglaterra e Rússia guerrilharam contra Alemanha, Império Austro Húngaro e Turquia), o transporte de armamentos fazia parte do apoio do Canadá a Inglaterra.

navegação, o curso do navio belga foi alterado, ficando frente a frente com o navio armamentista francês (PRINCE, 1920).

O comandante francês ordenou o prosseguimento da rota, exigindo que o navio belga mudasse o curso. Como estava bloqueado nas laterais, o comandante norueguês ordenou a ré, mas, dada a velocidade que vinha em oposição às ondas contrárias, jogaram o navio para o centro do canal, ficando em posição de colisão com o navio francês. Além disso, a força da ré produziu faíscas que causaram um incêndio no convés do navio belga. Como estava muito pesado pela quantidade de armamentos, o comandante francês ordenou a evacuação do seu navio, novamente, não comunicou ninguém no porto. Vinte minutos após o alarme de evacuação, os navios explodiram com o choque, gerando uma coluna de fumaça que escureceu o céu de Halifax. O desastre provocado pela explosão das cargas militares produziu um tsunami no canal que causou duas mil mortes, nove mil feridos, mil e quinhentos desabrigados, destruiu o porto, rodovias, parte central da ferrovia e mais de dez mil prédios públicos e residências- foi o maior desastre ocasionado por uma explosão antes de Hiroshima (PRINCE, 1920).

O sociólogo relata, em sua tese, que o terror tomou conta da população local que acreditava que a cidade havia sido bombardeada pelos alemães, e evitar de pedir socorro porque a invasão à cidade era iminente. Conforme os dados colhidos em entrevistas e análise de reportagens, a “vida social”²⁴ desapareceu da cidade de Halifax até que as primeiras medidas começaram a ser desenvolvidas. Foi o desaparecimento temporário da “vida social” que provocou a análise da relação entre catástrofe e mudança social, a tese de Prince é que os momentos posteriores a grandes tragédias podem produzir mudanças sociais significativas na ordem social de uma comunidade, e representar ruptura com as tradições e costumes vigentes, inaugurando uma nova era de progresso ²⁵ (aperfeiçoamento dos costumes). O choque causado pela explosão teria perturbado a tal ponto as normas e regras sociais que houve uma alteração no “fluxo das relações sociais”, produzindo mudanças (econômicas, organização do planejamento urbano, preocupação com a segurança, com a saúde, entre outras) o que não seria possível ou imaginável sem o desastre. O acúmulo teórico da sociologia no início do século XX, nos Estados Unidos, e os principais conceitos em voga na época quanto mudança social x catástrofe se tornam problemas de interesse acadêmico.

²⁴ Termo utilizado por Samuel Prince para descrever a organização coletiva.

²⁵ Para Samuel Prince, A tendência da comunidade é a repetição, então a mudança só pode provir de uma mudança externa a sociedade, acidentes, guerras, tragédias etc.

A tese de Prince está afinada com as ideias positivistas da sociologia europeia, para a qual a tarefa do sociólogo é explicar pela observação empírica a “estática social” (ordem e estabilidade das relações sociais) e a “dinâmica social” (mudança nos processos sociais). Todas as sociedades tendem a produzir alguma forma de ordem social, padrões e regularidades de comportamento que “se impõem” aos indivíduos pelo hábito, tradições, costumes, folclore, moral e pelas leis. Há uma tendência dominante à reprodução dos comportamentos aprendidos na família ou nos grupos maiores, como no trabalho. Embora a estabilidade social predomine, é inevitável que mudanças ocorram para a organização da vida social. Para o positivismo, a mudança social era objeto de análise detalhada: quais fatores no processo social geram mudanças? Quais as leis da organização social? Como surgem as inovações? Para o positivismo, por exemplo, na França (Le Play) a “dinâmica social” é fruto de um acúmulo de pequenas mudanças em hábitos e costumes, que, de forma quase invisível, resultam em mudanças nas regras da estática social. Ou poderiam ser produzidas por perturbações “não racionais” e acidentais como guerras, epidemias, revoluções (PRINCE, 1920).

Outras duas influências teóricas são fundamentais para o trabalho de Prince: a psicologia social de Le Bon e a sociologia da “imitação” de Gabriel Tarde. Le Bon com uma visão negativa da ação coletiva, percebe as multidões e seus movimentos como dotados de irracionalidade, devotados à reprodução de emoções e instintos primitivos (PRINCE, 1920). Nesta perspectiva Prince interpreta que as primeiras horas da catástrofe produzem efeito “emocional” que rompe com o status quo, com as regras e normas sociais, anulando a vida social e conduzindo as pessoas para um estado primitivo de ordenamento social governado pelos instintos. É a sociedade, por meio de hábitos, costumes, normas e leis, que “humanizam” os indivíduos (PRINCE, 1920). A teoria da mudança social de Prince e as principais categorias da sociologia americana devem seus *insights* iniciais ao trabalho do sociólogo francês Gabriel Tarde²⁶, com sua “teoria da imitação social”.

Assim, entre os positivistas, a tendência predominante nas sociedades é a repetição do comportamento a partir da interação entre os indivíduos em determinado grupo social. Entretanto, há momentos em que as repetições de comportamentos encontram alguma

²⁶ Tarde foi introduzido nos Estados Unidos pelo próprio orientador de Prince, Giddings. Basicamente, a teoria de Tarde coloca o foco da sociologia na interação social cotidiana. Os hábitos, costumes e normas sociais são produzidos e reproduzidos pela “imitação”, e esta imitação se desenvolve a partir de três etapas: repetição, oposição e adaptação.

forma de oposição nas interações sociais, nesse caso ocorre um processo de adaptação que produz novas normas, hábitos e costumes. Ainda, para Gabriel Tarde, é possível que alguns indivíduos atuem ainda de forma “criativa” são os chamados inovadores: inventam práticas, modas, formas de conduta que são repetidas pelos diversos grupos sociais. Enfim, as sociedades tendem ao “conservantismo,” à manutenção do status quo, à repetição, à preservação e reforço de costumes e hábitos. Explicar a mudança social, como aspecto dinâmico da vida social ou adaptação, é uma atividade fundamental do sociólogo.

A mudança social acontece como resultado de perturbações e distúrbios nos processos sociais, é preciso a ação de forças de “oposição” ao status quo para que sejam quebrados os hábitos e costumes que estruturam as relações sociais. Dessa forma, são dois tipos de fatores ²⁷que provocam esses distúrbios e rupturas: “Fatores intra-sociais e “Fatores extra-sociais (PRINCE, 1929).

Seguindo seu argumento, Prince levanta a hipótese que o “desenvolvimento das sociedades” pode ser comparado com base nos acidentes, catástrofes, guerras, conflitos que determinadas sociedades encontraram no seu curso. O nível e a intensidade das tragédias sociais possibilitam às sociedades a inovarem e produzirem adaptações tanto tecnológicas quanto morais.

E a mudança social envolve aspectos sociais e psicológicos: rápidas mutações acompanhadas de profundas interferências no equilíbrio social, quebrar o status quo, dissipar a inércia mental e sobrepõe outras tendências resistentes à modificação estrutural”. A modificação estrutural e “dissipação da inércia mental” somente podem ser produzidas por um choque muito violento, a catástrofe: “um evento que produz uma subversão na ordem ou no sistema das coisas”.

O trabalho de Prince se estribou em verificar se o nível e o grau da explosão em Halifax foram suficientes para produzir mudanças no equilíbrio social da cidade, para isso estudar os desastres ocorridos em São Francisco e Chicago (ambas incêndio), concluindo que a principal mudança ocorrida nessas cidades foi a adoção do planejamento urbano e de um “processo de socialização” em catástrofes que preparou a população para eventos coletivos futuros, criando uma cultura da prevenção e do cuidado (PRINCE, 1920).

²⁷ a) “Fatores intrasociais” – que surgem de dentro dos grupos sociais pelo processo social regular, que ele chama adaptação ou imitação, e b) “Fatores extrasociais” – surgem de fora do grupo social, seriam “estímulos” como eventos, acidentes, eventos estranhos ou dramáticos. Estes últimos fatores, estranhos ou externos, são os que provocam as mudanças mais “rápidas” e “aceleradas”. Elas elevam o nível de fluidez das relações sociais, destroem os hábitos enraizados e permitem que novas formas de comportamento e regras sociais estruturam as novas relações sociais.

As observações de Prince se debruçaram sobre a desintegração social, os aspectos psicológicos das massas, a organização social, o que ele chamou de economia social²⁸ e os serviços de socorro denominou como “serviços de alívio” às pessoas afetadas. Cada um desses aspectos enfatizou os efeitos sobre as condições individuais e a organização coletiva da cidade, sendo que à “desintegração social” (se refere a quebras de relações sociais, culturais, a dissolução da sociedade), exemplificada pelo autor com o de que até o início das ações de socorro a cidade desapareceu, os cidadãos deixaram de existir²⁹ e se transformaram em uma multidão de indivíduos isolados e desordenados. A estrutura de serviços de transporte, comunicação, abastecimento e mesmo o policiamento parou de funcionar, romperam-se as estruturas que garantiam a “estática social” (organização social). A sociedade se dissolveu nos seus elementos individuais, sem normas e regras que a ordenassem contribuindo para a imagem de abandono e isolamento e peregrinação pelas ruas de indivíduos feridos e mutilados sem saber para onde se deslocar. Corpos de pessoas mortas pelas ruas, casas, igrejas e praças destruídas, cena foi multiplicada pelo pânico de uma “iminente” invasão alemã com feridos e não feridos em suas casas escondidos (PRINCE, 1920).

Estavam presentes as cinco características principais dos desastres: mortes, ferimentos permanentes, ferimentos temporários, perdas de propriedades pessoais e perda de propriedades materiais. Diante do caos que se tornou a cidade nas primeiras horas, somente um exército permaneceu em condições de enfrentar, de forma organizada, disciplinada e ordenada para as primeiras iniciativas de socorro.

Ao procurarem a prefeitura da cidade, se iniciou uma auto-organização de voluntários para o socorro da comunidade que precisava de tudo: médicos, comida, remédios, roupas. Participaram “visitantes” na cidade que não tinham parentes no local e foram os primeiros a se voluntariar, os moradores da cidade, foram dominados por uma situação de atordoamento e letargia (PRINCE, 1920).

A catástrofe é rápida e efetiva em desorganizar a sociedade, mas a reorganização dos processos sociais é mais lenta, reagindo sobre os estímulos das catástrofes- há “ajustes” sobre pressões circunstanciais das novas condições. Toda sociedade produz uma

²⁸ Para Prince, o termo economia social se refere ao funcionamento dos setores de produção da economia na sociedade (transporte, alimentação, comércio, abastecimento, logística e demais serviços públicos).

²⁹ Samuel Prince, o termo cidadãos adotado está relacionado a um conceito aristotélico, onde o sujeito está submetido a leis.

ordem social, tenta restabelecer os antigos padrões e hábitos, mas esses hábitos e padrões já não podem ser os mesmos do dia anterior (PRINCE, 1920).

Para o pesquisador os aspectos psicológicos enfatizam a desestruturação social; quando a sociedade se dissolveu, o comportamento irracional das massas predominou; letargia, alucinação, delírios coletivos, choque nervoso e briga por proteção, pão e abrigo entre pessoas de diversos níveis sociais. Com a explosão se deixaram guiar, exclusivamente, por instintos e emoções, demonstrando temor, ira e simpatias nunca exacerbada, com uma sensação de paralisia, perda de esperança e deficiência, a sensação de choque tão grande que as pessoas pareciam não ter dor. Até os animais, apresentavam comportamentos diferentes. A longo prazo, as situações de estresse vivenciadas pelas explosões aprimoraram os distúrbios glandulares, de modo que muitas doenças adormecidas como diabetes, tuberculose, hipertireoidismo se tornaram frequentes após o desastre. Outros aspectos foram os casos relatados pelos jornais: pessoas que viam zepelins alemães no ar jogando bombas na cidade, ou os navios de guerra alemães no mar prontos para desembarcar na cidade, pessoas que ficaram nos escombros de suas casas relatando todos os seus pecados em confissão porque viam imagens de anjos do apocalipse nas fumaças da explosão. O choque nervoso não afetou somente as vítimas diretas, mas também os voluntários dos comitês de ajuda: militares e médicos trabalharam mais de cinco dias sem descanso as equipes médicas sofreram sob a forte carga emocional e alguns médicos repetiram mecanicamente os atos relacionados com as operações realizadas (PRINCE, 1920).

O choque faz com que os instintos se sobreponham às normas, convenções, costumes e ao direito, foram relatadas situações de roubo e assalto, vítimas feridas nas ruas, como mulheres, tiveram bolsas e casacos roubados, assim como lojas, casas, roupas de feridos e dinheiro. A polícia deixou de atuar, já que os policiais em condições, priorizaram cuidar dos seus entes queridos. Nos dias seguintes houve casos de abuso por quem tinha alguma forma de poder, os proprietários aproveitaram para subir o valor dos aluguéis, de modo que a prefeitura criou uma multa para coibir essa prática, outros comerciantes exageraram no aumento de preços de itens de primeira necessidade (PRINCE, 1920).

O autor enfatiza, por diversas vezes, a relevância dos militares para o restabelecimento da organização social e exemplos de mútua ajuda, solidariedade, vindo de cafés, farmácias e construtoras que ofereceram seus serviços gratuitos. Uma ampla

rede de serviços e auxílio mútuo se formou para cuidar de doentes e feridos, assim como para reconstruir casas, igrejas e hospitais (PRINCE, 1920).

No que se refere à reorganização social, Prince (1920) reitera o papel fundamental dos militares, a organização militar e a presença da hierarquia como fundamentais no momento do desastre, pois foi à primeira organização a tomar consciência da catástrofe e iniciar o socorro às vítimas e o patrulhamento da cidade. Ainda outras duas organizações foram essenciais: os bombeiros e os atletas náuticos, sendo que os bombeiros demoraram a responder por que o comandante havia morrido com a explosão, retomando as atividades de salvamento. E, os atletas do clube náutico se dirigiram à prefeitura como voluntários (PRINCE, 1920).

A importância de membros de outras organizações que permaneceram em seus postos no dia da explosão, por exemplo o telegrafista não abandonou o local em chamas e enviou 92 mensagens de socorro para cidades próximas. Foi através dessas mensagens que o governo provincial pode enviar ajuda no dia seguinte, e a mesma atitude teve o chefe de turno da via férrea que informou as outras estações e desviou as linhas de trem para os ramais afastados do porto, evitando uma tragédia maior (PRINCE, 1920).

Embora estivessem na prefeitura, as autoridades públicas pouco atuaram diretamente nos comitês de socorro e os comitês de socorro foram majoritariamente formados por visitantes da cidade, cidadãos voluntários e equipes especialistas vindos de outras cidades. Uma das poucas autoridades públicas a atuar diretamente nas primeiras horas foi o vice-prefeito, que montou um comitê central de socorro e ajudou a preparar um projeto de plano de emergência junto com o conselho municipal, esse plano foi o guia inicial da organização dos comitês.

A autogestão que caracterizou os serviços de socorro e recuperação foi objeto de críticas de lideranças políticas da cidade, que se tornaram meros formalizadores das decisões do comitê central de socorro. Na prática, foi esse comitê que administrou a cidade nas primeiras semanas; foram as equipes de fora, vindas por ordem do Governador e do Primeiro Ministro, que estruturaram as ações de socorro e recuperação da cidade. Diversos comitês foram criados: um comitê para gerenciar fundos públicos e privados recebidos para auxílio às vítimas; comitês para distribuição de pães, remédios e materiais de construção e hospitais foram improvisados em igrejas, estacionamentos e escolas a cidade toda se tornou um imenso acampamento de refugiados. Os poderes públicos, nos meses seguintes, seguiram o único rito de atender as exigências dos comitês (PRINCE, 1920).

A presença de profissionais e especialistas de fora de cidade, embora incomodassem a comunidade, foi essencial para a retomada da economia social, pois permitiu alguns membros da comunidade a retomarem suas atividades na economia, educação e serviços. De modo que entre o segundo e terceiro dias as comunicações e o acesso à cidade pela linha férrea tinham sido reestabelecidas- um “trem-hospital” foi montado. Os serviços bancários foram reestabelecidos para organizar os fundos de auxílio. Um corpo de policiais voluntários foi formado para garantir a segurança da cidade enquanto os militares se empenhavam na limpeza e reorganização social. Até mesmo a competição eleitoral foi suspensa, e um dos candidatos abriu mão da candidatura a prefeito em nome da conciliação (PRINCE, 1920).

A reorganização do que Prince chama de “economia social” foi obtida pela atuação dos serviços públicos, que organizaram uma estrutura de atendimento centralizada em um comitê central, estimulando as “práticas associativas e cooperativas entre diversos setores, classes sociais e credos religiosos (protestantes e católicos abriram seus templos para atender vítimas independente da religião. E a contribuição maior foi criar uma cultura da “prevenção”, socializando as pessoas para a possibilidade de catástrofes (PRINCE, 1920).

O autor salienta que os serviços de “alívio” (emergência) deixaram um longo legado para a comunidade, que passou a atuar diretamente no planejamento da cidade em relação à segurança do porto e aos serviços municipais. O plano desenvolvido pelos comitês foi dividido em três etapas: etapa de emergência, etapa de transição e etapa de reabilitação da comunidade. A etapa de emergência envolve as ações imediatas de socorro, envolvendo apoio médico, comida e guarida aos desabrigados. Na fase de transição houve a presença de recursos públicos e privados que garantam a reprodução de vida social, como acesso a medicamentos, alimentos e reaquecimento do comércio local e compra de materiais a preços subsidiados- a fase de transição foi fundamental para que a ordem social volte a operar. Nesse sentido, o governo federal enviou um milhão de libras para a reconstrução da cidade. A transição foi responsável por garantir os hospitais, escolas, transporte rodoviário e comunicações. Nessa fase, uma série de legislações locais especiais foram emitidas pelo Conselho da Cidade, como a proibição de viagens para a cidade por duas semanas, controle de preços, proibição de reajuste de aluguéis, entre outras medidas que priorizavam o serviço às vítimas. A fase de reabilitação se deu sobre o conceito de “restituição permanente” das vítimas. Um plano especial para a reconstrução da cidade foi aprovado meses depois pelo governo do Estado. O governo

federal aprovou uma legislação polêmica definindo um valor fixo a ser pago a título de indenização das vítimas, individualmente, pela catástrofe (PRINCE, 1920).

Esse último ponto foi criticado, por afetar o processo de reordenamento social, na medida em que transforma um problema de integração social em um problema material. Pela tese do autor, a própria comunidade deveria criar as condições para integrar novamente seus membros, como estava acontecendo mediante a cooperação social. Alguns indivíduos gastaram o dinheiro comprando artigos de luxo, fazendo festas e recepções para parentes distantes. A indenização pecuniária teria tido pouco efeito para a reorganização social e inclusão dos indivíduos (PRINCE, 1920).

Na fase de reabilitação, as mudanças sociais mais significativas se deram sobre o envolvimento da comunidade com a cidade: um plano diretor foi criado pela primeira vez, enfatizando a segurança e a saúde da população; outro plano de embelezamento urbano foi criado, visando à construção de parques, praças e áreas de lazer para crianças e idosos (PRINCE, 1920).

A cidade também construiu novos hospitais e escolas que se tornaram referência no Canadá nos anos seguintes, as avaliações da educação foram as melhores do país. O próprio Porto de Halifax foi modernizado e rígidas regras de segurança foram estabelecidas para controlar o tráfico de navios. No plano social, diversos conselhos municipais foram criados. Os dados eleitorais demonstram o aumento do interesse pela política na população nas duas eleições posteriores ao desastre: o comparecimento às urnas aumentou de 28% para 48%, em 1920. Houve crescimento populacional em níveis muito superiores ao anterior ao desastre. Ampliou também os índices da construção civil: em vez de emigrarem mais pessoas, parte delas resolveu permanecer na cidade e se envolver na reconstrução. Foi criada uma sociedade cooperativa de Halifax que a cada 06 de dezembro “comemora” a catástrofe como o Natal da cidade, no qual se rememora a tragédia e se valoriza as ações de alívio realizadas pela comunidade. Busca-se, assim, valorizar a troca social e a importância da prevenção (PRINCE, 1920).

O espírito de solidariedade que predominou em Halifax foi a principal mudança social ocorrida como resultado da catástrofe. Novos comportamentos, hábitos e costumes foram criados e repetidos pelas pessoas ao longo dos anos, influenciando os governos locais e nacionais um sentimento de cobrança em relação à possibilidade de uma outra catástrofe, até porque nunca houve responsabilização pela explosão. Dada à situação da guerra, o governo Canadense não cobrou o governo Francês pela responsabilidade da explosão. (PRINCE, 1920).

As reflexões elaboradas nessa pesquisa a partir do estudo de Prince, na perspectiva Positivista, que ao estudar os desastres, Prince (1920) procura entender como esses fatores e processos podem gerar mudanças. Na perspectiva do Materialismo Histórico Dialético permite compreender como a relação Homem-Sociedade, em um modelo de sociedade capitalista, pode ser devastadora, ocasionando desastres e atribuindo como causas naturais recaindo na culpabilização do indivíduo; tem como preocupação explicar como os novos processos produtivos acarretaram transformações profundas na vida das sociedades, assim o capital e o mercado definem as relações sociais. Uma análise crítica acerca dos desastres, preconiza que as análises devem ir além da imagem aparente. É necessário conhecer a realidade empírica no qual o objeto se encontra inserido, por meio da reflexão teórica (movimento do pensamento, abstrações), e, posteriormente, conhecer a realidade concreta do fenômeno, pensada, plenamente compreendida. Dessa forma, a construção do pensamento parte do empírico, passa pelo abstrato e chega ao concreto (SAVIANI, 1986).

A obra de Prince (1920) amparada na perspectiva positivista analisa os fatos em si, a partir das observações dos fenômenos de modo a descobrir “leis” que expliquem a “estática” e a “dinâmica” social. Os eventos, que ocorrem em nível particular, podem ser extrapolados para o geral a partir dessas leis identificadas.

Nessa dissertação a compreensão é que particular e o geral estão em relação dialética, sobre determinação dos fatores sociais. Assim, a mudança social deve ser analisada para além dos eventos imediatos de um lado, de outro, deve-se ter em consideração que as mudanças sociais são decorrentes das contradições entre as forças produtivas (tecnologias, máquinas, equipamentos, terras) e as relações de produção (formas de propriedade, organização e distribuição do trabalho) que caracterizam as sociedades modernas. Diferentemente da perspectiva positivista, a “dinâmica” social não é resultado de fatores “externos” ao fenômeno social, mas é constitutivo desse pela sua lógica de transformação social. A compreensão dos desastres e catástrofes a partir do materialismo histórico dialético, ao contrário do desastre de Halifax, analisado como efeitos do desastre sobre a vida comunitária, deve ser analisado nas suas causas sociais “gerais” da formação social capitalista, relacionando-a com os fenômenos particulares. Inevitavelmente, o contexto geral em que se produziu o desastre de Halifax pode ser explicado o contexto histórico, a corrida imperialista do final do século. XIX, entre as nações europeias, por matérias-primas e mercados necessários à reprodução do capital a qual teve seu momento crítico na eclosão da I Guerra Mundial em 1914.

O desastre de Halifax também denuncia a dinâmica de acumulação de capital a qual, “em seu movimento de valorização, produz a sua invisibilidade do trabalho e a banalização do humano condizente com a indiferença ante a esfera das necessidades sociais e dos valores de uso” (IAMAMOTO, 2011, p. 53).

Contudo, a obra de Prince se debruçar sobre os efeitos causados após o desastre no contexto comunitário da cidade de Halifax, não amplia sua análise para as relações capitalistas ocultadas na sociedade onde o homem subordinado a ela torna-se invisível, levando à supercivilização do mundo e um esvaziamento das necessidades humanas. Dessa forma, a (re) produção e acumulação do capital domina para si todo sentido da vida individual e coletiva, alterando formas de consciência moral, mantendo relações sociais desiguais, gerando produção de classes, tudo em prol da manutenção e produção incessante do lucro ampliado.

A obra de Prince ao, deter-se os efeitos gerados pelo desastre, o estudo se torna importante por ser o primeiro a tratar a relação entre desastre e mudança social, e serve para reavaliar desastres ocorridos na atualidade, pois, apesar de cem anos após o desastre de Halifax, situações de omissão, por parte dos entes públicos, a falta de intersectorialidade entre as políticas públicas e a população desamparada são algumas das situações decorrentes pós um desastre. Portanto, é preciso uma análise que contemple todos os aspectos sócio-político, envolvidos em situações de desastre na sociedade moderna.

Na última seção deste capítulo, será realizada uma discussão acerca da sociedade do risco e as consequências geradas pela sociedade industrial, pois é a partir da ótica da modernização que o risco emerge decorrente do processo de individualização das relações sociais e os caminhos que essa individualização revela quando nos deparamos com uma sociedade espetacularizada. Dessa forma, o processo de alienação passa a ser um fator importante para o crescimento da economia e manutenção da ordem capitalista.

2.4 Da Sociedade do Risco à Sociedade do Espetáculo

“Vocês vão ver agora em um evento como esse, vocês vão ver o melhor das pessoas e vocês vão ver o pior das pessoas”. (GE /Trecho da entrevista)

Vivemos em uma sociedade com conflitos armados, desastres, catástrofes ambientais, religiões fundamentalistas, atos de terrorismo, epidemias, permeiam nossa realidade. A categoria risco está cada vez mais presente em nosso cotidiano. O termo

risco apresenta uma conceituação complexa, por se tratar de uma representação do perigo, designa, tanto um perigo potencial quanto uma situação percebida como perigosa na qual se está ou cujos efeitos podem ser sentidos (BECK, 1922). A modernização trouxe consequências que põem em risco a vida, trata-se de uma civilização que ameaça a si mesma. De um lado a incessante produção de riqueza, e de outro, uma constante produção social de riscos globalizados que atingem da mesma forma todas as nações. Diante de tal necessidade de compreensão, o termo risco passa a ser objeto de análise e reflexão para diversos campos, como a economia, a sociologia e a saúde. O termo risco adquiriu sentidos diversos ao longo da história. Aqui será aprofundando a categoria risco pela ótica da sociologia, implicada a situações de desastres.

O conceito de risco³⁰, no século XIX, estava convencionalmente reportado a situações de análise a acidentes de trabalho, pela necessidade que se havia de atender a esse problema social. No século seguinte, XX, mais especificamente anos 70, esse termo passa a ser incorporado em estudos de prevenção e mitigação de risco e Beck (1922) delineou risco como um “fenômeno característico de uma mudança societária de grande impacto”.

Pierre-Charles Pradier (2004) através de análises literárias apresenta, uma sólida trajetória do conceito de risco em duas grandes correntes que estariam vinculadas à tese modernista; uma apresentada como “romance náutico” associa o termo ao “risco que corre uma mercadoria no mar”, e outra tese estabelecida através das concepções de Luhman (1993) e Giddens (1992). Esses dois autores se apoiam na teoria a qual a palavra risco está diretamente associada ao desenvolvimento capitalista, “com a expansão do comércio, dos seguros sobre as mercadorias do comércio transatlântico, da maturação das técnicas contabilísticas e financeiras e da reforma religiosa” (MENDES, 2015, p. 19).

QUADRO 3 - Sistematização do conceito de risco ao longo dos séculos na perspectiva modernista

Século XII	Século XV	Século XVII / XVIII	Século XIX	Século XX
O termo teria surgido na Itália em 1193, pela primeira vez e estaria vinculada a atividade militar. “Ato voluntário de	O termo risco está presente na Croácia, e passa a ser utilizada por germanos, castelhanos e franceses.	A palavra risco está associada às atividades náuticas e seguros marítimos, não contemplando os termos seguro de vida	“Século da Ciência” – em virtude da ideia de progresso e positivismo ascendente, afastou o	A partir de 1990, há um crescente uso da palavra risco assumindo outros sentidos e associada ao verbo arriscar.

³⁰ Com base na obra de José Manuel Mendes “Sociologia do Risco: Uma breve introdução e algumas lições. Da Série Riscos e Catástrofes, Universidade de Coimbra, 2015.

correr perigo pelos cavaleiros”.		e os seguros contra incêndio.	conceito de risco, pois o otimismo e a confiança no futuro não permitiam a discussão do conceito risco.	Com o desenvolvimento do conhecimento técnico e científico, o conceito passa a ser incorporado pelas ciências naturais, biológicas, humanas, sociais, administração pública e na definição de políticas públicas; inserindo o conceito de forma epistemológica, metodológica e operacional.
----------------------------------	--	-------------------------------	---	---

Fonte: Sistematizado pela autora a partir da obra de MENDES, 2015.

Ulrich Beck (1922), no que diz respeito à categoria risco, avança os conceitos através de sua obra “*Risikogesellschaft*”, traduzida como “Sociedade do Risco”, publicada em 1986, meses antes de acontecer o acidente nuclear em Chernobyl. A análise é sobre a ótica da modernização reflexiva e vai ressaltar que os riscos são consequências de uma sociedade industrial com desenvolvimento científico a qual produz os riscos e sofre as consequências desse, por meio de ações individuais. Desta forma BECK (1922, p. 23) ressalta:

Ninguém pode ser diretamente responsabilizado pelos danos causados por esses riscos, e aqueles afetados não podem ser compensados, devido à dificuldade de cálculo desses danos. Além dos riscos ecológicos, assiste-se a uma precarização crescente e massiva das condições de existência, com uma individualização da desigualdade social e de incerteza quanto às condições de emprego, tornando-se a exposição aos riscos generalizada.

Ou seja, o risco é decorrente do processo de individualização das relações sociais. O que caracteriza as sociedades modernas são as ações individuais que aumentam as incertezas relacionadas ao universo social, ambiental, tecnológico e econômico, sendo forma, o risco um estado intermediário entre a segurança e a destruição, em que os riscos ameaçadores são os que determinam o pensamento e ação. Para Beck, a produção e a distribuição de riqueza são inseparáveis da produção de risco e da sua distribuição nas esferas ecológica e psicossocial. Ele argumenta que, a cada avanço na produção

tecnológica, surge um novo risco imprevisível de degradação dos recursos ambientais, criando demanda para mais cientificismo na produção.

Ainda que Gramsci, não trabalhe com a categoria risco, ao se referir da crise de 1929³¹, aponta elementos que permitem entender o “risco”, como característica do sistema capitalista. Para Gramsci, todas as crises são resultado das relações de classes no sistema capitalista, e cada instabilidade concebida como um evento específico é um retrato do momento de crise contínua do desenvolvimento capitalista. Todos esses momentos, sendo esses tecnológicos, políticos ou mesmo ambientais, são retratos de uma mesma crise (COUTINHO, 2011).

(...) a “crise” é tão somente a intensificação quantitativa de certos elementos, nem novos nem originais, mas, sobretudo, a intensificação de certos fenômenos, enquanto outros, que antes apareciam e operavam simultaneamente com os primeiros, neutralizando-os, tornaram-se inoperantes ou desapareceram inteiramente. Em suma, o desenvolvimento do capitalismo foi uma “crise contínua”, se assim se pode dizer, ou seja, um rapidíssimo movimento de elementos que se equilibravam e neutralizavam. Num certo ponto, neste movimento, alguns elementos predominaram, ao passo que outros desapareceram ou se tornaram inativos no quadro geral. (COUTINHO, 2011, p. 331)

Gramsci em referência aos acontecimentos que assumem o nome de crise e se arrastam de forma trágica em nossa sociedade, apresenta que é necessário “combater todos os que pretendem dar a estes acontecimentos uma definição única ou, o que é mesmo, encontrar uma causa ou uma origem única”. (COUTINHO, 2011, p. 329) Ou seja, Gramsci, ao realizar análises com relação à crise de 1929, já apontava para a necessidade de compreender “situações de crise” como um processo complexo de diferentes formas de manifestações, porém com causas que se interligam e se sobre determinam, não sendo possível generalizar nem simplificá-las. Considera-se que um desastre também é uma situação de crise provocado pela “reprodução contraditória das relações de classes das condições de continuidade da produção capitalista e de suas fraturas” e se materializa como uma expressão da questão social, resultando a alienação e a sua reprodução em níveis mais crescentes (IAMAMOTO, 2011).

³¹ Gramsci ao descrever a crise se refere à Grande Depressão, também conhecida como **Crise de 1929**, foi uma grande depressão econômica que teve início em **1929**, e que persistiu ao longo da década de 1930, terminando apenas com a Segunda Guerra Mundial. A Grande Depressão é considerada o pior e o mais longo período de recessão econômica do século XX. Acessado em: http://www.suapesquisa.com/pesquisa/crise_1929.htm

As novas forças produtivas materiais, que são impulsionadas por esse processo, revolucionam a produção e a vida em sociedade, criando, simultaneamente, as condições mais adequadas de hegemonia do capital sobre o trabalho, aperfeiçoando-a e dando-lhe a forma adequada, e as condições reais de um novo modo de produção ao criar as bases materiais para uma vida social conformada de maneira nova. Cria-se a relação e as condições históricas de sua dissolução. (MARX, 1980 apud IAMAMOTO, 2011, p. 67)

Os desastres, por se revelarem como acontecimentos “disruptivos da dinâmica social”, rupturas e divergências no cotidiano, colocam a população à mercê dos interesses econômicos e políticos, sendo a população mais pobre e fragilizada sofre desde antes dos desastres pois já se encontra sem acesso a recursos e infraestruturas adequado e sem qualidade de vida. São envolvidos em políticas frágeis, em práticas assistencialistas e voluntárias, em muitos casos tomando espaço para o clientelismo e o autoritarismo a que são submetidos diante da miséria material produzida. Sofrem, com os abusos da mídia, espetacularizando suas fragilidades e situações vulneráveis. Assistem ao espetáculo da corrupção de verbas públicas e são oprimidas pela vigilância e coerção de um sistema capitalista que tenciona para o “enquadramento da ordem”, levando a população ao conformismo com a perda de casa, trabalho, familiares, amigos, pertences, dignidade, autoestima e cidadania.

Para Gramsci, a crise está ligada sempre ao desenvolvimento e não ao evento, sendo assim, ela não possui uma data de início e que, mesmo algumas “manifestações mais clamorosas”, não podem ser apontadas como o despontar, mesmo em uma situação de guerra, a qual faz essa análise³²; traz que a própria guerra é uma manifestação da crise, porém é precisamente uma resposta política e organizativa dos responsáveis, mas já mais à sua causa, tendo, em sua raiz, o desenvolvimento do capitalismo, que intensifica crises econômicas, políticas e ideológicas (COUTINHO, 2011).

Gramsci (1891), “a crise tem origem nas relações técnicas, isto é, nas respectivas posições de classe, ou em fatos, que se expressam em legislações, desordens sociais, econômicas etc.”, Ou seja, é a crise contínua do capitalismo que pode ser analisada sobre diversos ângulos monetário, financeiro, produtivo, comercial ou político. O desastre humano ou ambiental que pode ser compreendido, também, como um componente dessa crise constante, refletindo em elementos diversos como: legislações frágeis e que não contemplam a prevenção, fiscalização e o enfrentamento efetivos das políticas públicas.

³² Gramsci no caderno 4 faz uma análise da crise a partir da primeira guerra mundial, porém sua análise serve para outros tipos de conflitos. (COUTINHO, 2011)

O fragmento da entrevista com a gestão municipal, apresenta a dificuldade de contemplar a situação de desastre na legislação e assim garantir recursos para ações diversificadas, conforme a necessidade da população.

“Na realidade, o único que existe e que não se adequava à situação é o da defesa civil, porque da defesa civil, já tinha a lei, tudo, mas que sempre é com situações de perda de casa, de doação de roupas de alimentos, esse foi um tipo de desastre que não teve essa situação. Tanto que nós encaminhamos, através da Secretaria de Saúde, tentamos captar recursos para dar continuidade ao processo de atendimento, de acolhimento, para fazer eventos com jovens e tudo, e não conseguimos porque não tem previsão na lei federal. Todas as leis de desastres são para construir ruas, estradas, pontes, e para construir casas e para dar doação”. (Entrevista /GM)

Outro elemento importante e também abordado por Gramsci³³, refere-se à influência da opinião pública a qual se espelha com a organização da estrutura ideológica de uma classe dominante para manter e defender teoricamente ou ideologicamente. Dessa forma, o autor aponta que a imprensa se configura com uma das partes dinâmicas dessa estrutura ideológica, que influencia a opinião pública, fortalecendo essa estrutura ideológica; compreendendo a influência que a imprensa exerce sobre a opinião pública, apontando que a parte mais considerável é o setor editorial, por apresentar um programa implícito e explícito que se apoia em determinadas correntes ideológicas.

As análises de Gramsci, em relação ao papel da mídia na sociedade, dialogam com os estudos de Guy Debord, que toma a categoria comunicação para tecer análises e críticas. Nesse estudo, a interferência da mídia e a sua espetacularização diante a uma situação de desastre está presente na análise dos dados, como demonstra esse trecho da entrevista “*Porque a gente teve casos dentro do Farrezão que a imprensa, como eles viram que a gente pegou os esparadrapos escreveu, pegou vários esparadrapos assim e escreveu “SUS equipe de saúde”, eles fizeram a mesma coisa, para poder entrar e tirar foto dos corpos, sabe, então(...)*” (Entrevistado/GE)

É fato que a espetacularização está presente em nossa sociedade, com a mídia e o acesso à informação cada vez mais rápido. Dessa forma, cenas que envolvam sentimentos de comoção e emoção são exploradas como forma de alienação do público com relação a opiniões públicas através da espetacularização. Desse modo, situações que envolvam desastres são objeto de exploração midiática, casos recentes como acidentes de avião (vo

³³ O volume 4 (tema cultura, ação católica, americanismo e fordismo) contém quatro desses cadernos especiais: dos dedicados a Temas de cultura, onde Gramsci aborda variados assuntos, um à Ação Católica e outro a Americanismo e fordismo.

3054, da TAM, voo da equipe de futebol chapecoense), incêndios (boate KISS, boate Cromagnon, de Buenos Aires), promoveram um cenário de espetacularização, dando visibilidade não apenas à informação, mas, também, a todos os ângulos possíveis de exploração ao sofrimento de vítimas, familiares e profissionais envolvidos.

Guy Debord, em *A Sociedade do Espetáculo*, aponta para a necessidade de reflexão crítica do sistema, na construção de um aprendizado ou como o próprio autor trata “situações significativas”. Assim, Debord (1997, p.13) afirma que “Toda a vida das sociedades nas quais reinam as modernas condições de produção se apresenta como uma imensa acumulação de espetáculos, tudo o que era vivido diretamente tornou-se representação”. Isso porque o autor francês assinala que o capitalismo é um dos grandes problemas da sociedade.

Debord, fundamenta sua crítica ao fetichismo da mercadoria, e sua presença nos modos de produção e voltadas à presença de imagens na sociedade, e a indução à aceitação e conformismo, como ocorre tanto em grandes coberturas jornalísticas quanto em eventos mortuários, ilustrado a espetacularizado. Diante disso, o autor afirma que, para ele, o natural e o autêntico se tornam ilusão, dando espaço para a teatralidade e representação: “o espetáculo não é um conjunto de imagens, mas uma relação social entre pessoas, mediada por imagens”. (DEBORD, 1997, P. 14)

A crítica como espetáculo, como resultado dos modos de produção, pois afirma os espetáculos como meios de dominação na sociedade, reforçando o capitalismo e o seu consumo como consequência, alienando o pensamento público que fica à mercê do consumo ofertado- logo, também, direcionando a um modo de vida capitalista e fetichizado. Desse modo, quanto mais alienado o espectador, mais ele contempla e mais incorpora o modo de vida, apresentando através das imagens dominantes. (DEBORD, 1997)

Essa espetacularização é uma fábrica concreta para a alienação da população, fator importante para o crescimento da economia. Ou seja, o consumidor tem o seu pensamento condicionado para se tornar um consumidor em potencial, visto que a alienação é o meio para essa constante identificação, e o lucro é o objetivo alcançado pelo capitalismo. Assim, a alienação³⁴ induz o homem a aceitar as informações recebidas, tendo sua

³⁴ Para Marx, em sua análise sobre a alienação aponta que é um processo de exteriorização de uma essência humana e do não-reconhecimento desta atividade enquanto tal. Assim no fim do processo de trabalho, o produto feito se transforma em algo estranho, independente do ser que o produziu e este estranhamento, “diferença de natureza” entre produtor e produto pode ser considerado a cereja do bolo para a concepção da alienação. Desta forma, o autor traz a alienação como: 1) em relação ao produto do trabalho, 2) no

consciência e capacidade de pensar submissas às influências do espetáculo. Debord (1997, p. 24) aponta que “A expansão econômica é, sobretudo, a expansão dessa produção industrial específica, o que cresce com a economia que se move por si mesma só pode ser a alienação que estava em seu núcleo original”. Ao relacionar a teoria Debord com os dados analisados, torna-se evidente o quanto a consciência humana diante da espetacularização da mídia, tem sua capacidade intelectual manipulada pela ideologia capitalista, desvinculando de sua própria história, sua origem, modo de agir e de pensar. “Eu me tornei muito crítica com a mídia a partir desse evento, assim, que a gente viveu situações muito absurdas, e uma delas é essa: tu dá uma falsa notícia, não dê essa notícia, não queira furo de reportagem, porque tu vai gerar um problema de saúde pública”. (GE/ Trecho da entrevista). Diante de uma situação de desastre, as informações manipuladas podem mudar o modo de pensar e agir, e também influenciar na condução e no gerenciamento.

Assim sendo, Debord reitera que o espetáculo tem sua estrutura baseada na aparência, pois as “artimanhas do espetáculo” estão alinhadas à necessidade de identificação dos seus receptores com a sociedade de consumo, mostrando o que é bom, o que deve ser contemplado e o que vai despertar desejo de consumo. Ou, como os dados analisados da pesquisa revelam, direcionar a espetacularização não só para o desejo, mas, também, para o sensacionalismo, o fúnebre, a comoção, com o intuito de obter lucros, audiência com a exposição, fortalecendo os interesses capitalistas mesmo diante de uma tragédia. Dessa forma, o espetáculo tem como foco o seu desenrolar, ou seja, o interessante do espetáculo é o meio, já que é onde o público se prende, basta ter um contexto atrativo, compreender suas causas e como irá terminar são pontos importantes a

processo de produção, 3) em relação à existência do indivíduo enquanto membro do gênero humano e 4) em relação aos outros indivíduos. Assim **A alienação em relação ao produto do trabalho**: este é o estranhamento em não se reconhecer num produto que tem dentro de si a essência do trabalhador. É a pobreza gerada ao trabalhador enquanto, ao mesmo tempo, se gera a riqueza do capitalista; **Processo de produção**: esta alienação é o que Marx chama de “alienação ativa” ou “atividade de alienação”. É a constatação básica de que se o trabalhador está alienado em relação ao produto de seu trabalho, então é necessário verificar que isto não aconteceu do nada, mas estava presente no próprio processo produtivo; **Em relação à existência do indivíduo enquanto membro do gênero humano**: Aqui Marx salta para a própria característica do humano enquanto ser genérico. Enquanto animal multifacetado com inúmeras potencialidades e capacidades. Quando ele está separado de sua essência, de sua ligação com a comunidade, de seu trabalho, ele se individualiza. Não é mais membro de sua espécie, é só um indivíduo solitário; e por fim **Em relação aos outros indivíduos**: Se trata da consequência óbvia da individualização e unilateralização da vida. Quando não se reconhece em seu aspecto mais fundamental, que é o trabalho, e quando ele não é reconhecido como parte essencial da vida humana e do ser humano enquanto gênero/espécie, então não só a própria vida é uma objetificação nociva, mas toda e qualquer vida já não tem seu significado. (Marx 1844)

serem explorados (DEBORD, 1997). Assim, a exposição de uma situação de desastre, a partir da mídia, se dá por exaltar o choro e a angústia de parentes de vítimas, revelar aspectos íntimos e privados da vida das vítimas, transformar o local da tragédia em cenário para transmissão ao vivo. Essas estratégias de visualidade exploradas fortalecem o espetáculo, tornando o contexto de comoção e fragilização do sujeito, um canal de atração para a obtenção de audiência.

Quando o mundo real se transforma em simples imagens, as simples imagens tornam-se seres reais e motivações eficientes de um comportamento hipnótico. O espetáculo, como tendência a fazer ver (por diferentes mediações especializadas) o mundo que já não se pode tocar diretamente, serve-se da visão como um sentido privilegiado da pessoa humana - o que em outras épocas fora o tato; o sentido mais abstrato, e mais sujeito à mistificação, corresponde à abstração generalizada da sociedade atual. (DEBORD, 1997, p. 18)

Dessa maneira, o espetáculo é apontado como um agente de manipulação social, que desencadeia o conformismo político, pois ofusca, confunde a consciência dos atores sociais, fazendo com que esses se identifiquem com a mercadoria a qual está sendo oferecida, e aceitam a opinião, a informação a qual está sendo apresentada, sem questioná-la. Dessa forma, na medida em que o espetáculo é alienante, o público se torna refém da sua contemplação, perdendo sua capacidade de pensar, agir, criticar. Assim, a mercadoria é totalmente suprema, e o capitalismo dirige toda a sociedade; e, aparentemente, para o homem, só resta consumir e aceitar passivamente as ordens do sistema vigente. Diante disso, Debord propõe que só há uma possível saída para que o homem escape das armadilhas da sociedade do espetáculo, que se materializa na criação de atitudes práticas, ou seja “Para destruir de fato a sociedade do espetáculo, é preciso que homens ponham em ação uma força prática. A teoria crítica de espetáculo só se torna verdadeira ao unificar-se à corrente prática da negação na sociedade”. (DEBORD, 1997, p. 131-132) Logo, através de movimentos práticos de contestação das “situações” expostas, negando as ordens impostas por meio do capitalismo e da sociedade vigente, são caminhos para romper com uma sociedade espetacularizada.

Assim como a lógica da mercadoria predomina sobre as diversas ambições concorrenciais de todos os comerciantes, ou como a lógica da guerra predomina sobre as frequentes modificações do armamento, também a rigorosa lógica do espetáculo comanda em toda parte as exuberantes e diversas extravagâncias da mídia. (DEBORD, 1997, p. 171).

Dessa forma, Debord ressalta que a combinação de incessante renovação tecnológica, a fusão econômica estatal e a mentira sem constatação integrada à sociedade modernizadora, ao mesmo tempo em que favorece a falta de mentira sem contestação, a opinião pública também desaparece frente a um cenário dominado por informações midiáticas. Isso porque, à presença do espetáculo, as sociedades modernas são caracterizadas pela alienação generalizada. (DEBORD, 1997)

O desaparecimento da opinião pública na sociedade do espetáculo reflete consequências para a política, para as ciências aplicadas, justiça e para o conhecimento artístico, pois o espetáculo na sociedade gera a ignorância do público, já que o discurso espetacularizado promove o esquecimento e faz calar opiniões que não o convém, levando a sociedade a um discurso descontextualizado e desprovido de conteúdo histórico (DEBORD, 1997).

Portanto, tanto o risco, quanto a espetacularização são produto das sociedades modernas, da individualização das relações, assim como a espetacularização, são elementos que estão a serviço e da alienação. A presença do risco decorre também de ações individuais, mas, principalmente, do avanço na produção tecnológica que, ao mesmo tempo que produz desenvolvimento, avanços, igualmente visa a acumulação de riqueza, a garantia do lucro e da exploração, gerando degradação dos recursos ambientais. Dessa forma, o homem atual vive a era dos riscos, tal episódio se agrava por diversas situações, dentre elas a convivência humana em grandes edificações, deslocamentos em transportes coletivos cada vez mais velozes, as condições de convivência humana desigual e, muitas vezes, sem estrutura- que leva a residir em moradias reduzidas ou com grande concentração demográfica e/ou em áreas geográficas com presença de riscos etc. Acontece, então, que tais mudanças corroboram ou levam ao risco da ocorrência de desastres em massa, que se tornam uma espetacularização para a sociedade capitalista.

Desta forma, o capítulo seguinte denominado “*A (Des)construção da Proteção Social: Desafios no Enfrentamento a um Desastre Humano*”, tem como objetivo realizar a discussão a cerca da importância da política de saúde (política pertencente a seguridade social), e suas ações frente a um desastre e os seus desafios de efetivação dentro do âmbito das políticas de proteção social.

3. A (DES)CONSTRUÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL: DESAFIOS NO ENFRENTAMENTO A UM DESASTRE HUMANO

“Que nunca se diga: isso é natural, para que nada passe por imutável...”

(Bertold Brecht)

No capítulo anterior foram delineadas as discussões acerca do contexto histórico dos desastres, a importância da educação sobre esse tipo de evento, a relação entre desastres e mídia e suas principais discussões no âmbito da sociologia dos desastres. Concluiu-se, então, que os desastres devem ser compreendidos como processos disruptivos da dinâmica social. O que significa que, devem ser analisados através de seu contexto social, econômico e político, sendo que a sua ocorrência está intimamente ligada ao modo de produção capitalista, no qual os novos processos produtivos acarretam transformações profundas nas vidas dos sujeitos, evidenciando os desastres como uma expressão da questão social.

Compreender o papel das políticas públicas frente a um desastre, é entender que os desastres são, sobretudo, acontecimentos sociais nutridos por estruturas e dinâmicas socialmente complexas, exigindo o seu desvendamento e especificidades, culturais, econômicas, políticas e psicossociais, tanto para compreensão da sua ocorrência, quanto para estratégias adotadas para sua redução (VALENCIO, 2012).

Dessa forma, a política de saúde possui papel fundamental frente a uma situação de desastre, oferecendo condições de prevenção, preparação e respostas, articulando a outras políticas públicas como a assistência social, a educação, a habitação, entre outras.

A partir deste capítulo, a análise se volta para a compreensão da política de saúde e os desafios de efetivação dentro do âmbito das políticas de proteção social, frente a uma situação de desastre.

3.1 A Construção da Proteção Social e Desafios para a Política de Saúde frente a um desastre: *“É esse modo de garantir ou de oferecer, que garantir não garante nada”*

As políticas públicas se definem como a linha de ação coletiva que concretiza os direitos sociais declarados e garantidos em leis (PEREIRA, 1996), é mediante às políticas públicas que são distribuídos e redistribuídos os bens e serviços sociais como resposta às demandas da sociedade civil. Embora as políticas públicas sejam responsabilidade (nas condições de vida e trabalho dos indivíduos) do Estado, não significa que cabe, unicamente, ao Estado a execução das ações. Essas intervenções envolvem relações de reciprocidade e antagonismo entre ambas as esferas da sociedade civil e Estado.

Historicamente, o Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma ruptura na intervenção do Estado no campo social ao incorporar uma enorme parcela da população excluída anteriormente devido à restrição aos contribuintes previdenciários. Assim, o SUS é marcado pelo início de uma política social redistributiva, universal, promotora do direito social para a efetivação da cidadania.

A construção da seguridade social tem sua história relacionada com a emergência da questão social no século XIX na Europa, como decorrência das grandes transformações sociais, políticas e econômicas advindas da Revolução Industrial. Dessa forma, o conceito de seguridade passa a ser empregado após a Segunda Guerra Mundial para orientar um conjunto de ações governamentais no âmbito da proteção social; principalmente nos anos 1940, a partir das experiências dos países desenvolvidos, os quais fundaram um conjunto de políticas sociais caracterizadas por estado de bem estar-social. (SILVA, 2012)

Assim, durante a década de 1980, a sociedade brasileira é palco de um processo de revitalização da sociedade civil a partir da luta pela democratização do Estado e envolvimento da sociedade. Esse período, marcado por um movimento de grandes conquistas democráticas, entro na cena pública com a organização de movimentos sociais em diferentes setores, o fortalecimento dos sindicatos, a visibilidade das demandas populares e a luta por direitos sociais (RAICHELIS, 2000).

Em consequência dessa forte mobilização, foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, preconizando uma série de direitos sociais como resultado da pressão desses novos sujeitos que surgiram no cenário brasileiro, conquistando espaços de participação popular. Na Constituição, define-se uma lógica fundada em duas modalidades de proteção social, quais sejam: a assistência e seguros

sociais, quando considera que “toda pessoa, como membro da sociedade, tem direito à Seguridade Social” (DUDH,ONU, 1948, art. 22).

A partir da Constituição Federal de 1988, o tripé da seguridade social estabelece, enquanto marco legal e formal, a política de saúde, previdência e assistência social. A incorporação das três políticas possibilita a ampliação e expansão das políticas sociais, bem como estabelecer mecanismos sólidos de equidade para o seu financiamento. Esse modelo de gestão se propõe, além de visar as especificidades de cada área, promover a proteção universal, democrática e distributiva.

No entanto, Boschetti (2004) enfatiza que, se por um lado a seguridade social apresenta um caráter inovador, por outro se caracteriza como um sistema híbrido apresentando duas naturezas, sendo uma delas de amparo aos direitos derivados e dependentes do trabalho através da política de previdência, e o outro como direitos de caráter universal por meio da política de saúde e os direitos advindos da política de assistência social. Além disso, Boschetti (2003) alerta que, apesar do conjunto de políticas de previdência, saúde e assistência serem legalmente instituídas e amparadas pela Constituição de 1988, no que tange à sua implementação, dificilmente é tratada e analisada na sua totalidade.

Dessa maneira, na década de 1990, Boschetti (2003) refere que as políticas que compõem a seguridade social persistem em “seguir sua lógica própria e diferenciada”, não apresentando, na sua implementação, uma dinâmica de articulação e complementação na configuração do tripé, instituindo um sistema voltado para lógica heterogênea.

Sendo assim, Boschetti (2004, p. 113) afirma que:

A seguridade social brasileira instituída na Constituição de 1988 está imbricada e condicionada pelo acesso (ou exclusão) a um emprego, “(...) que não é possível compreendê-la em sua totalidade sem estabelecer sua relação com a organização social do trabalho”, visto que apenas a saúde incorporou o princípio da universalidade, enquanto a previdência destina-se apenas aos contribuintes, e a assistência social é restrita aos pobres em situação de extrema vulnerabilidade.

A política de saúde, como parte integrante do tripé da seguridade social, enfrenta o desafio de efetivar as suas ações de mitigação frente a um desastre, pois Motta (1996) ressalta que os sistemas de seguridade social têm sua relação direta com a dinâmica de acumulação capitalista: assalariamento, reprodução do trabalhador e a reprodução ampliada do capital. Desse modo, o capital direciona as ações sociais para “aliviar” as manifestações imediatas da questão social, distanciando-as da noção de proteção social

(baseada em uma lógica redistributiva e democrática) e se aproximando de uma lógica controladora e coercitiva do Estado.

Ressalta-se que, a partir dos anos 70, do século XX, com a crise das sociedades capitalistas industrializadas, as ideias ortodoxas liberais ressurgem através das perspectivas neoliberais. O baixo crescimento econômico, a burocratização das sociedades e as altas taxas inflacionárias com aumento do desemprego produzirão, para o campo da proteção social, um rompimento na continuidade das políticas sociais e na efetivação dos direitos (COUTO, PRATES e DORNELES, 2012).

No âmbito da saúde, mesmo com os avanços para a consolidação de uma política de saúde pública de acesso universal, o Sistema Único de Saúde vem sendo alvo de desmonte, com o aumento nos cortes de recursos e consequente baixa na qualidade dos serviços. A justificativa que fortalece o discurso neoliberal de que a redução e, até mesmo, a extinção da saúde pública de caráter universal é favorável para o equilíbrio econômico apresenta, como soluções eficientes, o fortalecimento e a presença da privatização, terceirização. Presença essa que vem sendo incorporada cada vez mais em serviços da saúde pública, como: nos serviços de alta complexidade a nível hospitalar; hospitais construídos com verbas públicas, administrados por serviços de saúde privado, estabelecendo a sua cobertura de atendimento da seguinte forma: 50% de serviços ofertados ao SUS e 50% de serviços ofertados ao serviço de saúde privado. (FIOCRUZ, 2017)

Para Couto, Prates e Dorneles (2012), as últimas décadas do século XX fizeram com que *Welfare State* entrasse em declínio, em virtude da sustentação ao modelo político econômico neoliberal; acarretando, assim, que muitas conquistas no âmbito da seguridade social sofressem um processo de desconstituição.

Pereira (2000) afirma que nas sociedades contemporâneas capitalistas o debate está centrado em torno de duas lógicas: uma sobre a rentabilidade econômica e a outra sobre as necessidades sociais. Dessa forma, cada país encontra uma forma de se equilibrar entre o direito e as satisfações de necessidades sociais e a ética capitalista do trabalho.

As ações focalizadas e de cunho seletivo preocupa o caminho das políticas sociais, pois as lógicas de inserção, através de critérios de ingresso e cumprimento de condicionalidades, são fatores que favorecem as relações de mercado e fortalecem o retorno do assistencialismo na condução das políticas que compõem a proteção social (COUTO, PRATES e DORNELES, 2012).

Ainda COUTO; VIANA (2008) referem-se a esse modelo de gestão híbrida da seguridade social, assim:

No “novo” modelo de gestão híbrida da seguridade social, ou seja, de (des) proteção social, no qual se articulam primeiro, segundo e terceiros setores, está a retomada de velhos conceitos e práticas na área das políticas sociais. Destacam-se, nesse sentido, as práticas de empreendedorismo, sustentadas pelo microcrédito, as quais visam estimular os próprios sujeitos para que deem conta de enfrentar a realidade do subemprego e do desemprego estrutural. Assim como as práticas assistencialistas, que ao adotarem o discurso de que as políticas sociais devem promover o empoderamento dos indivíduos, reatualizam das políticas públicas e submetem os sujeitos a condicionalidades, que na sua maioria são inatingíveis para a população mais vulnerabilizada. (p.48)

Entende-se que esse padrão de proteção social mínima vem sendo construído com foco nos extremamente pobres e avanço da política de saúde como acesso e garantia de direito, nesse momento ainda vinculada e voltada aos trabalhadores, garantiu a sua efetivação como política universal após a constituição de 1988. Porém, ao longo de sua trajetória, sua consolidação foi se constituindo em um cenário político marcado pelo neoliberalismo; o qual inclui medidas públicas restritas e focalizadas, buscando sempre atender as necessidades do capital. Para Pereira (2013), as correntes funcionalistas e a nova direita mascaram a verdadeira realidade capitalista, ocultando sua essência e banalizando suas consequências.

Chama-se a atenção de que o neoliberalismo é uma definição do liberalismo clássico, influenciado pelas teorias econômicas neoclássicas, e é entendido como um produto do liberalismo econômico e da sua cultura de fragmentação (ALVES, 2013).

Para Alves (2014), as primeiras crises da globalização neoliberal, no período de 1996-2000, atingem a Ásia, Rússia e Brasil, expondo as fragilidades da ordem neoliberal, gestando um novo projeto burguês de desenvolvimento alternativo ao neoliberalismo denominado “neodesenvolvimentismo”. Dessa forma, o projeto burguês neodesenvolvimentista nasce da crise do neoliberalismo com um modelo de gestão pós-neoliberal, que se configura assim: por um lado, como desenvolvimento da produção capitalista e, por outro lado, com o desenvolvimento das misérias modernas. No Brasil, o neodesenvolvimentismo, considerado o período que compreende os governos Lula e Dilma Rousseff, efetiva-se através do aumento do crescimento econômico, dos interesses privados e financeiros, aumento da acumulação de riqueza capitalista; aumento da utilização de recursos em programas sociais; e aumento do salário mínimo.

Alves (2014) refere que o segredo do neodesenvolvimentismo é quando o mercado passa a se beneficiar das políticas de redistribuição de renda, gerando um amplo mercado de consumo capaz de absorver a superprodução do sistema capitalista. A população passa a acreditar no desenvolvimento com base no aumento do consumo, fortalecendo a ilusão do acesso à cidadania pelo consumo. Dessa maneira, o neodesenvolvimentismo não tem como interesse efetivar o sistema “universal” de bem-estar-social, e, sim, a expansão do consumo como acesso à cidadania. Alves (2014) enfatiza que a contradição da política neodesenvolvimentista se verifica em, por um lado, querer combater a pobreza e, por outro lado, incentivar a centralização e a concentração de riquezas.

Por fim, a compreensão dessa nova roupagem do neodesenvolvimentismo não significa uma mudança em relação ao modelo neoliberal. MOTA; AMARAL; PERUZZO (2012) sinalizam que o termo neodesenvolvimentismo muito mencionado, nos últimos anos, encobre movimentos na economia que em nada se diferenciam do modelo neoliberal, e que conceitos, como pleno emprego, trabalho eficiente, expansão de serviços públicos, utilizados para mascarar a atual conjuntura, não condizem com o período atual do desenvolvimento capitalista, pois: “Embora este modelo esteja além do neoliberalismo à moda Consenso de Washington³⁵, ele não o supera, nem tampouco estaria além do capitalismo” (MOTA, AMARAL; PERUZZO, 2012, p. 162).

3.1.1 Os efeitos da (des)Proteção Social sobre os desastres:

Os impactos causados pelo neoliberalismo provocam grandes mudanças na sociedade e no mundo do trabalho, sendo a flexibilização do trabalho um exemplo importante na medida em que origina novas estruturas de poder e de controle. Estes impactos fragilizam as estruturas de rede de saúde e reduzem recursos. Segundo a gestora estadual de saúde: “*no caso de Santa Maria, o maior problema era que não tinha recurso*

³⁵A partir da segunda metade dos anos 1980 esses processos de reformas (dentre as quais se destacam a do Estado e da proteção social), começam a expandir-se pelo mundo capitalista graças à participação dos organismos financeiros multilaterais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional e o Banco Interamericano de Desenvolvimento) que buscam criar as condições para atender às necessidades do grande capital. Como indicam Pastorini e Galizia (2006), os empréstimos destes organismos encontravam-se condicionados à implementação das reformas, que foram um dos mecanismos utilizados para fazer avançar esses processos de mudanças. A reforma tem como ponto de arranque o Consenso de Washington e o “pacote de ajuste estrutural” que inclui o combate da inflação através da estabilidade monetária, disciplina orçamentária, reforma fiscal etc. Esse conjunto de reformas foi posteriormente adjetivado como de “primeira geração”. Tais reformas incluíram programas combate da inflação, reforma da previdência social, privatizações das empresas públicas, reformas da educação etc. (PASTORINI, 2014, p. 60).

na Atenção Básica, e o município que não tem recurso na Atenção Básica tá ferrado, literalmente ferrado. A gente encontrou Santa Maria numa situação de saúde muito ruim e aí o evento ele só fez essa situação aparecer publicamente, pra além de que todo mundo do município já sabia”. (entrevista /GE). A análise do desastre evidenciou a precarização da política de saúde no município na atenção primária até os serviços especializados como os Centros de Atenção psicossociais - CAPS, com equipes incompletas, condição salarial defasada, alta demanda nos serviços e uma Rede de Atenção Psicossocial Social - RAPS desarticulada da Atenção Básica. Esse cenário levou à necessidade de criação de um serviço de atenção psicossocial especializado e específico para atender as exigências e solicitações após o desastre, demandando a contratação de equipe emergencial.

Os dados da pesquisa indicam as mudanças na gestão no município após o desastre, como reestruturação financeira, insuficiência da rede de serviços impondo contratações. As dificuldades da rede de saúde municipal para absorver as demandas oriundas do desastre evidenciaram a precarização da política, do trabalho e dos direitos sociais. Nos 4 anos que seguiram o desastre, os serviços criados para atender as demandas específicas do desastre deixaram de ser prioridade da gestão pública, o que é afirmado no grupo focal: “A gente não tem, não tem apoio do Estado, nem da Prefeitura, nem de lugar algum”. (Entrevista /GF). Isso reforça a importância da participação da população e do controle social.

O Brasil realizou pequenos investimentos ao longo dos dez anos, em educação, saúde e transporte, os quais não provocaram grandes modificações e mantiveram a precariedade estrutural dos serviços públicos (ALVES, 2014). O evidente desmonte das políticas públicas e na fragilidade dos gestores em manter seus compromissos com a população, as iniciativas imediatas após o desastre não se sustentaram.

Quando começou a se entrar nesse embate, assim, das consequências financeiras e de uma certa despesa, isso desmotivou muito. E os próprios pacientes se deram conta tanto é que o receio de que terminasse o Serviço, de que trocasse a equipe. Saíssem profissionais daqui e fossem para outros locais (entrevista /GF)

E a precarização confirma não é restringida, meramente, a precarização social do trabalho ou precarização dos direitos sociais e direitos do trabalho de homens e mulheres proletários. Ela amplia a **precarização do trabalho** e está relacionada à precarização-do-homem-que-trabalha, em sua condição de viver do trabalho. E o trabalhador cada vez

mais suscetível ao seu adoecimento (depressão, transtornos psicológicos, entre outros) (ALVES, 2014).

Dessa forma, a precarização do trabalho deve ser compreendida através das suas duas dimensões interligadas: a precarização salarial e a precarização do homem-que-trabalha. A precarização salarial compreende as condições salariais propriamente ditas (os contratos de trabalho, remuneração e jornada de trabalho) e a precarização das condições de trabalho ligadas às diversas mudanças na organização de produção: implementação da tecnologia; métodos de gestão flexível usados para intensificar a rotina de trabalho e controle do envolvimento do trabalho vivo no processo do capital. Já a precarização do homem-que-trabalha está ligada ao plano da subjetividade humana, às suas singularidades pessoais, às situações que envolvem o adoecimento do trabalhador.

Ainda que a legislação contemple avanços teóricos, legais e práticos (RODRIGUES; BELLINI, 2010), constata-se que a rede pública de saúde não inseriu, efetivamente, nas concepções, paradigmas e ações *“o lugar que o trabalho ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócio-ambiental”* (p.351), e a importância do trabalho como determinante em processos saúde-doença dos trabalhadores e suas famílias. As condições de trabalho estão relacionadas à saúde do trabalhador na contemporaneidade refletem as profundas transformações na reestruturação produtiva e a ampliação da globalização, com mudanças nas formas de organização da gestão do trabalho, gerando precariedade e fragilidade entre trabalho e saúde, impactando a vida do trabalhador e o seu meio familiar (RODRIGUES; BELLINI, 2010).

A centralidade do trabalho revela o meio essencial de humanização do sujeito com o mundo, sendo o trabalho fonte de modificação simultânea do ambiente externo e do mundo interior do sujeito e suas relações sociais. (IAMAMOTO, 2011)

Quanto a legislação, em 1990 duas leis foram criadas para dar suporte e embasamento ao definido na Constituição Federal. A Lei nº 8.080, conhecida como “Lei Orgânica da Saúde - LOAS”, foi aprovada em 19 de setembro de 1990 e “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990a) - em 28 de dezembro de 1990 foi aprovada a Lei nº 8.142, lei complementar a Lei nº 8.080. O seu conteúdo trata sobre “a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 1990b).

O Sistema Único de Saúde – SUS – está baseado no princípio de que todas as pessoas têm o direito à saúde, assim como consta no Art. 196, da Constituição Federal: “A Saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”. (BRASIL, 1988b). A sua consolidação, enquanto política pública, representa um sistema embasado na universalidade, equidade, integralidade, participação popular e dever do Estado para a garantia dessa concepção ampliada de saúde.

Através de uma concepção abrangente de saúde, o SUS possibilitou uma mudança significativa do modelo assistencial e das necessidades de saúde da população:

Ao suprimir [...] a existência de um modelo centrado na doença, deu margem para a construção de um modelo de atenção integral à saúde, pautada em princípios doutrinários jurídico-legais asseguradores de práticas de saúde que respondam não às relações de mercado, mas a direitos humanos (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 230).

Assim, com a aprovação da Lei Federal 8.080/1990 e da 8.142/1990, que se toma como horizonte o Sistema Único de Saúde (SUS), está pautada no Estado democrático e de cidadania plena, como determinante. O Art. 196 da Constituição Federal permite “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Tem-se, no SUS, um modelo de saúde alicerçado no paradigma de um conjunto de princípios que balizam suas ações no serviço através do acesso universal, integralidade, equidade, descentralização e controle social; porém, a necessidade de efetivação das ações dos serviços públicos, no sistema capitalista, ampliou as relações de aproximação e efetivação do SUS a partir da iniciativa privada, o que acentua o hibridismo do sistema brasileiro de saúde e desvenda uma proteção social e política de saúde residual.

Foi a partir do movimento da reforma sanitária e, mais tarde, com a aprovação da lei federal 8080/1990, que o SUS passa a integrar os princípios de universalidade, equidade e integralidade. E são esses princípios que potencializam e qualificam a saúde para uma atuação frente a situações de desastres.

A Lei Orgânica do SUS, aprovada em 1990, trouxe a definição de meio ambiente como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde e conferiu à saúde pública promover ações que visem garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. A missão mais importante da saúde pública é promover a saúde física e mental, além de prevenir doenças, lesões e incapacidades. A saúde pública volta-se para aspectos de saúde e segurança que afetam populações e não indivíduos; busca promover comportamento saudáveis, assegurar a qualidade e o acesso aos serviços de

saúde e reconhecer eventos que afetem comunidades inteiras, estados ou nações. Serve, também, como rede de segurança, garantindo a disponibilização de cuidados de saúde quando isso não é possível em uma comunidade.

Assim, a lei orgânica da saúde aponta três pontos referentes a desastres como “situações emergenciais ou de calamidade pública”. No capítulo que trata de Planejamento e Orçamento, prevê, excepcionalmente, a transferência de recursos mesmo esse não previsto nos planos de saúde, em situações de emergenciais ou de calamidade pública. Logo, o ente municipal ou estadual pode realocar os recursos previstos nos planos de saúde a partir do decreto de emergência.

No capítulo referente às Atribuições Comuns, é previsto, para uma situação de desastre, que o ente público (prefeito, governador e presidente da república) solicite a aquisição de bens e serviços de terceiros (serviços hospitalares, requisição de equipe ou órgãos de serviços entre outros). E, por fim, com relação às Competências, a União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, a exemplo casos de epidemia.

No campo da saúde, no Brasil, a assimilação dos pressupostos neoliberais, a partir do início da década de 1990, momento em que também se iniciava o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultou num quadro que pode ser caracterizado da seguinte forma: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo. (FIOCRUZ, 2017)

Assim, as políticas sociais, no pensamento neoliberal, não são compreendidas como direitos, mas como forma de assistir aos mais necessitados ou como ato de filantropia; daí que a ação do Estado deve ser focalizada nos pobres, e a sociedade, na figura das organizações não-governamentais e no voluntariado, deve ser estimulada a assumir responsabilidades pela resolução dos seus problemas, reduzindo a carga imposta ao Estado ao longo do tempo. (FIOCRUZ, 2017)

A fala do gestor hospitalar, traduz os impactos do neoliberalismo, a redução dos direitos sociais o sucateamento, precarização e desmonte das políticas sociais, entre elas, a política de saúde:

(...) E aquilo ali para a gente parece que naturaliza, entende? Então esse modo de garantir ou de oferecer. Que garantir não garante nada. Esse modo de oferecer que é o retorno do que a sociedade tem das políticas públicas é muito complicado, porque não assegura nada, não assegura nem que tu responsabilize, não assegura se tu não responsabilize um ente público por ter matado 200 pessoas. Tu vai te assegurar de responsabilizar os entes públicos de outro modo, também estão matando gente nas filas quando tu abandona nas emergências (ENTREVISTA /GH).

É nesse contexto que evidencia-se que a Política de Saúde no Brasil sofreu ao longo das últimas duas décadas uma série de significativas reestruturações enquanto política pública. A saúde é uma questão que tem ocupado o centro das atenções de muitas pessoas, governos, empresas e comunidades, e corresponder a um estado de vida, a saúde compõe um setor da economia onde se produzem bens e serviços (PAIM, 2009, p. 11).

Entretanto, as sucessivas políticas neoliberais e ajustes fiscais colaboraram para a não consolidação de um sistema de seguridade social brasileiro. Já que a priorização de aspectos econômicos, em detrimento do social, contribuiu para uma fragmentação e disputa de poder e recursos entre ministérios e secretarias (BOSCHETTI, 2004)

O envolvimento do privado no público desenvolve um sistema híbrido, o qual submete a saúde pública à lógica de mercado. E o representante da gestão da Política de Saúde Estadual revela ao apontar as dificuldades e divergências encontradas na garantia e efetivação no acesso às medicações aos sobreviventes. O gestor estadual em sua fala refere: *“Eu não posso te dar um broncodilatador que não tá dentro do Sistema Único de Saúde, aprovado pela Anvisa, porque eu não tenho como sustentar a compra desse medicamento; isso é muito difícil das famílias entenderem, né”*. A lógica privatista e o descaso com a vida humana impedem na sua perversidade que a política social pública adquiram efeitos relativamente barato, mas que pode salvar vidas humanas.

A política de saúde vem sendo ameaçada e disputa com o mercado privatista, e uma política que pode render lucros reflete no funcionamento dos serviços de saúde, e no caso dos sobreviventes do incêndio da Boate Kiss, os serviços de saúde privado receitavam medicamentos e tratamentos, não contemplados pela tabela do SUS, comprometendo a execução da política pelo Estado. Criando animosidades entre sobreviventes, familiares e gestores e interferindo na condução e direcionamento das ações para efetivar respostas e garantir os direitos dos atingidos.

Hoff (2016, p. 61) ressalta que “com o aumento das parcerias público-privado, nota-se que a lógica e os processos de trabalho do mercado acabam por se inserir na coisa

pública. Há um aumento crescente dessas parcerias, que estão cada vez mais presentes no cenário das políticas públicas”. A manutenção das políticas sociais pelo Estado vem sendo subordinadas a parcerias privadas, contratos de gestão com instituições filantrópicas, convênio público-privado, entre outros. A presença do “privado na coisa pública” busca atender os interesses do mercado. Nesse caso, torna a situação mais agravada, pois o desastre exige dos entes públicos respostas rápidas e efetivas do SUS. A saúde privada, em sua lógica mercantilizada, vê a oportunidade de efetivar seus interesses e parcerias empresariais. Por outro lado, a ineficiência do Estado em oferecer o serviço contínuo acabou tendo que ser complementada pela atuação junto a empresas e farmácias privadas. Como retrata um trecho da entrevista: *“A situação dos medicamentos para essas vítimas. Acredite o Estado nunca responde o que eles precisam, e aí o que se faz? A associação das vítimas vai em uma condição de mendicância pedir nas farmácias doações desse medicamento”* (entrevista /GH).

O hibridismo entre o público e o privado, no âmbito da saúde, proporciona, de um lado, o fortalecimento dos planos de saúde privado e, de outro lado, uma falta de credibilidade ao SUS, um esvaziamento, onerando usuários, mercantilizando a saúde e favorecendo o setor empresarial (BOSCHETTI apud SILVA, 2012).

Behring (2012) enfatiza que o grande desafio em consolidar um modelo de seguridade social, com caráter universal, está na escolha das estratégias de concepção das políticas públicas incluídas no campo da proteção social brasileira. Assim, a autora destaca que as possibilidades de implementação das políticas sociais estão relacionadas ao conjunto de decisões ético-políticas e econômicas, as quais demandam maior clareza no seu processo de definição das políticas públicas a nível Estadual. Nessa perspectiva, Mendes; Wunsch e Couto (2006) apontam para a necessidade de políticas sociais que superem o seu “caráter focal e temporal” no enfrentamento da questão social. Esse modelo focalizado adotado não rompe com o conjunto de desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista, pois:

“ um efetivo sistema de proteção social só se constrói no reconhecimento da existência da desigualdade resultante do sistema vigente e a cidadania pensada na perspectiva contra hegemônica, para que possam conformar novos referenciais de seguridade social que façam frente a incertezas que atingem a todos os trabalhadores, ultrapassando valores morais que impulsionam historicamente o sistema de proteção social, em tempos de crises de acumulação, desvinculado da noção de direito e fundamentado apenas no compromisso da sociedade civil com os infortúnios individuais”. (MENDES; WUNSCH E COUTO, 2006, p. 57)

Pereira (2013), ao analisar como se constituiu a proteção social no capitalismo, esboça uma crítica a partir da análise das matrizes teóricas ideológicas que influenciaram a constituição de uma proteção social residual. Assim, a autora afirma que:

A matriz residual traduz a produção social relutante, admitida desde que seja pontual, emergencial, condicional, focalizada e mínima, a fim de garantir a coesão, a ordem e harmonia sociais indispensáveis para o bom funcionamento da sociedade capitalista. (PEREIRA, 2013, pág. 282)

Desse modo, a política social pode ser compreendida como determinada não somente pelas transformações engendradas pelo capitalismo, mas pela estreita relação com a dinâmica das lutas sociais que se expressam nos processos de ampliação dos direitos de cidadania. Assim a manutenção e o fortalecimento dessas políticas é atravessada pela participação e luta destes movimentos e dessa luta social.

No Brasil, o direito à saúde passa a ser garantido para todos de forma igualitária, através de uma política de proteção social, por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, que institui o Sistema Único de Saúde - SUS. De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde:

É um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988b).

E essa conquista da população brasileira faz parte de uma longa trajetória de lutas sociais e desafios na tentativa de consolidar a democratização da saúde no país, por meio da chamada Reforma Sanitária, tendo à frente, desse movimento, homens e mulheres que enfrentaram a ditadura e denunciaram o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde (PAIM, 2009, p. 29).

Diante desse cenário econômico e político, a seguridade social passa por readequações perante as necessidades do capital, e parcerias comunitárias e com ONGs passam a ser indispensáveis para atender a população descoberta pela “proteção do trabalho”; observa-se fortalecendo a focalização na aplicação de recursos aos mais pobres, a falta de investimentos à ampliação de serviços públicos, e um crescimento de “ações” pelo terceiro setor. Neste contexto, de precarização das políticas públicas se intensifica a dramaticidade de um desastre que afetou a comunidade, as cidades vizinhas, outros países, pessoas que circulavam pelo local, desabrigados e todos aqueles que, de alguma maneira, atuaram no evento (profissionais de socorro, profissionais da saúde e

voluntários). As precárias condições para intervir no evento, stress, o investimento financeiro insuficiente e o sentimento de desvalorização, associados a um contexto de desastre, promoveram, no trabalhado o sentimento de impotência política com distanciamento dos atores concretos que conduzem as decisões no poder público. Sentimento antagônicos, receios, perda de objetividade, distanciamento dos interesses coletivos, medo de sofrer represálias, medo de luta.

Daí, quando há algum... um sentimento de movimento, digamos assim, de: “ah, não vamos aceitar isso, não vamos...”, vem aquele lembrete: “mas se lembra que você é contratada”. Tipo assim: esqueça a história que você pode ter tido em relação a tudo que aconteceu, a sua experiência, esqueça qualquer outra coisa. Lembre que você tem um contrato e ele pode acabar. (Entrevista /GF)

Um desastre pode ilustrar e conter em si a deterioração das condições sociais, pela expansão de trabalhadores em condições precárias de trabalho, o desmonte das políticas sociais, dos serviços públicos, das proteções e dos direitos que compõem o Estado de Bem-Estar Social (VALDARES, 2001).

O desastre demonstrou as limitações do serviço de saúde ofertado pelo município, apresentando insuficiência dos recursos humanos, limitações nas ações integradas evidenciando que uma saúde focalizada e fragmentada. Essas limitações levaram a gestão municipal organizarem três meses a constituição de uma equipe mínima (sem a presença do voluntariado) para atender as necessidades geradas em virtude do desastre, pois, nos primeiros meses após o desastre, os atendimentos foram realizados por profissionais voluntários. *“A gente escrevia um relatório e mandava pra Política Nacional de Humanização - PNH, ia para os registros da PNH, para poder ver qual era a situação dos voluntários e também para mobilizar isso, que não poderia continuar isso por muito tempo, mas na verdade foi voluntariado até março de 2013”* (entrevista /GF). Sabe-se que o voluntariado é importante mas não garante a continuidade das ações e que não pode ocupar o lugar do trabalhador das políticas públicas, pois significa a desmobilização dos direitos.

As redefinições realizadas na seguridade social para adequá-la ao grande capital impuseram a política de saúde (política social integrante do tripé da seguridade social), o redirecionamento de seus recursos e a realização de parcerias com instituições privadas e filantrópicas, conseqüentemente, vetando a ampliação de seus serviços públicos (MOTA, 2009).

A proposta na década de 1980 de política de saúde tem sido, paulatinamente, destruída, e a saúde, vinculada ao mercado, tem assumido os custos da crise, que compromete o avanço do SUS como política social, a partir da alocação de recursos públicos pela não uniformização dos orçamentos federal, estaduais e municipais, ferindo o princípio da equidade; prioridade para as ações médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde, não efetivando o princípio da integralidade. Esse projeto de saúde, articulado ao mercado, pauta-se na Política de Ajustes que tem como principal tendência a contenção de gastos (MOTA, 2009).

Para YAZBEK (2012), esse desinvestimento acarreta que indivíduos, famílias e classes sociais, muitas vezes, ficam fora da "rede de segurança" propiciada pela proteção social pública e que, por isso, encontram-se em situações de vulnerabilidade e risco social. Dessa forma, quando ocorre um desastre, as políticas de atenção às vítimas de desastres, e aqui, especificamente, a política de saúde, também revelam essas relações e desigualdades inerentes ao sistema. Uma abordagem que compreenda os desastres como um processo social vai considerar o momento anterior a ele, o próprio evento, bem como o momento posterior, e vai atuar, ou pelo menos deixar de ignorar, as violações de direitos que, desde então, ocorrem.

Compreende-se que os desastres correspondem a falhas no sistema social, e não erros meramente externos e socialmente inimputáveis (QUARENTELLI, 1998). Independente da causalidade que lhes for atribuída, os desastres consistem, sobretudo, em processos de ruptura social, refletindo, necessariamente, o tipo e o grau de preparação do sistema social em especial da Política de Saúde para lidar com os riscos: sejam eles de ordem natural ou tecnológicos e para gerir fenômenos em grande parte por ele próprio criados, na produção de um ambiente cada vez mais socialmente construído. (RIBEIRO, 1995). Nesse sentido, os desastres consubstanciam-se em processos intrínsecos ao sistema social e às dinâmicas de construção social, assim, a partir da articulação desse sistema social e do ambiente construído, podem surgir novos riscos de desastres, como também, podem manifestar-se outros preexistentes.

Dessa forma, a seção seguinte tem como propósito apresentar discussões a partir das análises realizadas na pesquisa documental com: legislações, portarias e planos de saúde municipal e estadual.

3.2 Desastre e os Aspectos legais: *“Todas as leis de desastre são para construir ruas, estradas, pontes, e para construir casas e para dar doações”*³⁶

As lacunas existentes nas leis e protocolos existentes quanto a desastres “não naturais” se revelaram na pesquisa documental a qual foi desenvolvida com o propósito de identificar a existência de protocolos, estratégias e ações de prevenção e/ou de mitigação previstas para o enfrentamento de desastres. A coleta foi realizada nos sites oficiais do Ministério da Saúde, Ministério da Integração Nacional, Secretaria Estadual de Saúde/ RS (SES/RS) e Secretaria de Município da Saúde/ Santa Maria (SMS/Santa Maria) buscando legislações, portarias e Plano de Saúde Municipal de Santa Maria e Plano de Saúde Estadual/RS, totalizando 13 documentos. Os dados e informações encontrados foram organizados no quadro VI (apêndice F), no qual consta o título do documento e do que se trata, data de publicação, a instância em que foi publicada, a existência ou não de discussão referente a desastres nos documentos e as observações realizadas a partir da leitura dessas publicações.

As análises realizadas nos planos, legislações, portaria em vigor apontam que um número significativo dos documentos abarca os desastres climáticos, os quais, por serem mais frequentes, justificam a inserção e destaque nas leis, revelando uma preocupação ainda incipiente com a normatização de desastres de origem não naturais. Carvalho (2013) salienta o ponto crítico diante da estrutura legislativa do direito dos desastres no Brasil; está relacionada a essa ausência de normatização aos desastres de origem não natural. E destaca a importância das estruturas legislativas voltadas a desastres incluir as amplas possibilidades de riscos e perigos, fases de ocorrência e, principalmente, as medidas compensatórias às vítimas.

Essa lacuna da explicitação dos diferentes tipos de desastres nas legislações e portarias expressa uma contradição que deve ser superada, possibilitando que a cada desastre suas demandas devem ser atendidas. Logo a sua não superação apresenta como consequência, uma limitação de ações pelos municípios, já que o direcionamento dos recursos se reduz à infraestrutura urbana. Como aponta a fala do gestor municipal *“Todas as leis de desastre são para construir ruas, estradas, pontes, e para construir casas e para dar doações”* (entrevista /GM).

³⁶Fragmento da fala da entrevista realizada com o Gestor Municipal da Saúde.

Dessa maneira, o desastre na boate Kiss impôs a urgência na ampliação nas legislações federais e estaduais, contemplando aquele tipo de desastre com investimento em ações de prevenção, como investimento na Atenção Básica em saúde, especialmente em serviços de atenção psicossocial da saúde, nas ações das políticas de assistência social e cultura, e outras políticas sociais que possam dar conta da complexidade de ações necessárias para o suporte, apoio e reorganização das famílias, da comunidade, com a consolidação dos recursos que darão continuidade às ações pós-desastre. A inexistência de recursos ou a dificuldade de acessar recursos, de forma imediata, limita as condições do município em efetivar respostas diante do desastre.

Os planos de saúde do estado do Rio Grande do Sul e do município de Santa Maria são instrumentos de planejamento de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito estadual e municipal, e tem como objetivo orientar as políticas públicas no período, a partir das necessidades de saúde da população e nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Na sua elaboração, contém as análises situacionais do território, de forma regionalizada, definem diretrizes, objetivos e metas a serem alcançados no período de quatro anos e identificam estratégias para o monitoramento e a avaliação das metas previstas no âmbito estadual e/ou municipal (SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Para essa pesquisa, as análises incluíram os planos de saúde estadual e municipal, construídos pós o desastre no município de Santa Maria e no Estado do RS, a fim de identificar, em seus objetivos, diretrizes e metas, o que foi incorporado pela política de saúde após o desastre ocorrido em 27 de janeiro de 2013.

3.2.1 - Plano Municipal de Saúde de Santa Maria – RS (2013 – 2017): *“Estado e União, eles aportaram muito recurso financeiro, isso suportou ali a cena, mas, mesmo assim, a rede não conseguiu se expandir”*.³⁷

O Plano Municipal de Saúde de Santa Maria foi concluído em julho de 2013, está em consonância com o sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (Planeja SUS), o qual é resultante da associação de diversas leis, com ênfase nas Leis Federais 8.080/1990, 8.142/1990 e decreto nº 7.508/2011 – que regulamenta a lei 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA 2013-

³⁷Fragmento da fala da entrevista realizada com o Gestor Estadual da Saúde.

2017).Esse documento foi elaborado por profissionais e gestores da Secretaria Municipal de Saúde, com posterior aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, e utilizou como base indicadores por série histórica nos dados epidemiológicos, releitura e avaliação do PMS anterior (2009-2012) e relatórios das 8ª e 9ª Conferência Municipal de Saúde de Santa Maria; da Conferência de Saúde Mental; da 4ª Conferência Municipal do Idoso e da 7ª Conferência Municipal da Criança e do Adolescente (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA 2013-2017).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) sistematiza o conjunto de proposições políticas do governo municipal na área de saúde, isto é, o conjunto das propostas de ação em relação aos problemas e necessidades de saúde da população do município, levando em conta os princípios e diretrizes gerais que regem a política de saúde no âmbito nacional e estadual (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA 2013-2017).E, principalmente, apresenta as intenções e os resultados pretendidos no período de 2013 a 2017expressos nos objetivos, diretrizes e metas e nos cinco eixos temáticos: Eixo I: Rede de Atenção à Saúde; Eixo II: Gestão na Rede de Atenção à Saúde; Eixo III: Educação Permanente; Eixo IV: Controle Social e Eixo V: Ações Intersetoriais.

As análises apontam que o PMS, elaborado após o desastre, não contempla a denominação e/ou a classificação de desastres, apenas identifica metas e ações planejadas com base nas fragilidades evidenciadas pós desastre da Boate Kiss. Nesse documento, estão nos eixos I e II metas para qualificação da gestão e da rede de atenção à saúde. Dessa forma, o quadro a seguir sistematiza as principais ações apresentadas no PMS 2013-2017, que procuram responder às fragilidades evidenciadas pelo desastre as quais também são referidas nas entrevistas com gestores e profissionais da saúde.

QUADRO 4 - Sistematização das principais ações propostas no PMS 2013-2017- Santa Maria, pós desastre Boate Kiss.

EIXO	META	AÇÕES
	<p>1.1 Qualificação da Atenção Básica no Município de Santa Maria-RS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a cobertura de ESF, com equipes completas; para no mínimo 50% do município (contemplando todos os distritos); - Implementar processos de acolhimento a demanda espontânea para ampliação e qualificação do acesso; - Implantar Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), conforme Portaria 2.488 de 21 outubro de 2011 e realizar o matriciamento na rede de Atenção Básica; - Abrir terceiro turno para atendimento da população a partir os indicadores epidemiológicos; - Realizar as ações propostas nos convênios, servindo de referência e apoio matricial aos residentes das IES; - Instituir os Protocolos/Diretrizes Terapêuticas preconizados pelo MS, referente às políticas instituídas no município
	<p>1.3. Criação do Serviço de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria e ouvidoria no Município de Santa Maria-RS.</p>	<p>-Monitorar e fiscalizar a execução do plano de Urgência e Emergência no município.</p>
		<p>- Elaborar um plano de Urgência e Emergência no município contemplando a integração das UBSs, UESFs, ambulatorios especializados, Serviço de Diagnóstico e Terapias, Leitos Hospitalares de Retaguarda (gerais e UTI), Atendimento Domiciliar e reabilitação, assim como UPA e SAMU;</p>

Eixo I: Rede de Atenção à Saúde	1.5. Reestruturação dos serviços de Urgência e Emergência do Município.	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer fluxos de referência e contra referência, incluindo saúde mental na atenção às Urgências e Emergências; - Realizar Educação Permanente às Equipes de atenção às Urgências e Emergências conforme as diretrizes do SUS.
	1.11. Reestruturação e Qualificação da Rede de Atenção em Saúde Mental.	<ul style="list-style-type: none"> - Estruturar a rede de saúde mental no município de forma articulada com os demais serviços de saúde, contratualizando com a Secretaria Estadual de Saúde os leitos psiquiátricos necessários para garantir a demanda. Criar Conselho Gestor da Saúde Mental no Município de Santa Maria-RS; - Implantar o matriciamento em saúde mental e definir/instituir as equipes de referência em saúde mental para as UBS; - Ampliar o acesso à Atenção em Saúde Mental com contratação de profissionais, especialmente psiquiatras; - Capacitar os profissionais da rede para o acompanhamento do usuário com transtornos mentais com vistas a sua gradativa reinserção na comunidade; - Realizar ações de saúde mental por meio de grupos e sala de espera; - Realizar atendimento em grupos terapêuticos no ambulatório de Saúde Mental (por psicólogos) durante a espera para consulta psiquiátrica; - Capacitar os prescritores da Rede Básica de Atenção para garantir a continuidade do tratamento do usuário da saúde mental; - Verificar a necessidade e a viabilidade de ampliação do horário de atendimentos nos CAPS AD com criação do 3º turno;

		<ul style="list-style-type: none"> - Transformar o CAPS ADII em CAPS ADIII; -Recuperar e qualificar a Política de redução de danos em saúde mental; - Incluir as famílias dos usuários do serviço de saúde mental, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade social; - Pactuar com a SES leitos hospitalares para os casos de internação em saúde mental; - Garantir a realização da capacitação introdutória aos profissionais admitidos no serviço de saúde mental da SMS-SM; <p>Ampliar as equipes de saúde mental contemplando terapeuta ocupacional, farmacêutico, educador físico e artista plástico;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Completar as equipes mínimas dos CAPs conforme Portaria Nº 336 do MS; - Recuperar os protocolos na Atenção à Saúde Mental e estabelecer os fluxos da Saúde Mental e a rede (referência e contra referência); -Garantir o acesso aos trabalhadores de saúde e usuários à prestação de contas dos recursos destinados aos CAPS.
Eixo II: Gestão na Rede de Atenção à Saúde	2.4 Planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar a Política Nacional de Humanização; - Implantar novos serviços de saúde, conforme a necessidade da população santa-mariense (Ex: Incidente Kiss).

Fonte: Sistematizado pela autora a partir da análise do Plano Municipal de Saúde de Santa Maria 2013-2017.

Na ocasião do desastre, a Rede Municipal de Atenção Básica (RAB) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Santa Maria apresentavam fragilidades consideráveis com relação à cobertura de serviços e ao número de profissionais integrantes nas equipes, uma ausência de articulação inter e intra-institucional, sendo esse o desafio enfrentado no planejamento e na articulação entre as políticas públicas (NOAL et al, 2016). Nos dados do Departamento de Atenção Básica – DAB consta que, em janeiro de 2013, momento do desastre, a população de Santa Maria era de, aproximadamente, 262.369 pessoas, e que a cobertura pelas equipes de saúde da família era de 41.400 pessoas - o equivalente a 15,78%. Ou seja, 84,22% da população de Santa Maria não tinha cobertura da Estratégia de Saúde da Família – ESF no território (PORTAL DA SAÚDE, 2017). Percentual que representa o quanto a rede de saúde estava desassistida no momento do desastre.

Para a Política Nacional de Atenção Básica, é a ESF que possibilita a qualificação e expansão da Atenção Básica no país pela característica da formação de uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A ESF está alinhada aos princípios do SUS e sua relevância é justamente pela capacidade da resolutividade e ampliação do cuidado em saúde de pessoas e comunidades e promoção de uma melhor relação entre custo-efetividade (BRASIL, 2012).

NOAL et al, (2016) retrata sobre a rede de saúde de Santa Maria no momento do desastre:

Naquele momento, o município também contava com um ambulatório de saúde mental cuja equipe era formada por um grande número de especialistas, trabalhando sem articulação em rede com os demais serviços, sem oferta de dispositivos terapêuticos para além do atendimento individual, e sem um trabalho georreferenciado do território. No que tange ao componente hospitalar da estratégia de Atenção Psicossocial e Saúde Mental, Santa Maria contava com 25 leitos habilitados na Casa de Saúde, em processo de adaptação às novas diretrizes do Ministério da Saúde para leitos de SM integrados em hospitais gerais. Havia também outros 25 leitos de saúde mental e uma emergência psiquiátrica 24 h no Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM. (p. 935-936)

Tais fragilidades na composição da rede, do modelo de atenção, da gestão das políticas e de articulação intra e interinstitucional ficam evidentes na fala do gestor estadual ao apontar *“a gente identificou imediatamente que precisava de um espaço 24 horas, (...) nós temos que ter um serviço de acolhimento para essas pessoas que precisam expressar esse sofrimento, isso tem que ter um espaço de acolhida”* (entrevista 2/GE).

As lacunas já existentes na rede de saúde do município impuseram o replanejamento da estrutura de saúde ofertada no município, redirecionando recursos para fortalecer a rede de saúde mental e atenção básica. Dessa forma, o PMS (2013-2017), com relação ao seu eixo I- Rede de Saúde, explicita a preocupação da gestão municipal e apresenta, como intenção, a necessidade de ampliação e qualificação da Atenção Básica, a fim de fortalecer o cuidado em saúde no território; a reestruturação da rede de urgência e emergência, contemplando fluxos, planos de urgência e emergência e ampliação de capacitação neste seguimento; e a ampliação da Rede de Atenção em Saúde Mental, buscando articulação com os outros serviços, qualificação e ampliação do quadro de profissionais e estratégias e ferramentas para ampliação das ações.

Também evidencia, em seu eixo II - gestão na rede de atenção à saúde, ações específicas demandadas pelo desastre, ainda que não seja referido o termo desastre, como: implementação de um novo serviço temporário de atenção psicossocial, criado com a finalidade de atendimento exclusivo a sobreviventes, familiares e comunidade afetada; preocupação em implementar a Política Nacional de Humanização – PNH a qual possibilita a rede de saúde construir processos coletivos de enfrentamento de relações, trabalho e afeto estimulando a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2013).

O desastre revelou lacunas na rede de saúde do município, determinando o investimento e o fortalecimento na atenção básica e na rede de saúde mental identificadas como prioritárias, porém as limitações na implementação das propostas apontadas no PMS não se efetivaram totalmente como expresso na fala do gestor estadual.

Que o município ainda não tinha, no sentido de expandir a sua rede, fortalecer... Quando a gente chegou (eu quero contextualizar bem essa crítica para não parecer uma coisa...), a Atenção Básica no modelo muito funcionalista, baixíssima cobertura de Estratégia de Saúde da Família... tudo isso influencia muito no resultado com eles. Onde a gente precisa da busca ativa?! Na atenção básica. Não tem busca ativa sem ter Estratégia de Saúde da Família, tu não tem agente comunitário de saúde, tu não tem, Então, isso foi um complicador. Mas, é claro que, para o município sair dessa situação, o estado investe, a união investe, mas ou município tem a sua parcela, e o município não conseguiu colocar a sua parcela (...) Então, o Estado e União eles aportaram muito recurso financeiro, isso suportou ali a cena, mas, mesmo assim, a rede não conseguiu se expandir no que a gente gostaria que ela se expandisse porque o município não tinha como entrar com essa parcela. Então... E todo o orçamento do SUS é tripartite, né, você não consegue sustentar um equipamento sem o município tem que dar o seu, Então, por exemplo, na saúde mental especificamente, a gente dizia: “tá caindo de maduro o ter o CAPS 3”.

Assim, o desastre revelou a situação precária da rede de saúde no município e expôs, também, que a gestão municipal não soube aproveitar estrategicamente o episódio para o fortalecimento da rede de saúde. Foi um momento estratégico, com destaque na mídia nacional e internacional, para chamar a atenção de outras instâncias federativas para a precariedade e necessidade de ampliação de recursos, auxiliando o município a consolidar a sua rede de saúde no âmbito da atenção básica e saúde mental e, assim, efetivar suas responsabilidades como órgão gestor, potencializando os serviços das políticas sociais, em especial a política de saúde

3.2.2 Plano Estadual de Saúde do RS (2012-2015):

O Plano Estadual de Saúde 2012-2015(PES), elaborado pela Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul – SES, teve o envolvimento de trabalhadores da SES. Foi discutido com o Conselho Estadual de Saúde – CES e sua aprovação ocorreu em plenária, no mês de julho de 2013. O PES configura-se como “um requisito legal, traduz a intenção política da atual gestão e explicita as diretrizes, objetivos e as metas para o período de quatro anos” (p.14); teve como orientador o Decreto Presidencial nº 7.508/2011 e como subsídios o desenho do Mapa Estratégico do Governo, o Plano Plurianual Participativo 2012-2015 e a definição do novo desenho das Regiões de Saúde, os quais forneceram as bases para a composição do instrumento. (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO RS 2012 - 2015).

A elaboração do plano iniciou no ano de 2011 coordenado pelo Grupo de Trabalho (GT) de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão da SES, participação dos municípios e parceria do conselho das secretarias municipais de saúde – COSEMS do Rio Grande do Sul. Foi estabelecido o Governo do Estado daquela gestão como um dos eixos estratégicos “Elevar a qualidade de vida e erradicar a pobreza extrema”, desenvolvendo políticas públicas de proteção, inclusão social e combate à miséria. Está organizado em dois capítulos. O primeiro capítulo contempla as condições de saúde da população gaúcha, o desenho do território e a organização da atenção à saúde no Estado; discute a gestão do SUS, com ênfase no planejamento, monitoramento e avaliação, financiamentos e investimentos, participação social, infraestrutura e tecnologia da informação, bem como a educação e a pesquisa em saúde coletiva. O segundo capítulo apresenta os objetivos, as metas e os indicadores de monitoramento propostos a partir dos problemas evidenciados na Análise Situacional em cada uma das três

diretrizes estabelecidas: atenção à saúde, gestão em saúde e educação e pesquisa em saúde coletiva.

A análise do plano indica que as ações de estratégia e enfrentamento a desastres são direcionadas apenas aos desastres ambientais, como já referido anteriormente pela frequência maior, seja devido às alterações climáticas mundiais e, também, porque geram impacto tanto na saúde das populações atingidas como nos próprios serviços de saúde e de assistência em geral. A alta ocorrência de desastres ambientais impôs ao governo do estado a criação da Vigilância de Eventos Ambientais Adversos à Saúde, a fim de mapear os riscos e o grau de vulnerabilidade das populações envolvidas a fim de prevenir e minimizar danos.

O Rio Grande do Sul sofre regularmente eventos climáticos extremos, mais recorrentes em algumas áreas, destacando-se três tipos: as chuvas intensas (que provocam enchentes, inundações, enxurradas, alagamentos e deslizamentos de terra), as estiagens, os vendavais (temporais, ciclones extratropicais, tornados e furacões), a queda de granizo e as elétricas (raios). (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DO RS 2012-2015)

O PES dá ênfase e direciona suas ações no enfrentamento a desastres ambientais e menciona desastres provocados por acidentes com produtos perigosos, incêndios e queimadas, sinalizando que esses ocorrem com certa regularidade, porém, com menos frequência do que os desastres ambientais. Refere ainda que os maiores riscos envolvem instalações fixas como no transporte de carga, desastres envolvendo jovens em acidentes de automóvel e motocicleta, atropelamento, quedas de bicicleta e afogamento. Fica evidente o direcionamento das ações da política de saúde voltadas, especificamente, a desastres ambientais e o destaque para a necessidade de manter recursos que possam ser rapidamente utilizados no enfrentamento aos eventos ambientais adversos ou a outras situações inusitadas (como surtos/epidemias). Com essa perspectiva, criou-se a Política de Enfrentamento aos Desastres Ambientais, que possibilita a alocação de, no mínimo, 10% (dez por cento) do valor orçamentário dos recursos da Vigilância em Saúde, a título de Reserva Estratégica, recursos que poderão ser repassados aos municípios por meio de pactuações dos gestores na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

É inquestionável a existência de uma política específica de enfrentamento aos desastres ambientais por configurarem situações recorrentes no estado, com enchentes, deslizamentos e transbordamentos de rios que se repetem anualmente em diversos municípios do estado. Porém, é importante ressaltar, e isso foi revelado duramente o desastre da Boate Kiss, que aquele tipo de desastre não apresenta o mesmo tipo de demandas, características e necessidades de um desastre ambiental e que, portanto, as ações e respostas também devem ser diferentes. A política

de saúde estadual e municipal não estavam preparadas com ações já desenhadas para aquele tipo de evento. E ainda, porque, segundo o depoimento dos participantes da pesquisa, a preparação dos profissionais da saúde para uma situação de desastre também se compõe da experiência vivenciada “*eu não tinha nenhuma formação específica nisso, e o que eu tinha era a experiência de ter vivido algumas situações, por estar na coordenação do Estado, em relação a enchente*” (entrevista 3/GE).

O PES (2012 - 2015) faz referência para a necessidade da Rede de Urgência e Emergência acionar a ação da Força Nacional do SUS em situações de desastre, a qual:

“É um componente humanitário do SUS, estruturante da Rede de Atenção as Urgências, que sob a gestão do Ministério da Saúde objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações emergenciais ou de risco para populações com vulnerabilidades específicas em regiões de difícil acesso. Existem situações que exigem maior participação do poder público, tais como as catástrofes que envolvem múltiplas vítimas e demais condições de calamidade, em especial, de natureza epidemiológica; as situações que demandam rápida atuação com atendimento médico especializado e apoio logístico; situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de populações especiais, como povos indígenas e outras comunidades” (p. 124, 2012).

Os dados apontam que, a partir da atuação da Força Nacional do SUS, no desastre da Boate KISS, o estado passou a absorver diversas tecnologias e ações trazidas pela equipe nacional, como a Criação da Força Estadual do SUS, como relata o gestor estadual “*com a KISS, e com a possibilidade da Copa, se criou na época a força Estadual do SUS, que tinha Força Nacional, também por lei estadual com um orçamento, com um equipamento tem um hospital de campanha, ele é inflável com montagem de várias barracas*”. Contudo, com relação ao direcionamento de recursos, o PES prevê apenas situações que envolvam desastres ambientais não abrangendo outros tipos de desastre. Cabe ressaltar que esse plano teve a sua publicação e finalização após o desastre da Boate KISS, não aportando nenhuma informação adicional e/ou direcionamento quanto ao desastre.

As dificuldades de acesso aos recursos foi um ponto destacado pelo gestor municipal, pois o tipo de desastre não estava previsto em lei federal e suas demandas se diferenciavam das demandas geradas por um desastre ambiental. O próprio município, em seu plano de contingência a desastres, previa o direcionamento de recursos para obras de infraestrutura, alimentos e materiais de consumo como preconizado nas regulamentações federais. Como enfatiza o gestor municipal a seguir:

“Na realidade, o único que existe e que não se adequava à situação é o da defesa civil, porque da defesa civil já tinha, já tinha a lei, tudo, mas que sempre é com situações de perda de casa, de doação de roupas de alimentos, esse foi um tipo de desastre que não teve essa situação. E então nem existe na lei federal possibilidade disso. Tanto que nós encaminhamos, a gente tentou, eu, através da Secretaria de Saúde, tentamos captar recursos para dar continuidade ao processo de atendimento, de acolhimento, tipo, para fazer eventos com jovens e tudo, e não conseguimos porque não tem previsão na lei federal. Todas as leis de desastres são para construir ruas, estradas, pontes, e para construir casas e para dar doação” (Entrevista/GM).

As análises evidenciam que pelas características das leis e decretos quanto a desastres, como já apontado, emperra também na burocracia dos trâmites para liberação de recursos em todos os níveis e serviços. E, assim como o município, o hospital universitário referência na região necessitou constituir um serviço de atendimento específico aos sobreviventes para realizar o atendimento longitudinal, como aponta a fala do gestor hospitalar:

A fragilidade mais grave que eu senti, que nós conseguimos constituir uma equipe lá em maio, desastre foi em janeiro, então a liberação de um recurso para fazer isso acontecer, nesse país é uma coisa absurda, entende? ah, mas não tem forma, não tem isso, não tem aquilo, tem que tramitar nisso, tem que tramitar naquilo, bom! A gente cansa! Entende para onde a gente parte! A gente parte para pedir para um pedir para outro, para poder da conta, entende? Então essa burocracia que não nos permite, acesso imediato, a recursos, a estruturas, é muito grave também. Em uma situação como a dessas que nós passamos. (Entrevista/GH)

No momento que ocorreu o desastre estava em vigor a lei 12.340/2010³⁸, a qual apresentava requisitos para o reconhecimento da situação de desastres e liberação de recursos e definia como obrigatória a atuação financeira da união, perante os demais entes da federação diante de situações de emergência ou calamidade pública, estabelecendo critérios para que o ente federativo tenha sua situação de desastre reconhecida. Assim, a lei 12.340/2012 apontava em seu artigo 3º:

Art. 3º o poder executivo federal apoiará, de forma complementar, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios em situação de emergência ou estado de calamidade pública, por meio dos mecanismos previstos nesta lei.

§ 1º apoio previsto no caput será prestado aos entes que tiverem a situação de emergência ou estado de calamidade pública reconhecidos pelo poder executivo federal.

§ 2º o reconhecimento previsto no § 1º Dar-se-á mediante requerimento do poder executivo do Estado, do Distrito Federal ou do Município afetado pelo desastre. (CARVALHO, 2013, p. 83)

³⁸A lei 12.340/2010, de 1º de janeiro de 2010, foi alterada pela lei 12.983 em 3 de junho de 2014 e dispõem sobre as transferências de recursos da União aos órgãos e entidades dos Estados, Distrito Federal e Municípios para a execução de ações de prevenção em áreas de risco e de resposta e recuperação em áreas atingidas por desastres e sobre o Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil, e as Leis nos 10.257, de 10 de julho de 2001, e 12.409, de 25 de maio de 2011

Dessa forma, o reconhecimento da situação de emergência ou estado de calamidade pública pelo poder Executivo Federal ocorre via requerimento do Poder Executivo do Estado, Distrito Federal ou do Município afetado pelo desastre. O requerimento deve ser realizado diretamente ao Ministério da Integração Nacional no prazo máximo de dez dias após a ocorrência do desastre. Deve ser realizado pelo próprio ente federado que decretou a situação de emergência ou de calamidade pública, contendo as seguintes informações: a) classificação do desastre de acordo com a codificação de desastres, ameaças e riscos definida pelo Ministério da Integração Nacional; b) data e local do desastre; c) descrição da área afetada, das causas e dos efeitos do desastre; d) estimativa de danos humanos, materiais, ambientais e serviços essenciais prejudicados; e) declaração das medidas e ações em curso, capacidade de atuação e recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros empregados pelo respectivo ente federado para o restabelecimento da normalidade; f) outras informações disponíveis acerca do desastre e seus efeitos (CARVALHO, 2013).

As informações e o cumprimento dos requisitos fornecidos pelos entes federados é publicizado por meio de portaria. A exigência de comprovação desses critérios é a regra geral, que poderá ser excetuada dependendo da intensidade do desastre e seus impactos social, econômico e ambiental, casos em que o Ministério da Integração Nacional reconhecerá, independente do fornecimento das informações anteriormente enumeradas, a situação de emergência ou estado de calamidade pública com base no decreto do respectivo ente federado (CARVALHO, 2013, p. 85).

Dessa maneira, a lei prevê a transferência de valores da União aos Estados e Municípios afetados, para atender a situações de *Prevenção, Resposta e Recuperação*; sendo as ações de *Prevenção* compreendidas como medidas referentes ao planejamento da ocupação do espaço geográfico e a execução de obras e serviços, principalmente relacionados com intervenções em áreas de risco, tais como, aquisição e instalação de equipamentos, infraestrutura urbana e rural, estabilização de encostas, contenção de erosões, relocação de famílias de áreas de risco, prestação de serviços essenciais, proteção do patrimônio público e demais ações que visem diminuir a vulnerabilidade da população aos desastres, em complementação à atuação municipal e estadual. As ações de *Resposta* em situações de desastre são apontadas como medidas emergenciais e definidas para: socorrer vítimas (resgate, busca e salvamento); transportar vítimas, agentes de defesa civil e/ou produtos e materiais essenciais aos afetados; prestar assistência humanitária (alimentação, hidratação, abrigo, limpeza e higiene pessoal); e restabelecer emergencialmente serviços essenciais e as condições de habitabilidade

dos afetados. As ações de *Recuperação* são aquelas ações desenvolvidas após a ocorrência do desastre, visando o retorno à situação de normalidade, e abrangem: reconstrução de infraestrutura pública destruída ou danificada pelo desastre, especialmente nos casos com reconhecimento federal da situação de emergência e /ou estado de calamidade pública (BRASIL, 2016).

Com a alteração na legislação e entrando em vigor a lei 12.983/2014, após o desastre da Boate Kiss, não se identificou alterações com relação às ações de Prevenção, Recuperação e Respostas. A nova lei simplificou os procedimentos de liberação e controle dos recursos e a transferência de recursos financeiros para a execução de ações de prevenção em áreas de risco de desastres e de resposta e de recuperação em áreas atingidas por desastres. Atualmente, pode ser feita por meio de depósito em conta específica mantida pelo ente beneficiário em instituição financeira federal ou do Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil, mediante a apresentação do Plano de Contingência de Proteção e Defesa Civil,³⁹ elaborado pelo município. Além disso, a nova lei estabelece que o Plano de Contingência preveja ações de acompanhamento psicossociais pós desastre.

O PES (2016-2019), também analisado a fim de reconhecer as possíveis modificações e estratégias incorporadas, e identificar correlações com o Plano de Saúde Estadual (2012-2015), tendo o desastre como balizador, indica que as ações da política de saúde continuam voltadas para desastres ambientais em virtude da ocorrência de desastres causados por eventos climáticos externos, citando apenas por situações climáticas (estiagens, chuvas intensas, vendavais, queda de granizo). Justifica ainda a organização do SUS para controle dos riscos à saúde decorrentes desses eventos e refere a importância da implementação do Plano de Contingência Estadual de Saúde para Desastres Ambientais, o qual prevê a existência de referências em todas as Esferas (local, municipal, regional, estadual), protocolos para as ações de saúde e Comitês Operativos de Emergência (COE) estaduais, regionais e municipais.

³⁹Plano Municipal de Contingência de Proteção e Defesa Civil - PLAMCON é o documento que registra o planejamento elaborado previamente a partir de estudos de um ou mais cenários de risco de desastre e estabelece os procedimentos para ações de resposta de um determinado cenário de risco, com alerta e alarme, socorro e auxílio às pessoas, reabilitação dos cenários e redução dos danos e prejuízos, caso este evento adverso venha se concretizar. Para a elaboração do Plano de Contingência devem-se contemplar as seguintes ações: • Identificação da responsabilidade de organizações e indivíduos que desenvolvem ações específicas em caso de desastre; • Descrição das linhas de autoridade e relacionamento entre as agências envolvidas, mostrando como as ações serão coordenadas; • Descrição de como as pessoas, o meio ambiente e as propriedades serão protegidas durante os desastres; • Identificação do pessoal, equipamento, instalações, suprimentos e outros recursos disponíveis para a resposta aos desastres e como serão mobilizados; • Identificação das ações que devem ser implementadas antes, durante e após a resposta aos desastres. Fonte: <http://www.mi.gov.br/>

Outro aspecto fundamental a ser contemplado nas análises do PES (2016-2019) trata da “Transversalidade da Vigilância em saúde”, com vistas a modificar o perfil da vigilância em saúde com uma atuação menos fragmentada, assumindo diferentes papéis, entre eles a detecção oportuna e a resposta às emergências em saúde pública. Dessa forma, diferentes instrumentos são utilizados para a coleta de informações, tais como o Centro de Informações Estratégicas para a Vigilância em Saúde- CIEVS⁴⁰, o protocolo de recebimento de alertas meteorológicos de ocorrência de eventos climáticos extremos e o Disque Vigilância 150; fortalecendo as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde, tendo como meta implementar a Política Estadual de Gestão de Riscos à Saúde relacionados a desastres ambientais.

As análises dos planos e das legislações tecidas nesta dissertação indicam que, mesmo com a ocorrência do desastre na Boate Kiss, e com toda comoção provocada por aquele desastre, pelo número de vidas jovens perdidas e famílias atingidas, as políticas de saúde, tanto do estado como do município, expressas nos Plano de Saúde, seguem voltadas, unicamente, para a prevenção e preparação de desastres ambientais.

É importante reconhecer que uma sólida infraestrutura jurídica é essencial para o acesso e a justificativa das ações e intervenções em saúde pública para proteção dos munícipes, e que contemplem todos os eventos possíveis que podem causar danos e perdas para a população. As leis, decretos, decisões judiciais, políticas, ordens executivas, normas, regulamentos administrativos, memorandos, acordos de assistências múltiplas, competências referem-se às habilidades dos setores públicos no desenvolvimento de arcabouço jurídico da saúde pública, com acesso e compreensão das leis, aplicando- as a determinadas questões de saúde.

A lei 12.608/12 mostra as diretrizes de funcionamento da Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC) a qual deve abranger as ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação. Essa lei representa um avanço por ter suas diretrizes voltadas para proteção; a articulação entre os entes federados; levar em conta a participação da sociedade civil. Tem como foco principal a integração de informações em sistema para a previsão no controle dos efeitos negativos de eventos adversos sobre a população, os bens e serviços e o meio ambiente. Contudo, dado que ao Estado é permitido agir apenas de acordo com o que está definido em lei, fica evidente, a partir do desastre da Boate Kiss, que o Estado Brasileiro se

⁴⁰O CIEVS integra-se a uma rede de informações nacional e internacional visando a detecção e resposta aos Eventos de Saúde Pública (ESP). Estes eventos são situações que podem constituir potencial ameaça à saúde pública, entre elas epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidente. (Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (2016-2019)

limitou somente a reagir ao desastre na fase de resposta, de atendimento aos afetados. Após o desastre, a participação do estado (aqui, estado, município e federação) não foi substancialmente suficiente para mudar as prioridades, tanto no que compõem a política de saúde a nível municipal e estadual, quanto nas legislações vigentes com ênfase a desastres. As alterações nas leis e protocolos após o desastre foco desta dissertação não contemplaram mudanças que possam subsidiar ações concretas de prevenção e/ou mitigação em eventos semelhantes.

As análises dos planos e das legislações indicam que, mesmo com a ocorrência do desastre no estado do Rio Grande do Sul, as ações e as medidas adotadas, via planos de saúde, voltassem para a prevenção e preparação de desastres ambientais. É importante reconhecer que uma sólida infraestrutura jurídica é essencial para o acesso e a justificativa das ações e intervenções em saúde pública. As leis, incluindo decretos, decisões judiciais, políticas, ordens executivas, normas, regulamentos administrativos, memorandos, acordos de assistências múltiplas e competências, referem-se às habilidades dos setores públicos no desenvolvimento de arcabouço jurídico da saúde pública, com acesso e compreensão das leis, aplicando- as a determinadas questões de saúde.

Dessa forma, a partir das análises nos planos de saúde (estadual e municipal), e as legislações tendo como referência a teoria social crítica, entende-se que a prevenção aos desastres é o foco principal das ações, a qual deveria receber mais atenção e recursos do que as respostas. Assim, as ações de prevenção tenderiam a ser estruturais enquanto as respostas, conjunturais, e as legislações, como parte integrante dessa estrutura, proporcionar respaldo às respostas, prevendo os desastres e amparando-os. Ocorre que as legislações, no âmbito dos desastres, refletem as situações das relações entre estado e sociedade capitalista. Priorizar a prevenção aos desastres pressupõe compreender a necessidade de transformação da sociedade, repensando o seu modo de produção destrutivo por outro, mais humanizado e consciente de necessidade do uso racional dos recursos e de valorização da vida humana. Contudo, as legislações, com foco na prevenção, deveriam ter como objeto central as pessoas, e não priorizar as questões de infraestrutura materiais.

Os desastres, a qual sua causa preponderante é a ação humana, deliberada sobre a transformação dos espaços, não deveriam ser tratados, na sua grande maioria, como “naturais”. O que não quer dizer que, de fato, alguns sejam inevitavelmente formados por ameaças relacionadas aos fenômenos extremos da natureza, como tsunamis, maremotos, ciclones, granizo, estiagens, entre outros.

Assim sendo o homem o principal transformador do espaço em que ocorre o desastre, é ele, também, o responsável pela prevenção dos mesmos. O mesmo ocorreria para o conceito de respostas aos desastres: as respostas aos desastres, assim, seria rever o padrão de desenvolvimento econômico adotado. E os desastres, como já mencionados nas seções anteriores, em sua maioria, representam faces de uma sociedade capitalista, que impõe a acumulação do capital acima da valorização da vida humana.

Dessa maneira, nota-se que a ausência de um planejamento integrado e participativo reflete-se na fragmentação das ações, na ausência de interdisciplinaridade e descompasso entre gestores, técnicos e grupos afetados. As ações governamentais restringem-se, basicamente, ao investimento em obras de contenção e recuperação pós-desastre. Contudo, dado que ao Estado é permitido agir apenas de acordo com o que está definido em lei, fica evidente, a partir do desastre na boate Kiss, que o Estado Brasileiro se limita somente a reagir ao desastre na fase de resposta, de atendimento aos afetados, o desastre da Boate Kiss, não foi substancialmente suficiente para mudar as prioridades, tanto no que compõe a política de saúde a nível municipal e estadual, quanto nas legislações vigentes, com ênfase em desastre. Ainda que o desastre tenha a perda de 242 jovens e mais 680 pessoas aproximadamente atingidas diretamente, a política de saúde segue com suas lacunas.

O capítulo a seguir denominado “*A política de saúde frente a uma situação de desastre: um estudo do caso na Boate Kiss*” tem como propósito incidir a discussão na importância do gerenciamento do desastre e da articulação e diálogo entre as políticas públicas frente a uma situação de desastre, como um dos pilares condicionantes para se atingir a integralidade nas ações de enfrentamento e respostas diante de um desastre que pode ceifar vidas humanas.

4. A POLÍTICA DE SAÚDE FRENTE A UMA SITUAÇÃO DE DESASTRE: UM ESTUDO DO CASO NA BOATE KISS

“Tragédia de Santa Maria, que culminou em 242 mortes e dezenas de familiares, amigos, conhecidos, afetados, modificando toda uma cidade, marcando seus

moradores para sempre e trazendo uma sede de justiça e de uma luta incansável por ela. Estamos em 2016 e ela continua”⁴¹

A política de saúde é definida como uma rede complexa de sistemas, pessoas e organizações que atuam juntas a fim de garantir as condições necessárias para uma vida sustentável. A importância da saúde pública está na promoção da saúde física e mental e a prevenção de doenças, lesões e incapacidades. A saúde pública tem como responsabilidade analisar aspectos de saúde e segurança que afetam as populações, bem como reconhecer eventos que atinjam comunidades inteiras, estados ou nações. Assim, a promoção de comportamentos saudáveis, assegurar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde são indispensáveis para garantir e disponibilizar cuidados em saúde (FALCÃO, 2012).

A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde constituem um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. Sendo assim, faz-se necessário a reflexão crítica e contínua sobre esses processos; quanto mais complexo e quanto menos sistematizado for o processo de trabalho, o que é característico dos serviços de saúde, mais difícil será refletir sobre ele (FARIA ET AL, 2009).

Assim, os desastres podem proporcionar grandes mudanças e reflexões a respeito do processo de trabalho, bem como evidenciar as fragilidades existentes nos processos internos dos serviços e na relação desses com a Rede de Atenção à Saúde. O desastre ocorrido na boate Kiss, no município de Santa Maria/RS, que culminou na morte de 242 jovens, trouxe consigo questionamentos acerca da organização da política de saúde a nível estadual e municipal frente a um desastre humano, e a sua intervenção durante e após a sua ocorrência.

Dessa forma, um dos objetivos específicos dessa pesquisa está diretamente relacionado em compreender e analisar a organização da política de saúde do Estado do RS e do município de Santa Maria frente a desastres de grande proporção e identificar as estratégias e os protocolos criados e adotados após o desastre. Pontos que serão abordados nesse capítulo.

4.1 Contextualização da Organização da Rede de Saúde Municipal: “o município de Santa Maria não estava preparado para um evento desta ordem”

O Incêndio ocorreu no domingo, 27 de janeiro de 2013, por volta das três horas da madrugada, em uma casa noturna da cidade de Santa Maria/RS, causado por um sinalizador

⁴¹ Testemunho de Patrícia Martins Pintassilo – Psiquiatra, extraído do livro “A Integração do Cuidado diante do Incêndio na Boate Kiss: testemunhos e reflexões.

disparado no palco em direção ao teto. A imprudência e a falta de condições de segurança (falta de extintores de incêndio, portas de saída não adequadas, obstáculos do tipo catracas na saída, isolamento acústico inadequado aos padrões de segurança, entre outros) ocasionaram a morte de mais de duas centenas de pessoas. Considerado a segunda maior tragédia em número de vítimas em um incêndio no Brasil, o desastre teve características semelhantes às do incêndio ocorrido na Argentina, no ano de 2004, e na boate da República, em Cromñón.

Krum (2016) aponta que a resposta imediata ao desastre em Santa Maria/RS focou no atendimento emergencial das vítimas, serviços de assistência pré-hospitalar, urgência e emergência e hospitalar, sendo o Pronto Atendimento Municipal, Unidade de Pronto Atendimento e Emergência do Hospital Universitário. E ressalta que “*pelo caráter inesperado do incêndio, o município de Santa Maria não estava preparado para um evento desta ordem*” (Krum, 2016. p. 39). Por isso, naquele momento de assistência imediata, trabalhadores da saúde solicitaram o auxílio de voluntários para o envolvimento no atendimento das vítimas. Estiveram presentes profissionais voluntários da área da saúde como: enfermeiros, psicólogos, técnicos em enfermagem, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, entre outros.

Na manhã de 27 de janeiro, no Centro Desportivo Municipal da Cidade (CDM), iniciaram as ações de atenção psicossocial, constituídas através da formação de grupos de trabalho, que foram divididos de acordo com a organização e a distribuição de atendimentos. Esses grupos de trabalho eram formados por profissionais da saúde, voluntários e gestores, representantes da Cruz Vermelha, Conselho Regional de Psicologia, Coordenação Estadual de Saúde Mental e Política de Humanização e voluntários de outras cidades. Os grupos foram organizados e distribuídos nos pavilhões do CDM: Pavilhão de urgência e emergência em saúde (local estruturado para estabilização dos casos de urgência e emergência clínica e psíquica. O trabalho era organizado em triagem, medicação, controle de materiais e preenchimento de documentação administrativa); Acompanhamento dos Familiares para identificação das vítimas fatais (Para o processo de identificação das vítimas fatais, um familiar, que era escolhido pela própria família, era acompanhado por um profissional da área da saúde no reconhecimento de objetos pessoais, vestuários e sinais que pudessem garantir a identificação); Pavilhão de Atenção Psicossocial pós-reconhecimento do corpo (espaço de acolhimento, escuta qualificada, encaminhamentos e verificação de pressão dos familiares que, após o reconhecimento, ficavam aguardando os trâmites burocráticos para a liberação do ato fúnebre); Pavilhão das Funerárias (Espaço reservado para preparo dos corpos para os atos fúnebres, sendo realizado pelas equipes das funerárias e por vários profissionais da saúde como técnicos em enfermagem, enfermeiros,

entre outros.); e o Pavilhão dos Velórios (neste momento cada família tinha um profissional da saúde de referência para o acompanhamento no período do velório até o enterro) (KRUM, 2016).

Durante os atendimentos prestados no CDM, as equipes de saúde do âmbito hospitalar conduziam ações de cuidado aos sobreviventes, entre essas ações estavam a organização de transporte terrestre e aéreo para o deslocamento dos sobreviventes para outros hospitais dos seguintes municípios: Caxias, Ijuí, Canoas, Agudo, Cachoeira do Sul e Porto Alegre (Hospital Pronto Socorro – HPS, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Santa Casa, Hospital Cristo Redentor, Hospital Mãe de Deus, Grupo Hospitalar Conceição, Hospital Moinhos de Vento) (KRUM, 2016).

Na noite de 27 de janeiro de 2013 representantes da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e membros do Ministério da Saúde e dos Médicos sem Fronteiras discutiam e avaliavam a gravidade e a complexidade da situação como estratégia de cuidado à família e sobreviventes a proposta de um cuidado psicossocial. No dia seguinte foi aberto um serviço composto por trabalhadores da rede de saúde e voluntários para dar início aos atendimentos e cuidados longitudinais. Alguns meses após o desastre, a nível hospitalar, um Centro Integrado de Atendimento às vítimas do desastre também foi implementado para dar continuidade aos atendimentos para os sobreviventes com necessidade de cuidados especializados. (KRUM, 2016).

4.2 - A Gestão do Desastre e a Política de Saúde: “As pessoas entenderam que era um caos, então, dentro do caos nós tínhamos que nos organizar”⁴²

Os desastres possuem “um ciclo de ocorrência”, que envolve uma série de fases de gerenciamento: estratégias para prevenir e mitigar riscos, preparar, responder e recuperar frente a situações de emergência. As fases desse ciclo não são estáticas e devem estar conectadas, podendo essas se sobrepor, como, por exemplo, a prevenção e a recuperação (GÜNYHER, 2017).

No desastre em tela, esse gerenciamento partiu da organização da política de saúde, após o ocorrido, e teve seu início a partir da preparação, perpassando a fase de resposta e recuperação. Em relação à fase de prevenção para esse tipo de desastre (desastre humano e/ou antropogênico,

⁴² Fragmento da entrevista realizada com o coordenador de saúde mental do município.

conforme a classificação da defesa civil a qual é adotada pela política de saúde), as análises indicam que a política de saúde não se encontrava preparada para esse tipo de desastre, com a ausência de protocolos que pudessem nortear a ação das equipes de saúde e voluntários. Os trabalhadores não tinham orientações e diretrizes para apoiar as ações. “A gente percebeu inicialmente, não tinha nenhum protocolo; os protocolos que tinham da vigilância não davam conta desse tipo de evento” (entrevista/GE).

É importante analisar a fala acima, expõem a inoperância de uma política social pública que nega a possibilidade real de ocorrência de um desastre e não conta com protocolos. Conforme a análise do plano municipal de saúde, com base nas legislações, a prevenção e o planejamento das ações estão voltados a desastres ambientais/climáticos; os direcionamentos das legislações nacionais e estaduais levam o município também a seguir essas direções. Thomas & Mizus (2005) apontam que o planejamento prévio de operações logística-humanitárias, que envolvem estudar previamente quais ações devem ser realizadas diante de um desastre, são significativas para a qualidade prestada às vítimas. Esses recursos os trabalhadores não possuíam para organizar suas ações. Logo a falta de planejamento das ações, fica evidente na fala do grupo focal:

“(…) pelas proporções da tragédia, eu até acredito que as repercussões, assim, foram... apesar da gente... porque, ninguém tá preparado pra uma tragédia nestas dimensões, então, eu acho que, apesar de tudo, foi uma coisa, assim, inédita, porque ninguém esperava, muita gente estava despreparada, inclusive, para atender. Durante o acompanhamento nos próximos meses e nos anos seguintes a gente viu que muito trabalhador da área da saúde não tinha preparo; até mesmo o pessoal da base aérea, porque na ocasião foram muitos jovens recrutados para vir ajudar e muitos deles tiveram contato direto com o pessoal, com amigos falecidos. (Entrevista/GF)

Ao analisar o trecho da entrevista acima, em especial a frase que o grupo focal aponta “*muita gente estava despreparada, inclusive, para atender*”, demonstra que a falta de planejamento em um desastre desprepara para a intervenção, por isso a importância da capacitação dos atores e parceiros locais, pois, além das equipes de saúde, é importante estender esses treinamentos e capacitações para profissionais das políticas públicas e serviços essenciais já que em uma situação de desastre a saúde necessita de reforços tanto para o atendimento emergencial, quanto para efetivar as respostas necessárias à população pós o desastre. A preparação e a formação em desastres são aspectos importante no momento da intervenção e tomada de decisões, pois as dificuldades enfrentadas não foram apenas no campo da saúde, refletindo sobre outros serviços da rede de apoio local como o da base área, “a gente viu que

muito trabalhador da área da saúde não tinha preparo; até mesmo o pessoal da base aérea” (Entrevista/GF), desta forma configurando uma rede de atendimento despreparada para atuar diante de um desastre com as proporções de feridos e mortos como o da boate Kiss.

A FioCruz ressalta que a Saúde Pública tem um papel fundamental frente as situações de desastres, e a sua atuação e intervenção tem como objetivo “reduzir os riscos para saúde associados a esses eventos”. A gestão de risco tem como finalidade planejar ações focadas nas pessoas e nos sistemas suscetíveis a desastres. Desse modo, esforços têm sido realizados para incluir a gestão de risco em diversos documentos nacionais e internacionais para a construção de acordos e diretrizes que possam subsidiar e nortear as ações frente a uma situação de desastre, como é o caso do “Marco de Ação de Hyogo (MAH)⁴³ da Estratégia Internacional de Redução de Desastres (EIRD)”. Esse marco norteia as Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP), a partir da organização e sistematização da Organização Pan-Americana da Saúde, que coloca em 11º posição, como função da saúde, a Redução do Impacto das Emergências e Desastres em Saúde, incluindo quatro funções essenciais, sendo essas: 1º) o desenvolvimento de políticas, o planejamento e a realização de ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e reabilitação para reduzir o impacto dos desastres sobre a saúde pública; 2º) um enfoque integral com relação aos danos e a origem de todas ou cada uma das emergências ou desastres possíveis na realidade do país; 3º) a participação de todo o sistema de saúde e a mais ampla colaboração intersetorial e interinstitucional na redução do impacto de emergências ou desastres; e 4º) a gestão da cooperação intersetorial e internacional na solução dos problemas de saúde gerados por emergências e desastres.(Centro de Conhecimento em Saúde Pública e Desastres, 2016).

Apesar do “Marco de Ação de Hyogo (MAH) direcionar suas ações e protocolos para enfrentamentos de desastres, principalmente desastres ambientais, cabe salientar que este estudo tem como objeto a Política de Saúde frente a uma situação de desastre humano⁴⁴, tornando-se necessário conhecer os acordos nacionais e internacionais, bem como protocolos

⁴³ Conforme as Nações Unidas, O Marco de Ação de Hyogo (MAH) é um instrumento importante para a implementação da redução de riscos em situações de desastres que adotaram os Estados Membros das Nações Unidas. Seu objetivo geral é aumentar a resiliência das nações e das comunidades frente aos desastres ao alcançar, no ano de 2015, teve uma redução considerável das perdas que ocasionaram os desastres, tanto em termos de vidas humanas quanto aos bens sociais, econômicos e ambientais das comunidades e dos países. O MAH oferece cinco áreas prioritárias para a tomada de decisões, em iguais desafios e meios práticos para aumentar a resiliência das comunidades vulneráveis aos desastres, no contexto do desenvolvimento sustentável

⁴⁴ Conforme o banco de dados BVS, um desastre humano se diferencia de um “desastre”, ou um desastre ambiental, pois este refere-se aos desastres que são causados pela ação do homem, por uma utilização não adequada dos recursos naturais ou por situações de emergência motivadas por outras causas como por exemplo a guerra.

afirmados pela Política de Saúde envolvendo desastres, para, assim, (re)conhecer as suas ações de prevenção e enfrentamento frente a um desastre.

O Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz afirma que o serviço de saúde não está vinculado apenas a instituições públicas, mas, também, a instituições privadas (instituições de educação em saúde, pesquisa e prestadoras de serviços). Assim, o modelo organizacional e operacional no Brasil é de responsabilidade do Ministério da Saúde, e o referido Centro ainda aponta que, em relação à organização da saúde na gestão de risco e respostas à emergência em situações de desastres, não há uma organização única, pois essas dependem da estrutura, funcionamento da legislação em cada país.

Dessa forma, o desenvolvimento de organização frente a desastres vai demandar da organização dos atores no seu nível nacional esse irá ter variações de país para país. Por essa razão, a importância de que, em cada país, e em especial no Brasil, tenha estruturas organizacionais e, principalmente, a inclusão dos diferentes tipos de desastres nas legislações que consigam se adaptar às situações políticas, sociais, mas, sobretudo, garantir a capacitação de profissionais para atuar durante as emergências.

No Brasil, a FioCruz (2016) aponta que o Ministério da Saúde é um dos órgãos responsáveis por coordenar, elaborar e executar planos de prevenção para emergências e desastres a nível nacional, estadual e municipal. Desse modo, é importante compreender a importância dos planos municipais e estaduais de saúde, pois esses buscam a redução de vulnerabilidade dos serviços de saúde, adotando medidas de saneamento e ações que venham orientar e diminuir fatores de risco, proteger a saúde das pessoas afetadas e o índice de mortalidade da população.

É importante ressaltar que, diante das análises realizadas nos planos municipal e estadual de saúde, a ausência de ações, que abarcassem uma situação de desastre, também levou o município ao colapso, pois a alta demanda já existente na rede municipal de saúde, principalmente a rede de atenção psicossocial, associada às emergências e demandas que o desastre provocou, levou o município a direcionar recursos para criação de um serviço de apoio psicossocial suplementar, ao invés de direcionar seus recursos para o fortalecimento e qualificação dos serviços de saúde já existentes. Como aponta a fala do coordenador da rede de saúde mental:

“Porque Acolhe não precisaria ser criado se a rede estivesse tranquila. Se a rede estivesse estruturada, com os recursos humanos necessários, os CAPS e os ambulatórios, enfim, dariam conta dessa demanda. Mas, como a rede não estava.

Então a gente teve que abrir outro serviço, gastar esses recursos em outro serviço, mas que também vejo como importante, porque foi o serviço que foi criado com esse intuito”. (Entrevista/CS)

Assim, a Fio Cruz (2016) destaca a importância de fortalecer as ações entre os diversos setores para o enfrentamento de um desastre:

(...) Estabelecer uma unidade responsável pela coordenação e execução de atividades permanentes, é necessário estabelecer claramente os níveis e alcances de autoridade, responsabilidade, delegação de funções, tomada de decisões, liderança e coordenação dentro dos diferentes níveis (federal, estadual e municipal) do setor saúde. Esse tema é de importância particular, sobretudo para conduzir os processos de melhoramento da segurança em estabelecimentos de saúde, o fortalecimento da capacidade setorial para enfrentar emergências e desastres, a implementação das ações de assistência humanitária em saúde e o desenvolvimento de processos de reabilitação e reconstrução de programas e serviços de saúde.

A partir dessa análise, e a fim de compreender melhor as principais responsabilidades da política de saúde na elaboração e operacionalização da gestão de risco frente às situações de desastres e emergências, o quadro a seguir, divulgado no site do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, orienta como deve se dar a preparação e as respostas. Segue, abaixo, o quadro com a sistematização das principais responsabilidades da política de saúde na gestão de risco e preparação para respostas.

QUADRO 5 - Principais responsabilidades do setor da saúde na gestão de riscos, preparativos e resposta

GESTÃO DE RISCOS	PREPARAÇÃO	RESPOSTAS
Identificar e avaliar ameaças e riscos.	Preparar planos e programas para situações de emergências e desastres.	Organizar e coordenar a resposta do setor e apoiar ações realizadas por outros setores.
Identificar vulnerabilidades em instalações de saúde, água e serviços vitais do setor e áreas/programas técnicos.	Fortalecer o funcionamento da rede de estabelecimentos de saúde.	Assegurar a provisão de serviços de saúde enquanto dure a emergência ou o desastre.
Institucionalizar um programa de redução de risco, como, por exemplo: Hospitais Seguros	Desenvolver, organizar e executar programas de capacitação.	Avaliar o impacto e mobilizar recursos técnicos, materiais e financeiros para emergência e reabilitação imediata.

Participar e assegurar que as unidades de saúde sejam parte da rede nacional de alerta precoce.	
---	--

(Fonte: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/desastres/content/funcoes-do-setor-saude>)

O quadro acima mostra que é de responsabilidade da política de saúde prever e analisar os riscos, bem como ter em seus planos e programas formas de organização e respostas frente a situações de emergências e desastres. Além disso, prover o atendimento durante a emergência e o desastre, assim como promover a organização e execução, através de capacitações e treinamentos técnicos.

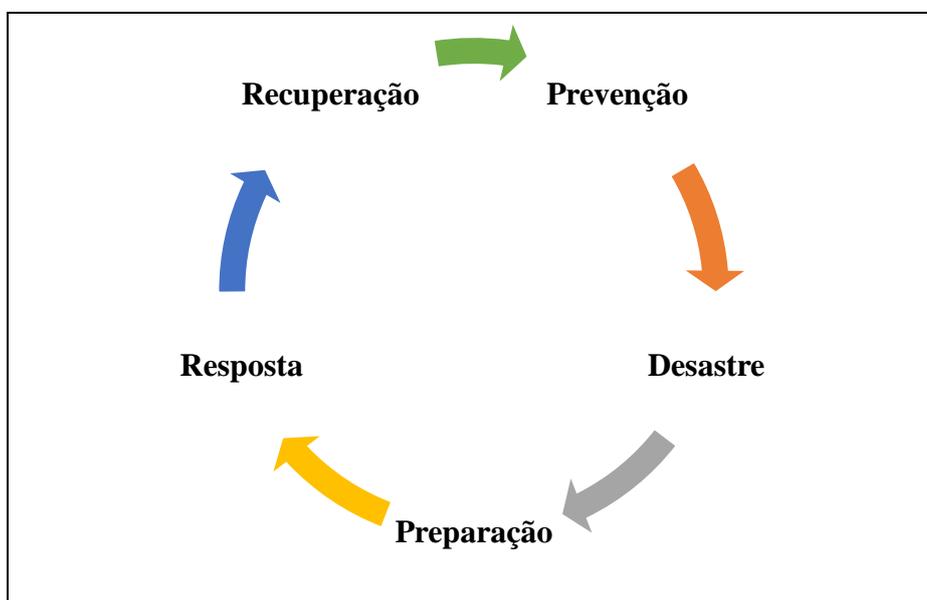
Com relação ao desastre ocorrido na boate Kiss, e a fim de analisar a organização da saúde frente a esse desastre, ao realizar uma análise do quadro V apresentado acima com os dados apontados nas entrevistas e nos planos de saúde, no que se refere à **Preparação**, a qual aponta a importância dos planos e programas voltados a situações de desastre, tanto a nível municipal e estadual, apresentou uma carência nos planos de saúde a incorporação de ações que não fossem direcionadas a desastres climáticos/ambientais, e ausência de programas que abarcassem um desastre do tipo humano. Diante do desastre, profissionais e gestores perceberam que protocolos e diretrizes da vigilância sanitária e Defesa Civil não atendiam as necessidades ocasionadas pelo desastre, ressaltam: *“Os Médicos Sem Fronteiras nos ajudaram muito nesse início, assim, né. Então quando eles trouxeram toda aquela parte de estudo dos desastres humanos”* (entrevista/CS). Salienta-se a relevância das políticas públicas, em especial a política de saúde em ampliar suas ações e conhecimentos com relação aos desastres, pois nota-se que, como os desastres ambientais são mais recorrentes, esses detêm mais “atenção” da política de saúde, incluindo uma estrutura de diretrizes, legislações e manuais que proporcionam uma atuação mais efetiva. No caso específico dos desastres do tipo humano e/ou antropogênicos, a “carência” de uma estrutura normativa incluindo: protocolos, legislações e diretrizes, leva a uma fragilização da política de saúde diante de uma intervenção, acarretando em: pouca quantidade de profissionais qualificados para atuar diante dessa demanda; política de saúde local (estado e município) sem direcionamento de recursos para esse tipo de desastre; ausência de capacitações e treinamentos para rede de saúde e rede de apoio (políticas públicas e serviços essenciais) e ausência de protocolos e programas direcionados para desastres do tipo humano.

Dessa forma, o Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz orienta que o enfrentamento e a minimização dos impactos, frente a situações da saúde que demandam respostas urgentes, só serão efetivados se estiverem alicerçados com um conjunto de ações denominados “preparo”, que se constituem através de três componentes essenciais: Plano, Capacitação e Recursos.

Assim, tanto Ministério da Saúde, como secretarias estaduais e municipais de saúde, devem estar organizados e prever, em seus planos de saúde, as capacitações técnicas e recursos de enfrentamento a situações de emergências e desastres, com a capacidade de responder e reduzir ao máximo possível estruturas temporárias, improvisações e adoção de soluções de curto prazo. Para isso, manuais de preparo do setor da saúde, publicados pela Opas, orientam e apontam mecanismos e organizações frente a emergências e desastres, a fim de melhorar a capacidade de resposta e o enfrentamento nessas situações, levando em consideração os níveis nacionais, estaduais (subnacionais) e municipais (locais).

No Brasil, a Política Nacional de Defesa Civil considera as cinco fases, cujas definições são aqui apresentadas a partir dos conceitos da Legislação Brasileira, ilustrada na Figura 2 abaixo:

Figura 2 - CICLO DE GERENCIAMENTO DE UM DESASTRE



Fonte: Adaptado do Manual de Gerenciamento de Desastre, 2009.

A Associação Médica Brasileira (AMB) apresenta, em seu programa de respostas a desastres, que o segredo para a organização do sistema de saúde em situações de desastres está

relacionado à liderança e gestão, pois um desastre pode requerer cooperação entre diferentes organizações e indivíduos, e a saúde pública tem como premissa promover respostas e assistir às comunidades em recuperação frente a uma situação de desastre (FALCÃO, 2012).

O Centro de Conhecimento em Saúde Pública da FioCruz aponta que não há um modelo único para a organização da política de saúde frente à gestão de risco e as respostas a situações de emergências e desastres, visto que a organização dos atores em nível nacional varia de país para país. Porém, ressalta-se a importância de que cada país e sua respectiva política de saúde tenha estruturas organizacionais flexíveis para adaptarem-se aos contextos políticos, sociais e técnicos que se apresentam durante emergências (FIOCRUZ, 2017).

Dessa forma, o Ministério da Saúde, através das suas secretarias estaduais e municipais de saúde, tem como responsabilidades coordenar, elaborar e executar planos de preparo para emergências e desastres a nível nacional, estadual e municipal, visando a redução da vulnerabilidade dos serviços de saúde, e a adoção de medidas de saneamento e demais ações orientadas a diminuir os fatores de risco bem como proteger a saúde das pessoas afetadas e reduzir a mortalidade e o impacto na saúde da população em geral. Ainda devem coordenar e executar as atividades permanentes sob a responsabilidade de unidades responsáveis, por meio dos seus diferentes níveis de atenção (federal, estadual e municipal), cada uma com suas responsabilidades, funções, tomadas de decisões, coordenação e liderança. Desse modo, a política de saúde voltada à redução de risco de desastres deve estabelecer estratégias e objetivos de cada órgão a curto, médio e longo prazo, a fim de obter maior eficiência e efetividade (FIOCRUZ, 2017).

Conforme Oliveira (2009) , durante muito tempo a administração de desastres concentrou-se, unicamente, nas ações desenvolvidas após o impacto do evento adverso, envolvendo o socorro e a assistência às pessoas atingidas. Com a Política Nacional de Defesa Civil (2007, p.7), as ações de redução dos desastres passaram a abranger quatro fases ou aspectos globais⁴⁵: a prevenção de desastres, a preparação para emergências e desastres, a

⁴⁵ Conforme Manual de Gerenciamento de Desastre (2009, p. 13) A **prevenção** representa a primeira fase da administração de um desastre e engloba o conjunto de ações que visam a evitar que o desastre aconteça ou diminuir a intensidade de suas consequências. A **preparação** representa uma segunda fase da administração do desastre, e reúne o conjunto de ações que visam a melhorar a capacidade da comunidade frente aos desastres (incluindo indivíduos, organizações governamentais e organizações não-governamentais) para atuar no caso da ocorrência deste. A **resposta** representa mais uma fase da administração do desastre e envolve o conjunto de ações que visam a socorrer e auxiliar as pessoas atingidas, reduzir os danos e prejuízos e garantir o funcionamento dos sistemas essenciais da comunidade. Finalmente, a **recuperação** é a última fase da administração do desastre e abrange o conjunto de ações destinadas a reconstruir a comunidade atingida, propiciando o seu retorno à condição de normalidade, sempre levando em conta a minimização de novos desastres.

resposta aos desastres e a reconstrução. Dessa forma, o Gerenciamento/Gestão ou Administração de um desastre se refere a um “conjunto de políticas e decisões administrativas e atividades operacionais que pertencem às diferentes etapas do desastre em todos os seus níveis” (BVS, 2017).

As análises apontam, no que diz respeito à organização da política de saúde estadual do RS e municipal frente ao desastre, avaliando o gerenciamento do desastre conforme apresentado na Figura 2, na fase de **Prevenção**, nota-se que, mesmo após a ocorrência do desastre na boate Kiss, não se obteve grandes avanços, com base nas análises dos planos estadual e municipal de saúde apresentados no capítulo 3, subitem 3.2. A nível municipal a política de saúde não contemplou em seu planejamento ações voltadas a desastres. É importante refletir que a prevenção deve ser uma ação planejada envolvendo diferentes políticas públicas, não sendo exclusiva a responsabilidade da saúde. Contudo, as análises aqui apresentadas estão voltadas para compreender a nível do campo da saúde. Já a política de saúde estadual não deixa clara suas ações de prevenção, e direciona suas ações de enfrentamento para desastres climáticos.

Assim, temos a fala do gestor estadual, a qual se refere à falta de preparação para situações de desastre e, em especial, a situações como ocorreu na boate Kiss: *“Então, se eu te disser: sim eu tinha preparação” não, eu não tinha preparação nenhuma, não tive ao longo de toda a minha formação acadêmica» (Entrevista/GE)*. Fica evidente, então, que a prevenção em desastres não se apresenta como prioridade da política de saúde, pois a ausência de treinamentos, capacitações e formações para preparação de profissionais para os diferentes tipos de desastres permanece presente mesmo após a ocorrência do incêndio na boate Kiss.

Contudo, é relevante salientar que a prevenção é o método mais importante para evitar os desastres, porém o descrédito na ocorrência de desastres que não sejam de origem climática leva à falta de preparação institucional, demonstrando que o incêndio ocorrido na boate Kiss não foi o suficiente para se investir no âmbito da prevenção.

A importância da prevenção para se obter uma preparação efetiva diante de um desastre se torna essencial para determinar ações e condutas relevantes a serem tomadas. A fala do gestor estadual demonstra essa necessidade: *“(...)Hoje, se eu fosse para uma situação dessas eu iria armada, porque eu saí voando, peguei uma escova de dente, uma nécessaire e três calcinhas, eu não peguei nada. Então eu não peguei a minha identificação, por exemplo, então como que eu me identifico?” (Entrevista GE)*.

Dessa forma, as literaturas e manuais de instrução a desastres demonstram que os conceitos de prevenção fixam-se ao que é possível ser feito dentro de um contexto capitalista.

Kuhnen (2009, p. 43), apesar de não trazer grandes inovações para o termo prevenção, faz uma importante contribuição sobre o conceito, de forma prática e operacional:

[...] envolve desenvolver uma resposta de emergência e gerenciamento da capacidade antes de um desastre, em um esforço para promover respostas efetivas quando necessárias. Isto requer uma análise da vulnerabilidade dos riscos para identificar problemas potenciais que um evento meteorológico ou geológico extremo pode se impor. Além do mais prevenir envolve sistema de detecção de aviso, identificação de rotas de evacuação e abrigos, mantimentos de emergência e sistemas de comunicação, procedimentos para notificação e mobilização de “pessoas-chave” e pré-estabelecimento de acordo mútuo entre comunidades vizinhas Treinar e educar pessoal, cidadãos e líderes comunitários também é crucial para o processo de prevenção.

Para se pensar na prevenção, ainda, vivendo no sistema capitalista, é preciso não somente, mas também, pensar como agir com os instrumentos disponíveis para tal, entre eles, estabelecer diretrizes, protocolos e estabelecer essas ações em planos de saúde indicando como prioridade de gestão, capacitar a população para que exerçam sua autonomia no cuidado de si e dos outros.

Priorizar uma educação em desastres é um dos principais pontos para se estabelecer a prevenção, o qual é apresentado no capítulo 2, no item 2.2, exibindo a perspectiva de aprendizagem social. JACOBI (2013) reitera a necessidade de uma mudança de comportamento para se obter uma cultura de prevenção voltada à comunidade. Para isso, torna-se imprescindível a construção de uma educação horizontalizada, coletiva e participativa que vise a interação entre conhecimentos técnicos e conhecimentos práticos por parte daqueles que já vivenciaram ou atuaram em um desastre, visando uma cultura de prevenção que se expanda até as comunidades locais, e não centralizando o seu conhecimento apenas entre profissionais e técnicos.

Segundo o banco de dados BVS, a educação em desastres se refere às “Atividades ou medidas de treinamento, capacitação, instrução, dirigidas à população institucional e comunitária em busca de um trabalho coordenado e planejado em matéria de desastres, um conhecimento certo das causas dos desastres e fundamentalmente, uma mudança nos padrões de conduta da população”.

Os treinamentos para situações de desastres são apontados como essenciais pelo Sistema Nacional de Defesa Civil, que prevê, ainda, a existência dos Núcleos Comunitários de Defesa Civil (NUDECs), ou entidades correspondentes, que funcionam como centros de reuniões e debates entre a Coordenadoria Municipal de Defesa Civil (COMDEC) e as comunidades locais

e planejam, promovem e coordenam atividades de defesa civil, com destaque para: IV - O treinamento de voluntários e de equipes técnicas para atuarem em circunstâncias de desastres (POLÍTICA NACIONAL DE DEFESA CIVIL, 2007).

A ausência da educação em desastres fragiliza a Política de Saúde no enfrentamento e na efetivação de respostas diante de um desastre que não seja de origem natural, pois a experiência/vivência profissional em uma situação de desastre é significativa, porém não é o suficiente. Treinamentos e qualificações visam não apenas o atendimento imediato, mas a sua prevenção, planejamento e preparação para situações atípicas, ou, nesse caso, desastres não esperados.

Com relação à fase de **preparação**, as análises indicam que a primeira ação, tanto do gestor municipal, quanto do gestor estadual, foi entrar em contato com gestores da política de saúde nacional e articularem suas equipes locais, da mesma forma ocorreu com o coordenador hospitalar. Durante essa mobilização, os profissionais buscaram contato com profissionais de referência, qualificados e com experiência em desastres antropogênicos/humano) na busca de orientações. Conforme retrata os relatos das entrevistas:

“Na hora, a única coisa que eu fiz foi telefonar para o coordenador nacional (um pouquinho mais tarde, quando já estava na estrada), e dizer o que estava acontecendo e que eu estava a caminho de lá, que eu não sabia o que eu iria encontrar, mas que provavelmente ia precisar de ajuda. No caminho, teve a ideia de ligar para a Débora Anual, porque é a pessoa que tem essa tecnologia, que nos ensinou, nos deu toda a força, que é do Médicos Sem Fronteiras”. (Entrevista/ GE)

O primeiro encaminhamento eu fui para dentro do Pronto Atendimento, e de lá nós fomos à central de leitos de Porto Alegre, como teve muita repercussão dos veículos de comunicação, todas as prefeituras da região Santa Cruz, São Gabriel, todo mundo que tinha SAMU começou a me ligar para colocar à disposição os veículos.(Entrevista/GM)

Então, no caminho, no trajeto, eu já fiz várias ligações, a primeira foi ligar para a emergência e verificar como estava a situação da emergência, a segunda foi ligar para pessoas estratégicas para dar apoio, liguei para minha vice na época, liguei para as coordenadoras de enfermagem de área, liguei para os setores do hospital, para setores de apoio e infraestrutura para ter um corpo de suporte ali e para receber, enfim as vítimas que chegassem ali no hospital, mas surpreendentemente muitos já estavam a caminho do hospital, muitos já estavam no hospital. (Entrevista/GH)

O envolvimento da equipe de saúde do Estado e Município foi imediato e ágil, porém a falta de conhecimento e despreparo para esse tipo de situação foi reconhecida nas entrevistas. A ausência de diretrizes e protocolos levaram gestores e profissionais da saúde e segurança pública a tomarem decisões conforme acontecimentos iam evoluindo, decisões amparadas pela

circunstância e adaptação local, como: atendimento aos feridos e distribuição do seu atendimento no nível hospitalar (a demanda alta fez com que os atendimentos fossem divididos entre hospitais públicos e privados); remanejamento dos corpos e procedimentos de identificação; local para reconhecimento dos corpos; equipes para acompanhar o reconhecimento dos corpos juntos aos familiares; pactuação entre os entes federativos para a divisão das atribuições; entre outras.

Dessa forma, a articulação entre os entes Federativos, “pactuação entre os entes federativos realizada in loco”, através de acordos e regulamentações, foi uma ação relevante para o andamento das respostas, pois possibilitou estabelecer as prioridades e responsabilidades de cada um deles a partir das atribuições e condições financeiras. A pactuação, firmada por meio de decreto, declarando situação de emergência ao município, articulou, como intervenção do município, o atendimento psicossocial durante e após o desastre por cinco anos, ao Estado coube o pagamento de medicamentos e atendimento hospitalar e especializado às vítimas com queimaduras e, ao ente Federativo, o pagamento do transporte aéreo.

E eu acho que é importante dizer que, durante esse processo, se montou uma estrutura fora dali, que era um espaço de troca de informações e de pactuação entre os diferentes entes do cuidado que estavam em cena, e quem estava coordenando esse espaço era o ministro da saúde. (...) Então, de quatro em quatro horas a gente tinha que ir lá nesse espaço e poder dizer o que tá acontecendo, como tá acontecendo, então, por exemplo: se identificou nesse processo (e tudo isso vai acontecendo ao mesmo tempo). (Entrevista/GE)

No que se refere à fase da **Resposta**, ela é reconhecida como o ato do atendimento à emergência, abrangendo o período durante e após o desastre, a qual presta-se assistência às vítimas do desastre e tenta-se reduzir a possibilidade de danos maiores (FEMA, 2012). Dessa forma, o desastre ocorrido na boate Kiss, durante sua fase de resposta, no que diz respeito ao atendimento prestado nas primeiras 48 horas após o desastre, ocorreu da seguinte forma: a política de saúde, através da presença do Estado, e articulação do município com auxílio de voluntários, desenvolveram diversas ações da organização do trabalho, como: contato com profissionais com experiência em desastres do tipo humano; constituição de micro equipes conforme a organização do trabalho (Pavilhão de urgência e emergência em saúde, Acompanhamento dos Familiares para identificação das vítimas fatais, Pavilhão de Atenção Psicossocial pós-reconhecimento do corpo, Pavilhão das Funerárias, Pavilhão dos Velórios); capacitação *ad hoc* para profissionais da rede de saúde e voluntários; revezamento das equipes

entre os pavilhões a fim de não sobrecarregar; reunião entre gestores a cada 1 hora “sala de situações”; liberação e articulação de leitos em todo Estado; e organização e estruturação do serviço de atendimento psicossocial 24 horas para a cidade.

A organização do município, diante das ações de atendimento emergencial ao desastre, foi reconhecida como efetiva pelas instituições internacionais, os Médicos Sem Fronteiras, segundo relato do grupo focal.

Os Médicos Sem Fronteiras, eles se propuseram a ficar 15 dias, e ficaram três. Porque entenderam que na organização dentro do caos, Santa Maria foi um dos locais, na avaliação deles, foram um dos locais que mais se organizou, em termos de atendimento psicossocial, e de urgência e emergência, apesar disso, de não terem experiência (Entrevista/GF).

Contudo, é significativo verificar, conforme já apresentado no capítulo 3 desta dissertação, subitem 3.1, que traz em seu título a frase do gestor hospitalar “*É esse modo de garantir ou de oferecer, que garantir não garante nada*”, que o gestor retrata a ausência do estado na efetivação das políticas sociais, em especial a política de saúde cabe ressaltar que houve esforços em oferecer um atendimento emergencial aos familiares, que pudessem, minimamente, “organizar o caos”. Tais ações só puderam se efetivar pelo empenho de profissionais comprometidos e ao voluntariado, pois é relevante notar que a falha do Estado está presente do descaso com a liberação de alvarás até a falta de planejamento para ocorrência de desastres nessa proporção.

A fase a qual o ciclo se refere à **Recuperação**, é a última fase de vida do ciclo de gerenciamento de desastre. A sociedade afetada, apoiada pelo Estado e por instituições humanitárias, procura reestabelecer a situação de normalidade até que todos os sistemas retomem (FEMA, 2012).

Dessa forma, constata-se no que diz respeito ao período de recuperação do desastre, ocorrido no município de Santa Maria, que essa é a fase que não recebeu atenção significativa dos entes públicos, pois a rede de saúde permanece fragilizada, com equipes e serviços defasados. O serviço de atenção psicossocial 24 horas criado para atender a demanda específica do desastre na boate Kiss (por um período determinado), vem passando por diversas alterações em virtude das trocas de governo, e com profissionais inseridos ainda contratados, sendo que dividem a carga horaria atuando em outros serviços da rede municipal. É notável que a existência do serviço 24 horas, criado em 2013, permanece, pois o município não investiu no fortalecimento da sua rede de atenção psicossocial, e o cuidado e as demandas oriundas do

desastre não foram absorvidas pela rede de saúde municipal, não se efetivando um cuidado em saúde integralizado, como afirma os profissionais no grupo focal “*Então, eram situações que a gente foi vendo que, parece que o incêndio aconteceu no só Acolhe, e a Atenção Básica, que deveria também cuidar desses sobreviventes, não estava cuidando*” (entrevista/GF).

Apesar dos profissionais relatarem que no ano de 2017: “*o Serviço sofreu uma grande pressão, assim, até para dissolver, agora, esse ano*” (entrevista/GF), a equipe aponta que as ações e decisões não são dialogadas entre equipe e gestão municipal, nem com familiares e sobreviventes, pois o término do serviço é algo previsto. Porém, estratégias de como será a continuidade dessas ações e atendimentos são tratadas de forma verticalizada pela gestão, causando um distanciamento dos usuários com a gestão e a precarização do serviço de saúde prestado, levando ao adoecimento do trabalhador, desmotivação e descaso com a história e trajetória do serviço dos trabalhadores que o constituíram.

“(…) o pessoal que está desde o início, desde 2013, conta, que todo o processo de criação onde esse serviço, ou de tudo que foi pensado em relação à cuidado às vítimas e aos afetados, foi um processo construído em que as pessoas envolvidas estavam juntas, e construindo, e pensando, e chegou um determinado momento em que nós, que diretamente atendemos as vítimas, não estávamos mais sendo consultados pra participar desse processo de criação do que se pensava para o serviço futuramente”(entrevista/GF).

Outro aspecto ressaltado na fase de recuperação é com relação à **intersetorialidade** das ações entre as políticas públicas e a política de saúde. Entende-se que a intersetorialidade, na situação de desastre, busca fortalecer as ações junto à rede de saúde, englobando aspectos além do processo de saúde.

A intersetorialidade, no campo das políticas públicas, significa a integração dos diversos setores que tratam de diferentes políticas no atendimento das necessidades expostas por seus usuários. A intersetorialidade não nega a setorialidade, busca reconhecer os conhecimentos específicos de cada setor e conjugá-los em direção à síntese do conhecimento. Tratar as políticas públicas apenas de forma setorializada é, em parte, reflexo da fragmentação da divisão do trabalho em diversas instâncias e está relacionada ao modo de produção do conhecimento que tende a ser fragmentado. Para superar a divisão do trabalho em diversas especializações, é necessário o esforço de um olhar sobre a complexidade que envolve as expressões da questão que, aqui, estão relacionadas com a política de saúde no enfrentamento a uma situação de desastre.

Compreende-se que a prevenção e as respostas aos desastres é um tema transversal e, por isso, pode combinar ações setoriais e intersetoriais, visando superar riscos de desastres por meio de uma ação transformadora.

Para Faler (2016), na política de saúde o conceito de intersetorialidade emerge diante de um espaço de disputa e contradições, pois, se por um lado a política de saúde no Brasil se consolida como direito universal, por outro apresenta uma longa jornada marcada por lutas de classes sociais “embasada num forte posicionamento antagônico aos das classes dirigentes” (p. 105). É nesse campo, marcado por disputas e conquistas, que a política de saúde no Brasil, a partir da Constituição de 1988, consolida-se com diretrizes, normas e princípios.

Pode-se perceber que a intersetorialidade na saúde resulta da possibilidade de articulação de setores distintos: refletir, juntos, a questão complexa da saúde, assim se corresponsabilizando em prol de efetivar e garantir a saúde como: direito humano e cidadania. (FALER, 2016)

A promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia (BRASIL, 2002, p. 21)

Assim, a intersetorialidade se configura como a possibilidade de articulação entre diferentes sujeitos e setores sociais, de saberes e poderes em prol do enfrentamento de complexos problemas. E, por meio da intersetorialidade, que se (re)cria formas novas de governar, trabalhar, buscar a construção de políticas públicas e superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais (JUNQUEIRA, 1997).

Desse modo, Junqueira (1997, p. 37) define a intersetorialidade como “a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social”.

Porém, cabe refletir que a intersetorialidade não é um processo fácil de ser articulado, pois demanda dos esforços das diferentes políticas sociais e investimento estatal. Assim, as políticas públicas e sociais, inseridas em contexto neoliberal, são reduzidas ao seu escopo, e carregam em si a trajetória da execução por setores específicos, apresentando característica de fragmentação em suas ações, tornando a sua integração um desafio à efetivação de um sistema integrado de proteção social.

Bellini (2014) afirma que, apesar da importância da interconexão entre políticas públicas e sociais ser necessária para atender, respeitar e efetivar os direitos à cidadania, pesquisas realizadas pelo Núcleo de Estudos em Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade (NETSI) da Escola de Humanidades - PUC/RS, apontam para uma *“fragilidade da intersectorialidade nas ações desenvolvidas especialmente nas políticas de saúde e assistência social”* (p. 20), ocasionada pela fragmentação e descontinuidade em intervenções geradas pela desresponsabilização do Estado frente às políticas sociais.

Desse modo, a fala do gestor estadual *“Vingou foi a saúde, porque tinha que acontecer”* (entrevista/GE), quando é questionado sobre as ações intersetoriais da política de saúde com as demais políticas sociais frente ao desastre, demonstra as dificuldades de articulação entre as políticas, geradas pelo desinvestimento estatal. Em uma situação de desastre, entende-se a necessidade de articulação entre as políticas públicas para se efetivar respostas e promover uma recuperação efetiva, porém a derresponsabilização e o desmonte das políticas, através de cortes orçamentários e terceirizações, podem ser “sentidas” no cotidiano de suas execuções, a qual precariza e coloca em risco a própria política social em questão (seja ela assistência social, saúde e etc), fragilizando-a e a impedindo de promover articulações setoriais com as demais políticas, sendo em um contexto de desastre, um desafio maior.

Assim no que diz respeito ao desastre ocorrido na boate Kiss, a intersectorialidade não se efetivou significativamente. Houve o apoio entre política de saúde e assistência social, porém, pelas necessidades de enfrentamento e responsabilidade dessas duas políticas sociais apresentarem respostas, as possibilidades de uma articulação maior *“não vingou”*, envolvendo políticas públicas como a cultura e a educação, que poderiam contribuir, efetivamente, para apresentar um resultado concreto e significativo ao “luto” vivido por toda a cidade.

“A gente propôs muito, mas foi uma coisa que não vingou, uma articulação com a Cultura, porque a gente entendia que também podia ser uma ferramenta importante, né, de tirar aquele coletivo de pessoas daquela sensação, daquele sentimento, assim, muito ruim que habitava todos nós. Mas não foi uma coisa que vingou, assim. Vingou foi a saúde, porque tinha que acontecer, e a assistência social entrou junto bastante” (Entrevista GE).

Outro aspecto que demonstra que a fase de recuperação não se concretizou parte do âmbito legal, pois, conforme aponta a fala do gestor municipal, a limitação de recursos para efetivar ações que viessem ao encontro da real demanda que o desastre gerou à cidade fez com que ações urgentes e necessárias de revitalização da cidade não acontecessem.

“Nem existe na lei federal possibilidade disso, tanto que nós encaminhamos, a gente tentou através da secretaria de saúde, tentamos captar recursos para dar continuidade ao processo de atendimento, do acolhimento, tipo, para fazer eventos com jovens e tudo, e não conseguimos porque não tinha previsão na lei federal” (Entrevista/GM).

Contudo, é importante observar a fala do gestor municipal, pois a intersetorialidade apesar de estar prevista nas diretrizes das políticas públicas, e contemplar a construção de interfaces e diálogos entre diferentes setores governamentais e não governamentais, enfrenta desafios na sua consolidação, já que a fragmentação e o desinvestimento nas políticas públicas levam as políticas a atuarem de forma solitária no enfrentamento dos problemas sociais. Dessa forma, Bellini (2014, p. 31) aponta sobre *“a precariedade de cada política, frente à complexidade da realidade, mas também é o reconhecimento da potencialidade que cada política assume quando em parceria com outra, e/ou outras”*.

Com a lei 12.608/12, institui-se a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC), com norte ao gerenciamento de risco⁴⁶, prevenção⁴⁷ e mitigação⁴⁸ em situações de desastres, oferecendo respostas e recuperação em conjunto com políticas setoriais. Assim, essa lei também vem dispor sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC) e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil (CONPDEC). (FIOCRUZ, 2016). Porém, frente a um desastre, as possibilidades de efetivar a intersetorialidade torna-se um desafio ainda maior, apesar da política de saúde municipal contemplar em seu plano de saúde, no Eixo V, a qual trata das Ações Intersetoriais Diretriz Estratégica: Articulação dos diferentes setores e serviços para o fortalecimento da rede de Atenção à Saúde no município e apontar a intersetorialidade como a possibilidade de *“uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da*

⁴⁶ A Gestão de Risco conforme banco de dados do BVS, Identificação, avaliação das perdas e controle de riscos, que geralmente não são assegurados visando minimizar as obrigações financeiras.

⁴⁷ Conforme banco de dados do BVS, a Prevenção em situação de Desastres é um conjunto de ações destinadas a reduzir a ocorrência e a intensidade de desastres naturais ou humanos, através da avaliação e redução das ameaças e/ou vulnerabilidades, minimizando os prejuízos socioeconômicos e os danos humanos, materiais e ambientais. Implica a formulação e implantação de políticas e de programas, com a finalidade de prevenir ou minimizar os efeitos de desastres. A prevenção compreende: a Avaliação e a Redução de Riscos de Desastres, através de medidas estruturais e não estruturais. Baseia-se em análises de riscos e de vulnerabilidades e inclui também legislação e regulamentação, zoneamento urbano, código de obras, obras públicas e planos diretores municipais.

⁴⁸ A mitigação, conforme banco de dados BVS, são medidas tomadas para reduzir causas ou consequências no caso de desastre, a um mínimo aceitável de riscos ou danos. Um termo coletivo usado para englobar todas as atividades desenvolvidas em antecipação da ocorrência de um evento potencialmente catastrófico, incluindo a preparação e medidas de longo prazo para a redução de risco.

população” (PLANO DE SAÚDE MUNICIPAL, 2013, p. 25). Os dados apontam que a intersetorialidade no município não se efetivava antes do desastre. O acontecimento do desastre não foi suficiente para se implementar uma articulação entre os serviços e políticas públicas, como afirma o gestor hospitalar “*o que acontece, é o mundo real do sistema, cada uma faz a sua parte*”, e assim se concretizaram as ações frente ao desastre na boate Kiss. As necessidades geradas pelo desastre apenas promoveram a aproximação entre setores, mas essa ainda constituída de práticas paralelas, sem um diálogo horizontalizado e interface.

“Eu não chamo de desarticulação sabe por quê? Porque na verdade ela nunca foi uma coisa articulada, a necessidade nos aproximou, a necessidade de uma realidade de uma situação extrema, porque a vida ela é circunstancial (...)Então hoje, o que acontece, é o mundo real do sistema, cada uma faz a sua parte. Não é que a gente se desarticulou, tá definido! O acolhe cuida das vítimas, se eles têm uma vítima que é grave que tá lá, eles encaminham para cá, para a psiquiatria, para o apoio psiquiátrico, se nós temos algum que já não precisa mais do atendimento hospitalar, nos transferimos. Enfim, é meio que assim uma acomodação ao mundo real do sistema” (Entrevista/GH)

Contudo, observa-se que o gerenciamento de um desastre ainda é um desafio para a política de Saúde, apesar da saúde, frente a uma situação de desastre, ter como responsabilidades buscar a interface com as demais políticas públicas, prever e analisar os riscos, pautando, através de seus planos e programas, estratégias e promover o atendimento emergencial, a organização e execução. Cabe ressaltar que a efetivação do gerenciamento de um desastre se inicia com o seu planejamento, organização, treinamentos e capacitações para o seu enfrentamento; pensar em um gerenciamento após a ocorrência de um desastre como é o caso do município de Santa Maria, a qual a política de saúde, profissionais, gestores não se encontram preparados é também negligenciar, omitir a sua ocorrência.

Para isso, torna-se cada vez mais necessário implementar e incorporar planos, programas e ações a desastres, prevendo as possibilidades de ocorrência dos mais diferentes tipos de desastre. O desastre ocorrido na boate Kiss não é algo novo na história e trajetória dos desastres apresentados no capítulo 2 é exibida a ocorrência desse mesmo incidente em outros países. Porém, a negligência do Estado, gerada pelo modo de produção capitalista, a qual se volta em detrimento da acumulação do capital e a desvalorização da vida, faz com que desastres como esse sejam reincidentes, caiam no esquecimento e a morte de 242 pessoas não seja suficiente para efetivar um planejamento e legislações que evitem ou efetivem respostas diante de um desastre.

Dessa forma, a seção a seguir reforça o debate acerca da importância dos protocolos e estratégias adotadas, partindo das análises realizadas neste estudo.

4.3 Estratégias e Protocolos: “ninguém tá preparado para uma tragédia nestas dimensões”⁴⁹

Compreende-se que a preparação para todos os riscos (desastres que possam ser ocasionados), refere-se à importância de tomar medidas para atenuar, preparar e responder a qualquer situação que possa ocasionar um desastre. Por isso, preparações focadas em uma única situação (como desastres ambientais) correm o risco de, em uma situação adversa, obter abordagens com falhas significativas. Desse modo, planos, programas e protocolos são essenciais para o planejamento dessas ações. Assim, os planos e programas devem ampliar as possibilidades de riscos para além dos desastres ambientais e climáticos, como: surtos de doenças infecciosas, gripe sazonal e pandemia, fuga causada por pânico e multidões, desastres industriais, desmoronamentos, incêndios, desastre de transporte, desastres baseados em conflitos (conflitos civis e terrorismo), entre outros (FALCÃO, 2012).

Dessa forma, a fase de prevenção é essencial, pois possibilita o planejamento e a implementação de políticas públicas para modificar as causas dos desastres ou minimizar seus impactos. Assim, a preparação para um desastre está em alcançar uma solução satisfatória de prontidão para responder a qualquer situação de desastre. (FALCÃO, 2012).

Desse modo, as análises indicaram que a falta de planejamento e ações, que norteassem a organização emergencial frente ao desastre, causaram divergências entre as organizações internacionais e a gestão local responsável pelos grupos de trabalho no município de Santa Maria; pois como não havia protocolos no município que dessem conta desse tipo de desastre, as indicações de protocolos internacionais, indicadas pela Cruz Vermelha, não eram compatíveis com a estrutura do Sistema de Saúde. Como aponta a fala do gestor estadual.

“A Cruz Vermelha foi tensa, porque a Cruz Vermelha tem os protocolos deles, tem o formato de pensamento deles, né, mas eles não são do Sistema Único de Saúde, eles são uma entidade que tem todo o seu valor é uma entidade super valorosa, mas que tem uma outra estrutura, e eles tinham dificuldade de entender isso. E a gente dizia: “mas isso não tem como, a gente... tu não pode ofertar uma coisa que não vai poder dar continuidade depois”, né. Tem uma responsabilidade técnica e ética com aquele usuário, a gente pode ofertar aquilo que o município tem, não adianta a gente tentar inventar coisas que o município não tem como dar sustentação depois.” (Entrevista GE)

⁴⁹ Frase retirada da entrevista com o gestor estadual.

A ausência de protocolos a nível estadual e nacional, que pudesse dar conta desse tipo de desastre, demonstra o despreparo das políticas públicas, em especial da política de saúde, observando a frase do gestor estadual utilizada no título desse subitem a qual remete “*ninguém tá preparado para uma tragédia nestas dimensões*”. Reafirma, assim, a discussão que vem sendo realizada, que desastres do tipo humano e/ou antropogênicos não estão tendo prioridade em planos de saúde, legislações e na construção de programas e protocolos.

A falta de planejamento e ausência de protocolos fizeram com que a política de saúde estadual, em conjunto com a municipal, durante a fase de resposta do desastre, buscasse adaptações de protocolos, “*O que a gente percebeu inicialmente, né, não tinha nenhum protocolo; os protocolos que tinham da vigilância não davam conta desse tipo de evento*” (entrevista/GE). Em um contexto de desastre, o qual surgem inúmeras necessidades, prioridades e decisões para serem tomadas, não ter claro os procedimentos e caminhos a serem conduzidos leva a uma sobrecarga e a possibilidade de falhas durante o seu gerenciamento. Como retrata, a seguir, a fala do gestor estadual, indicando a necessidade de traduzir protocolos internacionais, mediante ao atendimento prestado a familiares e sobreviventes.

“A gente usou pegou os protocolos internacionais, mas o nosso principal instrumento foi o do Médico Sem Fronteiras, que estava em francês, (...) eu traduzo, deixa que eu traduzo”. Aí ela se tocou a traduzir e a gente foi traduzido outros, e a gente montou esse aconselhamento que a gente fez” (entrevista/GE).

Após o desastre, as demandas aumentaram com relação ao cuidado e apoio psicossocial. Profissionais da rede de saúde municipal tentaram implementar protocolos no que diz respeito à tentativa de suicídio, porém a atenção primária, em virtude das fragilidades e a cobertura territorial insuficiente, acabou não sendo pactuada.

“Houve o estudo da questão dos protocolos da tentativa de suicídio, né, teve bastante discussões dentro do município, então, nos atendimentos, mas eu acho que não se aprofundou muito, porque ainda a Atenção Básica tem essa dificuldade de fazer os primeiros atendimentos” (entrevista/CS).

“Eu acho que é um dos processos que precisa ser bem mais aprofundados, assim, principalmente com essas questões que vem depois do desastre, né. Então, protocolo para atendimento da tentativa de suicídio, falta o fluxo pra a gente ver pra onde se encaminha, tem o pronto atendimento (PA) que não aceita, tem a UPA que não aceita. Então a gente precisa saber para onde encaminhar, o quê pode ser tratado dentro da Atenção, até onde a Atenção Básica é responsável por isso, né. Isso também algo que se fica indefinido por que tem um receio, eu não digo, mas insegurança,

realmente, de como tu tratar essa pessoa. A questão de acolhimentos tem em toda a Rede Básica” (entrevista/CS).

Falcão (2012) ressalta a importância da política de saúde - planejar participação dos profissionais de diferentes níveis e setores - assim a constituição de uma equipe de desastres torna-se relevante para o desenvolvimento de planos e protocolos, bem como treinar funcionários e supervisionar as práticas. A equipe de desastre deve estar preparada e ter poder de decisão. Falcão (2012) indica que os planos de desastres devem ser realistas, adaptados às necessidades locais e frequentemente atualizados. O desastre evidenciou a carência e preparação do município e do Estado com relação a um desastre humano. A ausência de protocolos e planos comprometeram a capacidade de resposta, com a execução de ações focalizadas na emergência, ficando a fase pós desastre reduzida às ações realizadas pelo serviço de atenção psicossocial criado.

Porém, esforços em efetivar protocolos e institucionalizar estratégias de enfrentamento ao desastre na rede de saúde foram sendo estruturadas pelos profissionais da rede, algumas implementadas com sucesso, outras não atingiram o seu objetivo. Desse modo, serão simplificadas essas ações para facilitar a compreensão:

- **Protocolos de Atendimento às Vítimas da Boate Kiss:** o serviço do hospital universitário de Santa Maria, - HUSM, através da criação do Centro Integrado de Atendimento às vítimas de acidente (CIAVA)⁵⁰, organizou e publicou os protocolos criados no âmbito hospitalar especificamente para atender a demanda dos desastres, foram criados: protocolo de acolhimento; protocolo de assistência de enfermagem em pessoas queimadas; protocolo de assistência psicossocial; protocolo de atendimento psiquiátrico de vítimas de estresse agudo e pós-traumático; protocolo de atendimento pneumológico; protocolo de atendimento neurológico; protocolo de atendimento fisioterapêutico; protocolo de atendimento de terapia ocupacional; protocolo de atendimento fonoaudiólogo; e protocolo de assistência farmacêutica. Os protocolos criados a partir da demanda do desastre e da criação do novo serviço foram institucionalizados em todo hospital do HUSM, foram discutidos com outros serviços

⁵⁰ Serviço criado após o desastre ocorrido na boate Kiss, especificamente para atender os sobreviventes em tratamento clínico. O serviço é composto médicos clínicos gerais, pneumologistas, neurologistas, cirurgião plástico e psiquiatras, farmacêutico, técnicos de farmácia, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeuta ocupacional, assistentes sociais e psicólogos.

hospitalares e validados pelo Ministério da Saúde; sendo referência para outras regiões, os protocolos recentemente foram utilizados e serviram para atender as vítimas do incêndio que ocorreu em outubro de 2017, na cidade de Janaúba, interior de Minas Gerais, em uma creche.

- **Criação de serviço de atendimento psicossocial 24 horas:** Após os atendimentos emergenciais, foi evidenciada a fragilidade dos serviços de saúde ofertados pelo município, em especial a rede de saúde mental (ausência de Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS do tipo III). Assim um serviço psicossocial de atendimento 24 horas, exclusivo a famílias, sobreviventes e comunidade fosse instituído. Atualmente, o serviço não atende mais 24 horas, conta com equipe contratada. Conforme retrata o grupo focal *“tinha uma atuação muito forte do Estado em 2013, a onde a gente tinha reuniões bem importantes que eles nos davam realmente muito apoio. E isso mudou totalmente 2014; que ninguém nem mais deu bola para o Acolhe”*.
- **Apoio Matricial em Saúde Mental:** surge no município pós desastre como uma estratégia para compartilhar o cuidado em saúde mental de vítimas, sobreviventes e comunidade afetada no território. Porém, a estratégia implementada pelos profissionais da rede municipal de atenção psicossocial a ação que envolvia reuniões semanais para discussão de casos entre a equipe de matriciadores e visitas mensais às unidades básicas- teve suas atividades interrompidas após a troca de gestão, não obtendo apoio e investimento. *“No início, a gente fez um plano de ação, que seria o plano de saúde mental, e se pensava em criar uma portaria para institucionalizar esse trabalho, que ficasse, independente da gestão, que se manteria esse trabalho de apoio matricial. Mas não aconteceu” (entrevista/GF)*
- **Sala de Situação:** a sala de situações foi implementada durante os atendimentos emergenciais do desastre para reunir gestores, ministro da saúde e coordenadores. É considerada uma tecnologia em saúde utilizada pela Força Nacional do SUS e instituições como Médicos Sem Fronteira diante das próprias necessidades que surgiam durante a sua organização, levando em consideração as condições e possibilidades de efetivá-las. Dessa forma, foram viáveis: a constituição de micro equipes (equipe de acompanhamento, equipe de suporte no serviço de saúde, equipe de acompanhamento

dos atos velatórios), Capacitação ad hoc, a importância no revezamento das equipes e a constituição de um espaço para reunião, troca de informações, pactuação de ações entre entes federativos, esse espaço usou a tecnologia da “Sala de Situação” (serviço hospitalar do município, do Estado e entes federativos). *“A gente montou, para ti ter ideia, as pessoas chegavam para ser voluntárias, a gente tinha tipo um mini curso ali: como vai se portar, como vai agir com a imprensa, né, tinha um tensionamento com a mídia. (...)ó, o que tu precisa na abordagem, o quê que não é legal tu dizer”*. (Entrevista /GE).

- **Articulação do Estado com o Município via 4º coordenadoria de saúde:** a pesquisa evidenciou que a aproximação do Estado, via Secretaria Estadual de Saúde com o Município, através da Secretaria Municipal de Saúde, em parcerias e apoio técnico, realizado anteriormente ao desastre por meio da 4º Coordenadoria Regional de Saúde presente na cidade, foi um ponto importante destacado pois o conhecimento da rede de saúde municipal por parte do Estado, suas fragilidades e potencialidades, bem como os profissionais atuantes, foi um ponto estratégico e relevante para a administração/gerenciamento do desastre. *“Conhecia a rede, conhecia as pessoas, conhecia pelo nome, frequentava os serviços, né. Isso facilitou imensamente, porque tu já tens ciência do trabalho, tanto que a gente (bom, é a experiência que eu tive. Talvez, né, se eu não tivesse isso, talvez o que iria acontecer eu não sei, mas...) a gente chegou lá e eles, ou talvez pelo atravessamento deles, eles não ofereceram resistência para passar a coordenação para nós, entendeu”*. (Entrevista GE)
- **Instituição da Força Estadual do SUS:** Com a ocorrência do desastre na boate Kiss, houve a implementação e instituição da Força Estadual de Saúde no RS, através de decreto em 2014, dois anos após a ocorrência do desastre e com o Estado sendo um dos participantes na Copa do Mundo. A Força Estadual de Saúde foi criada para atendimento em catástrofes naturais, tragédias e situações de calamidade pública, contando com equipe e um hospital de campanha para eventos de grande massa e a aquisição de dois helicópteros para saúde, para transporte de pacientes.

“Com a KISS, e com a possibilidade da Copa, se criou na época a força Estadual do SUS, que tinha Força Nacional, também por lei estadual com um orçamento, com um equipamento... tem um hospital que o Estado tem de campanha, ele é inflável com montagem de várias barracas: a barraca vermelha, barraca amarela, barraca verde,

eventos de grande massa, né. Foi isso que a gente pensou” (entrevista/gestor estadual).

- **Lei Boate Kiss:** lei 13.425, de 31 de março de 2017, estabelece diretrizes gerais sobre medidas de prevenção e combate a incêndio e a desastres em estabelecimentos, edificações e áreas de reunião de público. Apesar da lei ter entrado em vigor quatro anos após a ocorrência do desastre, efetiva-se como uma resposta significativa à prevenção de desastres, fixando uma fiscalização mais rígida e responsabilizando entes públicos em caso da ocorrência de desastres.

Dessa forma, é fundamental criar estratégias de resposta a um desastre, articuladas com mecanismos de gestão pública municipal, estadual e federal, para garantir a sustentabilidade e integralidade do processo de cuidado. Especificamente com relação ao desastre ocorrido em Santa Maria, percebe-se que, no período anterior à ocorrência do desastre, nenhum dos três entes federados dispunha de um plano prático\operacional\ou um guia de diretrizes e condutas em saúde direcionado a desastres dessa magnitude. É importante salientar que as estratégias descritas acima são resultado da articulação dos profissionais em saúde, pois o desastre evidenciou a necessidade de aprimorar a rede de saúde, em especial a rede de saúde mental. Contudo, a permanência das fragilidades vivenciadas pela rede de saúde mental e atenção psicossocial, mesmo após o desastre, e o término de estratégias estruturadas em virtude do desastre, como é o caso do apoio matricial, assim como a não ampliação da rede atenção básica e a falta de protocolos e direcionamento de ações no plano municipal de saúde, demonstram um retrocesso na efetivação das respostas ao desastre, pois as necessidades geradas pelo desastre apenas promoveram a aproximação entre setores pela necessidade de efetivar resposta, mas a falta de investimento na prevenção demonstra a ausência do Estado na efetivação das políticas públicas em prol do planejamento e enfrentamento a um desastre.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que, no Brasil, os desastres em grande parte são desencadeados por processos sociais que, muitas vezes, ocorrem anteriormente a fatores como: vendavais, chuvas, secas entre, outros. Para a sociologia, os desastres são fenômenos particulares que preservam determinadas especificidades no tempo e no espaço (VALENCIO, 2010). O que impõem analisar esses fenômenos em seus processos sócio históricos para além da “tragédia local”, compreender seus impactos e fatores para além do que está evidente, conhecer o passado para compreender o presente e projetar o futuro. Por isso, os desastres se revelam como acontecimentos disruptivos da dinâmica social, a qual repercutem muito além das fronteiras do Brasil.

O desastre da Boate Kiss vitimou 242 pessoas e feriu, ao menos, outras 680. O incêndio ocorreu na madrugada do dia 27 de janeiro de 2013 e teve seu início pelo acendimento de um artefato pirotécnico por um integrante de uma banda que se apresentava na casa noturna. Essa foi a segunda maior tragédia no Brasil em número de vítimas em um incêndio, sendo superada apenas pelo episódio do Grande Circo Norte-Americano, que ocorreu em 1961, em Niterói, no estado do Rio de Janeiro, que vitimou o inacreditável número de 503 pessoas, e teve características semelhantes às do incêndio ocorrido na Argentina, em 2004, na casa noturna República Cromañón. Rotula-se, também, como o quinto maior desastre da história do Brasil, o maior do Rio Grande do Sul, o de maior número de mortos nos últimos 50 anos no Brasil e o terceiro maior desastre em casas noturnas no mundo.

Dessa forma, a relevância dessa pesquisa se materializa pela importância de investigar e analisar as ações em saúde desenvolvidas frente a uma situação de desastre, cujo os aspectos principais partem do ciclo de gerenciamento do desastre - o qual compreende as seguintes fases: prevenção, preparação, resposta e recuperação.

Compreende-se que a fase da prevenção se refere às ações para evitar impactos adversos do desastre. As ações de prevenção estão voltadas para minimizar, com antecedência, os

impactos potenciais de um eventual desastre. Já a fase de preparação está voltada para combater fatores que a sociedade não foi capaz de mitigar, implica, basicamente, em reagir na ocorrência de um desastre e disponibilizar os recursos necessários para a eficácia da resposta. Com relação à fase da resposta, essa tem suas ações voltadas para o atendimento à emergência inicia-se durante o desastre e segue após a sua finalização. E, por último, a fase de recuperação é aquela em que a sociedade, apoiada pelo estado e as instituições humanitárias, procura reestabelecer a comunidade atingida e seus serviços de atendimento.

Nesse sentido, entre os objetivos desta pesquisa, estavam: Investigar e analisar a organização da Política de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e do Município de Santa Maria frente a desastres de grande proporção; Identificar as estratégias e protocolos criados e dotados pelo Estado do Rio Grande do Sul e Município de Santa Maria, no atendimento ao evento e pós-evento; e Investigar e Analisar os Planos de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e Município de Santa Maria, quanto a ações de prevenção e mitigação, e intervenções a situações de Desastres em grandes proporções e como está contemplada.

É importante ressaltar que os objetivos apresentados possibilitam compreender como estão estruturadas e como se efetivam as ações da política de saúde frente a uma situação de desastre - pois analisar legislações, protocolos e planos de saúde permitiu entender como está estruturada a organização e as ações para o enfrentamento de um desastre. Além disso, utilizar o caso do desastre ocorrido na boate Kiss possibilitou entender como se efetivou a organização da política de saúde.

A partir da análise dos protocolos, legislações e planos de saúde, observou-se que os planos de saúde Estadual e Municipal estão direcionados aos desastres ambientais, não incluindo outros tipos e possibilidades de desastres, restringindo as ações da política de saúde da mesma forma, as legislações apresentam inconsistências nas definições com relação a termos e definições. É importante salientar que os termos e as definições devem ser diferenciados, pois cada tipo de desastre apresenta necessidades de ações específicas.

A pesquisa foi desenvolvida utilizando-se, como referência teórica e metodológica, o materialismo histórico e dialético, visto que possibilita “desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação” (MINAYO, 2010, p.57); já que busca uma análise crítica de interpretação dialética dos fenômenos sociais que se expressam na sociedade, com o propósito de contribuir na busca de uma intervenção profissional empenhada em uma prática social transformadora e propositiva.

O método também se destaca por ter a premissa de que a base material (que inclui as relações de produção) é a infraestrutura que influencia o modo pelo qual as sociedades são regidas. Ou seja, o sistema econômico afeta, fortemente, a organização política e as representações intelectuais da sociedade.

O estudo de caso, com enfoque qualitativo, ocorreu com a realização de quatro entrevistas semi-estruturadas com gestores municipais e estadual, um grupo focal com trabalhadores da rede de saúde, análise bibliográfica contemplando as principais literaturas e autores que discutem sobre desastres, com enfoque na sociologia dos desastres e análise documental dos planos de saúde municipal e estadual. O estudo teve sua análise amparada na pesquisa de conteúdo de Bardin, pois esse contempla “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens” BARDIN, 1977, p. 42).

Ao ressaltar que os desastres se revelam e expõem situações de fragilidade, além de gerarem destruições, perdas materiais e subjetivas, diante da sua proporção impacta sobre famílias, comunidades e até sistemas de referências a qual a vida se apoia. As análises elaboradas concluem que devem ser estruturadas ações de educação em desastres pelas políticas sociais que incluam adultos, crianças, profissionais e comunidades. Todos devem ter capacidade de tomar decisões e agir frente a um desastre até que o socorro seja organizado. Nesse sentido, no período pós desastre, as ações devem estar voltadas para prever não apenas o apoio às perdas materiais, mas resgatar a subjetividade, permitir a reconstrução interna e externa de cada um, e ainda promover a análise crítica de tudo o que se revela frente a um desastre.

Apesar do conceito com relação a desastres, no campo teórico, apresentar diferentes perspectivas, esse estudo aponta que os autores aqui utilizados (Britton (1986), Quarantelli (1998), Garcia-Renedo (2008), Gilbert (1998), Valencio (2012), Marchezini (2009) e Fritz (1961)) apresentam um consenso quanto a importância de aprofundar e promover o debate teórico acerca dos conceitos sobre desastre, pois há uma necessidade de integração das definições, incluindo diferentes áreas de conhecimento, por compreender que um desastre é uma situação complexa que exige análise e diferentes interpretações teóricas, para agregar e qualificar a sua capacidade de resposta das populações

Dessa maneira, o estudo aponta que, além de “conhecer para prevenir”, resgatando na história dos desastres, fatos importantes que subsidiem a prevenção em desastres, a **educação**

em desastres, evidenciada nesse estudo como uma estratégia para a redução de riscos em desastres, em que a cultura da prevenção, atrelada às políticas públicas, fortalece o desenvolvimento de uma educação horizontalizada, coletiva e participativa, com estratégias de ação construídas comunitariamente. Assim, os resultados da pesquisa evidenciam a necessidade de preparação das equipes e das populações em geral em diferentes tipos de desastres. As análises revelam profissionais altamente qualificados com formação voltada para a saúde pública e gestão pública, mas com ausência de experiência e formação específica em situação de desastres.

A **política de saúde**, tem enfrentado desafios de efetivar as suas ações de prevenção, preparação, respostas e recuperação frente a uma situação de desastre, reflexo da dinâmica de acumulação capitalista: assalariamento, reprodução do trabalhador e a reprodução ampliada do capital. Capital que direciona as ações sociais para “aliviar” as manifestações imediatas da questão social, distanciando-as da noção de proteção social (baseada em uma lógica redistributiva e democrática) e se aproximando de uma lógica controladora e coercitiva do Estado.

O capitalismo revela os efeitos da (des)proteção social no enfrentamento dos desastres, através da flexibilização do trabalho e dos aspectos evidenciados na **precarização do trabalho**. Esse estudo aponta que o desastre ocorrido na boate Kiss evidenciou as limitações da rede de saúde e da ofertado pelo município, a insuficiência em recursos humanos a fragmentação das ações da política de saúde, produto de uma saúde focalizada e fragmentada, ressalta que uma das estratégias primárias para consolidação de respostas efetivas frente a um desastre é investir em uma rede de saúde com gestão estatal, focada na promoção da atenção básica e psicossocial fortalecida, com cobertura territorial e recursos humanos qualificados para atuarem em situações de desastres, incluindo os desastres de origem humana.

Outro aspecto importante evidenciado diz respeito às lacunas existentes nas leis e ausência de protocolos quanto a desastres, a falta de explicitação dos diferentes tipos de desastres nas legislações e portarias tem, como consequência, uma limitação de ações pela gestão pública, já que o direcionamento dos recursos se reduz à infraestrutura urbana, direcionados a desastres ambientais.

O estudo aponta que a ausência de um planejamento integrado e participativo se reflete na fragmentação das ações, na ausência de interdisciplinaridade e descompasso entre gestores, técnicos e grupos afetados. As ações governamentais se restringem, basicamente, ao investimento em obras de contenção e recuperação pós-desastre. Contudo, dado que ao Estado

é permitido agir apenas de acordo com o que está definido em lei, fica evidente, a partir do desastre na Boate Kiss, que o Estado Brasileiro se limita somente a reagir ao desastre na fase de resposta, de atendimento aos afetados, fica claro que tal incidente não foi suficiente para mudar as prioridades, tanto no que compõe a política de saúde a nível municipal e estadual, quanto nas legislações vigentes, com ênfase em desastre.

Compreende que os desastres provocam grandes mudanças e reflexões a respeito do processo de trabalho, bem como evidenciam as fragilidades existentes nos processos internos e externos dos serviços e na relação desses com a Rede de Atenção à Saúde. O desastre na boate Kiss, apontou o quanto a fragilidade de uma rede de saúde pode influenciar na organização da política de saúde frente a um desastre humano, e a sua intervenção durante e após a sua ocorrência.

Essa dissertação está longe de esgotar o tema proposto, e as análises e reflexões não estão finalizados, pois envolvem mais do que relação da organização da política de saúde no enfrentamento aos desastres, e sim como uma sociedade capitalista regida pelas leis do lucro e do mercado, como trata seus cidadãos.

Uma das questões principais a ser discutida em pesquisas posteriores é a definição e conceituação adequada de desastres e a ampliação de conceituação e a integração teórica entre as diversas disciplinas que tratem a temática desastres. Já no campo operacional é importante superar as divergências entre os conceitos adotados no Brasil, na linha da defesa civil (a qual a política de saúde segue) e a linha internacional adotada pela OPAS (a qual amplia a tipologia de desastres).

É fundamental a revisão da legislação Nacional, para ampliar os tipos de desastres, realçando os desastres humanos pois, no caso da boate Kiss, os protocolos e as determinações legais não estavam preparadas para responder diante de um desastre com essa dimensão. E a política de saúde, deve adotar estratégias de preparação e prevenção aos desastres humanos, o que inclui treinamentos e capacitações de profissionais da saúde, bem como à rede de apoio à política de saúde, a fim de promover a intersetorialidade em situações de desastres, com investimento em ações de prevenção, preparação e respostas através de protocolos e a inclusão desses nos seus planos estaduais e municipais.

Os desastres escancaram as mazelas sociais, e os limites do Estado denunciam a estrutura das políticas públicas com reformas e desmontes e com congelamento dos gastos públicos, apresentada via PEC 55. As privatizações/terceirizações, o sucateamento e desvalorização, a precarização na saúde e nas demais políticas públicas, permitem que o desastre

recaia sobre “sociedade civil”, “isenta” e “protege” o Estado de suas obrigações. O conceito “desastre humano”, está presente na legislação, e aponta para “falha humana”, sendo apresentado como aquele que é “provocado pelas ações ou omissões humanas”, direcionando para a culpabilização individual, mascarando as responsabilidades sob a lógica de operação do capital, e a necessidade do homem submeter-se aos imperativos da economia capitalista.

Dessa forma, essas análises, apontadas nesse estudo, podem subsidiar ações e reflexões para que desastres não se repitam e para elaborar respostas efetivas através das políticas públicas que atendam às necessidades sociais e humanas, com ações que valorizem a vida e garantam direitos sociais.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **Dimensões da Precarização do Trabalho Ensaio de sociologia do trabalho**. Bauru: Canal 6, 240p., Editora Práxis, 2013.

_____. **Novo desenvolvimentismo e precarização do trabalho no Brasil** – Parte III. Disponível em: <[http://blogdaboitempo.com.br/2013/09/23/novo desenvolvimentismo-e-precariozacao-do-trabalho-no-brasil-parte-iii/](http://blogdaboitempo.com.br/2013/09/23/novo_desenvolvimentismo-e-precariozacao-do-trabalho-no-brasil-parte-iii/)>. Acesso em: 4 dez. 2017.

ARAÚJO. C.; PINTO. **Estudo de Caso**. Apresentação em Slaid. Mestrado em Educação - Tecnologia Educativa, Unidade Curricular: Métodos de Investigação em Educação, Universidade do Minho, 2016.

AROUCA, Sergio. **A reforma sanitária brasileira**. In: Tema, Revista Radis n. 11. Ano VI. Novembro de 1988. p. 2-4. Disponível em: <<http://docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=Radis20&pesq=1988>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

BELLINI, Isabel Barros; FALLER, Camília Susana. **Intersetorialidade & Fragmentação: Partículas a Respeito**. In: Intersetorialidade e Políticas Sociais: Interfaces e Diálogos/org. Maria Isabel Barros Bellini, Camília Susana Faller. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil (2000). **Política Nacional de Defesa Civil**. Brasília: SEDEC. Disponível em: <http://www.mi.gov.br/defesacivil>

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** (Série E. Legislação em saúde). Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Integração Nacional. (MI). Secretaria Nacional de Defesa Civil. (SEDEC) **Manual de desastres humanos: desastres humanos de natureza tecnológica** – v. 2. – I parte / Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. – Brasília: MI, 2003. 452p

_____. BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. **Glossário de Defesa Civil Estudos de Redução e Medicina de Desastres**. Brasília, 2009.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 01 Julho. 2016.

_____. Lei 12.608, de 10 de Abril de 2012. **Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC; dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil - CONPDEC; autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres; altera as Leis nos 12.340, de 1o de dezembro de 2010, 10.257, de 10 de julho de 2001, 6.766, de 19 de dezembro de 1979,**

8.239, de 4 de outubro de 1991, e 9.394, de 20 de dezembro de 1996; e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 11 abr. 2012.

_____. Lei 12.608, de 10 de Abril de 2012. **Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC**; dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil - CONPDEC; autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres; altera as Leis nos 12.340, de 1o de dezembro de 2010, 10.257, de 10 de julho de 2001, 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.239, de 4 de outubro de 1991, e 9.394, de 20 de dezembro de 1996; e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 11 abr. 2012.

_____. **Política Nacional de Humanização**. 1ª edição, Brasília-DF, 2013.

BARDIN, C. **Análise de Conteúdo**. Rio de Janeiro, 1977.

BAPTISTA, Tatiana W. F. **História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. In: Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. MATTÁ, Gustavo C; PONTES, Ana L. M. (orgs.). Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_3.pdf>. Acesso em: 01 de jun. 2016.

_____. **Análise de Conteúdo**. 3. Ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BORGES, J.L. (2007). O livro dos seres imaginários. Colaboração Margarita Guerrero. 1. a reimpressão. Trad. Heloísa Jahn. São Paulo: Companhia das Letras

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social no Brasil: um direito entre a originalidade e conservadorismo**, 2, ed, Brasília: [s.n], 2003. In: Proteção Social no Brasil e em Cuba. Maria Lúcia T. Garcia, Berenice Rojas Couto, Rosa Maria Marques (Org.), Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

_____. **Financiamento e gasto da Assistência Social: pulverização e regressividade**. In: BOSCHETTI, Ivanete. Assistência social no Brasil: um direito entre o a originalidade e conservadorismo. 2. Ed. Brasília: 2003, p. 193-271. In: Proteção Social no Brasil e em Cuba. Maria Lúcia T. Garcia, Berenice Rojas Couto, Rosa Maria Marques (Org.), Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

_____. **Seguridade Social e projeto ético – político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 25, n. 79, Especial, p. 108-32, 2004. In: Proteção Social no Brasil e em Cuba. Maria Lúcia T. Garcia, Berenice Rojas Couto, Rosa Maria Marques (Org.), Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

BEHRING, E.R. **Fundamentos de políticas sociais**. In: Proteção Social no Brasil e em Cuba. Maria Lúcia T. Garcia, Berenice Rojas Couto, Rosa Maria Marques (Org.), Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

BECK, Ulrich. **Risk Society: Towards a new modernity**. London: Sage. 1992.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social no Brasil: um direito entre a originalidade e conservadorismo**. 2. Ed. Brasília, 2004.

_____. **Financiamento e gasto da assistência social: pulverização e regressividade.** 2003

_____. **Seguridade Social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania?** Serviço Social e Sociedade, São Paulo. 2004

BRAVO, Maria I. S. **Carta de Maceió.** In: Relatório do 29º Encontro Nacional CFESS/CRESS. Brasília, CFESS: 2000. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorio_2000_29.pdf>. Acesso em 10 jun. 2016.

BROWN, David. et al. **501 Desastres mais devastadores de todos os tempos.** Trad. Catharina Pinheiro. 1ª edição brasileira. São Paulo: Editora Lafonte, 2012.

BRITTON, N. R. (1986). **Developing an understanding of disaster.** *Journal of Sociology*, 22(2), 254-271.

BVS. Disponível em: <http://bvsalud.org/>. Acessado em 28 de junho de 2016.

CARVALHO, Délton Winter de; DAMACENA, Fernanda Dalla Libera. **Direito dos Desastres.** Porto Alegre. Livraria do Advogado Editora, 2013.

COUTO, Berenice Rojas; PRATES, Jane Cruz, DORNELLES, Aline E. et al. **Proteção Social e Seguridade Social: A constituição de Sistema de Atendimentos às Necessidades Sociais.** In: Proteção Social no Brasil e em Cuba. Maria Lúcia T. Garcia, Berenice Rojas Couto, Rosa Maria Marques (Org.), Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

_____. **O direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004. In: Proteção Social no Brasil e em Cuba. Maria Lúcia T. Garcia, Berenice Rojas Couto, Rosa Maria Marques (Org.), Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

DEBORD, Guy. **A Sociedade do Espetáculo.** Tradução: Estela dos Santos Abreu. – Rio de Janeiro: Contraponto, 1997. 238p.

DOMBROWSKY, W. R.. **Again and again: is a disaster what we call a “disaster”?** New York: Routledge, 1998. p. 19-30. In: Sociologia dos desastres – construção, interfaces e perspectivas no Brasil – volume III /organizado por Norma Valencio / apoio CRESS-RJ – São Carlos : RiMa Editora, 2013.

DUARTE, Luiz Ricardo. **Os CONSEGs e a redução de riscos.** Florianópolis: CEPED, 2008

FALLE, Camília Susana. **Intersetorialidade: Um conceito em construção.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

FARBE, Daniel. **Disaster Law and Inequality.** V. 25, n 2, p. 1 – 19, 2007

FEMA. **Emergency Management: Setting the Scene.** Washington, 2012.

FIOCRUZ. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/desastres/content/mobilizacao-em-desastres>. Acessado em 28 de junho de 2016.

FRITZ, C. E. (1961). **Disaster**. In R. K. Merton & R. A. Nisbet (Eds.), *Contemporary Social Problems* (pp. 651-694). New York: Harcourt, Brace and World.

FALCÃO, Luis Fernando dos Reis, et al. **Programa de Resposta a Desastres: fundamentos de resposta a desastres**. Barueri: SP, Minha Editora, 2012.

GARCIA-RENEDO, M. (2008). El 11-M. **Un estudio sobre su impacto psicológico desde ele entorno familiar y escolar en alumnos de infantil y primaria**. Tese de Doutorado, Universitat Jaume I, Castelló de la Plana, Castellón, Espanha. Recuperado em 01 de setembro, de 2013, de <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10803/10526>

GRAMSCI, Antonio, 1891- 1937. **O leitor de Gramsci: escritos escolhidos 1916 – 1935/** Carlos Nelson Coutinho, organizador. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIDDENS, Anthony. **As Consequências da Modernidade**. Oeiras. Celta Editora, 1992.

GÜNTER, Wanda Maria Rizzo; CICCOTTI, Larissa; RODRIGUES, Angela Cassia. **Desastres: Múltiplas Abordagens e Desafios**. 1. Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

HANDEM, P.C; et al. Metodologia: Interpretando Autores. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (org). **Métodos e metodologia na pesquisa científica**. 3. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2008.

HOFF, Luíza Rutkoski. **Público e Privado na Política de Saúde Mental: Inflexões de um mundo à parte**. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2016.

IAMAMOTO, Marilda V. **As dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social contemporâneo**. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional*. MOTA, Ana. E. (et al.), (orgs.). 4 ed. São Paulo: Cortez. Brasília, DF. 2009. p. 161-196.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, MCF. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde**. *Rev Esc. Enf USP*, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.

KOSIK. K. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro:Paz e Terra, 1989.

KORSTANJE, M. CROMAÑON. **La Tragédia Contada por 19 sobreviventes**. Buenos Aires, Planeta, 2006.

KILVINGTON, M. J. **Building Capacity for Social Learning in Environmental Managment**. Lincoln University, 2013.

KRUM, Adriana; MAFACIOLI, Gilson. **A Organização do Caos: A Atenção Psicossocial no Centro Desportivo Municipal**. In: MAFACIOLI, Gilson et al. *A integração do cuidado diante do incêndio na boate kiss: testemunhos e reflexões*. Editora CRV, Curitiba. 2016.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa em saúde**. UFSC, Florianópolis, 2002

LEWGOY, Alzira M. B. **Supervisão de Estágio em Serviço Social: desafios para a formação e exercício profissional**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

LEFEBVRE, H. O direito à cidade, São Paulo, Ed. Moraes, 1991. In: PRATES, J.C. **Mini Curso: O Ciclo investigativo e as políticas sociais**. Santa Cruz do Sul. UNISC, novembro de 2015.

LUHMANN, Niklas. **Risk: a Sociological theory**. Berlin. 1993

MAFACIOLI, Gilson et al. **A Integração do Cuidado Diante do Incêndio na Boate Kiss: Testemunhos e Reflexões**. Curitiba, Editora CRV, 2016.

MARCHEZINI, V; SIENA, M. **Múltiplos territórios e desterritorializações múltiplas: repensando as dinâmicas urbanas a partir dos desastres relacionados às chuvas**. N. Valêncio;E, A. Paula; A.C. Witkoski (orga). **Processos de Territorialização e identidades sociais**. São Carlos, Manaus, Rio Branco: RiMa Editora, EDUA. EdUFAC, 2010. P. 281-297. In: **Sociologia dos desastres – construção, interfaces e perspectivas no Brasil – volume II** /organizado por Norma Valencio /– São Carlos : RiMa Editora, 2010.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração e análise e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas em serviço social: um instigante desafio. In: **Seminário sobre metodologias qualitativas de pesquisa**. São Paulo: PUCSP - NEPI, Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre identidade, Cadernos n. 1, mai. 1994, 113 p., p. 12-18.

MARTINELLI, Maria Lúcia, KOUMROUYAN, Elza. **Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social**. Revista Serviço Social & Sociedade. N.º 54. São Paulo: Cortez, 1994

MARTINS, Daniela de Almeida. et al. **O Conceito de Fatores Humanos na Aviação: Qualidade de Vida e Fadiga Institucional**. Campinas, p.203-218, 2006. Disponível em: Acesso em: 30 de setembro de 2017.

MARX e ENGELS. **Textos sobre educação e ensino**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Moraes, 1993

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da economia política**. Livro I: O processo de produção do capital. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDES, José Manuel. **Sociologia do Risco: Uma Breve Introdução e Algumas Lições**. Publicado por Imprensa Universidade de Coimbra, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/nadia/Desktop/Sociologia_do_risco.pdf

MENDES, J. M. R.; WUNSCH, D.; COUTO, B. **Verbete Proteção Social**. In: Proteção Social no Brasil e em Cuba. Maria Lúcia T. Garcia, Berenice Rojas Couto, Rosa Maria Marques (Org.), Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gome; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). 28. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde**. 4ª edição, Editora Cortez, São Paulo, 2009.

_____. **Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995. In: Proteção Social no Brasil e em Cuba. Maria Lúcia T. Garcia, Berenice Rojas Couto, Rosa Maria Marques (Org.), Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela Santana; PERUZZO, Juliane Feix. **O Novo Desenvolvimentismo e as Políticas Sociais na América Latina**. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

NETTO, J.P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Cinco Notas a Propósito da Questão Social**. Revista Temporalis – ASSOCIAÇÃO Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. n° 3 (jan/jul. 2001). Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

NOAL, D. S., Vicente, L. N. Weintraub, A. C. A. M., Fagundes, S. M. S., Cabral, K. V., Simoni, A. C. R. et al. **Estratégia de Saúde Mental e Atenção Psicossocial para Afetados da Boate Kiss**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 36 n°4, 932-945, Out/Dez, 2016.

OXFORD. **English Dictionary** (1987). Oxford, UK: Oxford University Press

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p.

PRADIER, Pierre- Charles. **Histoire du Risque**. Madrid: Delta Publicaciones, 2004.

PRATES, J. C. **O método e o potencial interventivo e político da pesquisa social**. In: Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS n. 9, ano V, jan/jun 2005 – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005.

PRINCE, Samuel. **Disaster's Little Known Pioneer**. School of Journalism, 1920.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades Humanas: Subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 6º ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

PONTES, Reinaldo. **Mediação e Serviço Social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social**. São Paulo: Cortez; Belém: Universidade da Amazônia, 1995.

QUARANTELLI, E. (1998). What is a disasters? Perspectives on the question. Routledge: Londos and New York.. p. 234-273. In: **Sociologia dos desastres – construção, interfaces e perspectivas no Brasil** – volume II /organizado por Norma Valencio /– São Carlos : Rima Editora, 2010.

RELATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO 2007/2008: **Combater as alterações climáticas: Solidariedade humana num mundo dividido**. Publicado para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Acesso em 10 de agosto de 2017 em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2007-8-portuguese.pdf>

REVISTA ELETRONICA VALOR. Acesso em: setembro de 2017, em: <http://www.valor.com.br/internacional/2739356/desastre-nuclear-de-fukushima-foi-falha-humana-diz-comissao>

RIBEIRO, Manuel João. “Sociologia dos desastres”. **Sociologia – Problemas e Práticas**. Lisboa, nº18, 1995.

RODRIGUES, P. F. V.; BELLINI, M. I. B. **A Organização do Trabalho e as Repercussões na Saúde do Trabalhador e de sua Família**. Revista Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 345 - 357, ago./dez. 2010. Acesso em 4 de dezembro de 2017 em: http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8096/2/A_Organizacao_do_Trabalho_e_as_Repercussoes_na_Saude_do_Trabalhador_e_de_sua_Familia.pdf

SANTA MARIA. **Plano Municipal de Saúde 2013-2017**. Prefeitura Municipal de Santa Maria – RS, Secretaria Municipal de Saúde, julho de 2013.

SILVA, Jeane Andrea Ferraz. **A Temática do Financiamento na Política de Assistência Social no Brasil**, In: Proteção Social no Brasil e em Cuba. Maria Lúcia T. Garcia, Berenice Rojas Couto, Rosa Maria Marques (Org.), Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

SULAIMAN, S.N. **De Que Adianta? O papel da educação para prevenção de desastres naturais**. (Tese de Doutorado em Educação). Faculdade de Educação, USP, São Paulo, 2014.

ROSEN, G. 1910 – 1977. **Uma História da Saúde Pública**: Tradução Marcos Fernando da Silva Moreira com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: Hucitecc: Editora Universidade Estadual Paulista: Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994. (Saúde em Debate; 74).

SHRANDY, Nicolholas. **O Último Dia do Mundo: Fúria, Ruína e Razão no Grande Terremoto de Lisboa de 1755**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011, p. 162

THOMAS, A.; MIZUS, M. **Logistics training: Necessity or luxury? Forced Migration Review**, v. 22, 2005.

THE LANCET. **The Cocoanut Grove Disaster**. Lancet 243 no. 6268, 1944.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALADARES, C. A. M. **A evolução das tecnologias e a saúde do trabalhador: as doenças do novo milênio**. In: GOMES, Álvaro (Org.). O trabalho no século XXI: considerações para o futuro do trabalho. São Paulo: Anita Garibaldi; Bahia: Sindicato dos Bancários da Bahia, 2001

VALENCIO, N. **Sociologia dos desastres – construção, interfaces e perspectivas no Brasil** /organizado por Norma Valencio, Mariana Siena, Victor Marchezini e Juliano Costa Gonçalves – São Carlos: RiMa Editora, 2009.

_____. (2010). **Os desastres como indícios da vulnerabilidade do sistema Nacional de Defesa Civil: o caso brasileiro**. Territoriun, v 17 (em publicações). In: **Sociologia dos desastres – construção, interfaces e perspectivas no Brasil – volume II** /organizado por Norma Valencio /– São Carlos: RiMa Editora, 2010.

_____. **Para Além Do Dia do Desastre: O Caso Brasileiro**. 1. Ed. Curitiba: Appris, Coleção Ciência Sociais, 2012.

_____. **Sociologia dos desastres – construção, interfaces e perspectivas no Brasil – volume III** /organizado por Norma Valencio / apoio CRESS-RJ – São Carlos : RiMa Editora, 2013.

_____. **A Crise Social Denominada Desastre: subsídios para uma rememoração coletiva acerca do foco principal do problema**. In: Sociologia dos desastres – construção, interfaces e perspectivas no Brasil – volume III /organizado por Norma Valencio / apoio CRESS-RJ – São Carlos : RiMa Editora, 2013.

_____. **Sociologia dos desastres – construção, interfaces e perspectivas no Brasil – volume II** /organizado por Norma Valencio /– São Carlos: RiMa Editora, 2010.

VIANNA, M.I.L. **O Silencioso desmonte da seguridade social no Brasil**. In: Proteção Social no Brasil e em Cuba. Maria Lúcia T. Garcia, Berenice Rojas Couto, Rosa Maria Marques (Org.), Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

UNISDR (2009). **Terminología Sobre Reducción del Riesgo de Desastres**. Disponível em: http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf. Acesso em setembro de 2017.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes Subalternas e Assistência Social**. 6 ed. São Paulo:Cortez, 2012.

APÊNDICE

Apêndice A – Roteiro de Tópicos Guia para Grupo Focal com os Trabalhadores dos Serviços de Saúde

Pesquisa: “Desastre Humano e a Política de Saúde: Um Desafio a Ser Enfrentado”

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS”

Roteiro de tópicos guia para grupo focal com os trabalhadores dos serviços de saúde

IDENTIFICAÇÃO DA COLETA

Pesquisadora: Nadianna Rosa Marques

Data:

Local da coleta de dados:

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO GRUPO FOCAL

1. Função:
2. Tempo de trabalho no serviço:
3. Formação Profissional:
4. Experiências em situações de desastres:
5. Treinamentos, Capacitações em situações de desastres:

BLOCO B – QUESTÕES NORTEADORAS

Com relação ao Evento

1. Relatar como foi no dia do desastre: (Como ficou sabendo? Primeiras informações?)
2. Como foram contatados? Tiveram participação durante o atendimento emergencial? Relate como foi a experiência.
3. Como foi a organização dos profissionais da saúde durante o desastre? E Quais serviços da rede de saúde e intersetoriais foram acessados?
4. Teve contato com gestores ou coordenador?

Com relação a articulação e envolvimento em nível Municipal

5. Após o desastre como foi organização em nível Municipal?
6. Como foi constituída a equipe de trabalho para atender o evento? Segue a mesma equipe?
7. Foi utilizado algum protocolo? Qual? para a realização do atendimento emergencial?
8. Receberem algum treinamento, assessoria, capacitação pós evento? De quem?
9. Já havia no município uma equipe preparada ou com experiência em desastre?
10. Quais foram os principais facilidades para a organização da rede de atendimento pós desastre? E Quais foram os principais impasses para a organização da rede de atendimento pós desastre?

Com relação ao acompanhamento pós desastre

1. Das ações desenvolvidas especificas em virtude do desastre alguma foi incorporada pelo Estado em protocolos e diretrizes norteadoras para a saúde, Quais? Qual a participação da equipe na construção e elaboração em planos de prevenção? E como foi a inserção da equipe?
2. Como são a avaliações e monitorada as ações? Como foi estruturado este monitoramento pós desastre
3. A equipe possui acompanhamento a nível estadual? Relate está experiência

Apêndice B – Roteiro de Tópicos Guia para Entrevista com Gestor Estadual do Serviço de Saúde.

Pesquisa: “Desastre Humano e a Política de Saúde: Um Desafio a Ser Enfrentado”

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Roteiro de tópicos guia para entrevista semi-estruturada com Gestor Estadual do Serviço de Saúde.

IDENTIFICAÇÃO DA COLETA

Pesquisadora: Nadianna Rosa Marques

Data:

Local da coleta de dados:

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A ENTREVISTADA

1. Função:
2. Tempo de trabalho no serviço:
3. Formação Profissional:
4. Experiências em situações de desastres:
5. Treinamentos, Capacitações em situações de desastres:

BLOCO B – QUESTÕES NORTEADORAS

Com relação ao Evento

6. Descreva como foi no dia do desastre: (Como ficou sabendo? Primeiras informações?) Já havia atuado frente a uma situação de desastre?
7. Como foi contatado/quais foram os primeiros encaminhamentos? E quem foram as pessoas ou equipe que você contatou para iniciar a mobilização? E porquê? Quando e como foi contato com o município afetado?

Com relação a articulação e envolvimento a nível Estadual

8. Como foi a mobilização em nível Estadual da SES?
9. Como foi constituída a equipe em nível da SES? Quem foi as pessoas da equipe acionadas? E com outras instituições e serviços?
10. Foi utilizado algum protocolo e qual?
11. Em situações de desastres quais são os recursos da SES? E como se compõem esses recursos (Financeiros, Humano, Logística, Medicamentos, Convênios etc)? Qual o procedimento para acessá-lo? E do que depende a sua liberação?

Com relação a organização do serviço e do atendimento emergencial

12. Quais serviços da rede de saúde e intersetoriais foram acessados?
13. Quais ações foram prioritárias? E quais foram secundárias?
14. Teve algumas ações específica criada para atender a demanda gerada pelo desastre? E quais?

Com relação ao acompanhamento pós desastre

15. Das ações desenvolvidas específicas em virtude do desastre alguma foi incorporada pela SES em protocolos e diretrizes norteadoras para a saúde?
16. Como vem sendo avaliado e monitorado as ações? Como foi estruturado este monitoramento pós desastre? Relate a sistemática das avaliações?
17. Foram criados protocolos novos e diretrizes devido ao evento? Quais?
18. Como avalia toda a organização da SES?

**Apêndice C – Roteiro de Tópicos Guia para a Entrevista Gestor Municipal do Serviço de Saúde.
Pesquisa: “Desastre Humano e a Política de Saúde: Um Desafio a Ser Enfrentado”**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Roteiro de tópicos guia para entrevista semi-estruturada com o Gestor Municipal do Serviço de Saúde

IDENTIFICAÇÃO DA COLETA

Pesquisadora: Nadianna Rosa Marques

Data:

Local da coleta de dados:

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A ENTREVISTADA

1. Função:
2. Tempo de trabalho no serviço:
3. Formação Profissional:
4. Experiências em situações de desastres:
5. Treinamentos, Capacitações em situações de desastres:

BLOCO B – QUESTÕES NORTEADORAS

Com relação ao Evento

1. Descreva como foi no dia do desastre: (Como ficou sabendo? Primeiras informações?) Já havia atuado frente a uma situação de desastre?
2. Como foi contatado/quais foram os primeiros encaminhamentos? E quem foram as pessoas ou equipe que você contatou para iniciar a mobilização? E porquê? Quando e como foi o contato com os gestores a nível estadual?

Com relação a articulação e envolvimento em nível Municipal

3. Como foi a mobilização em nível Municipal SMS?
4. Como foi constituída a equipe em nível da SMS? Quem foi as pessoas da equipe acionadas? E com outras instituições e serviços?
5. Foi utilizado algum protocolo e qual? Receberem algum treinamento, assessoria, capacitação? De quem? Quando?
6. Já havia no município uma equipe preparada ou com experiência em desastre?
7. Em situações de desastres quais são os recursos da SMS? E como se compõem esses recursos (Financeiros, Humano, Logística, Medicamentos, Convênios etc)? Qual o procedimento para acessá-lo? E do que depende a sua liberação?

Com relação a organização do serviço e do atendimento emergencial

8. Quais serviços da rede de saúde e intersetoriais foram acessados?
9. Quais ações foram prioritárias? E quais foram secundárias?
10. Teve algumas ações específica criada para atender a demanda gerada pelo desastre? quais? E qual sua fonte de recurso?

Com relação ao acompanhamento pós desastre

11. Das ações desenvolvidas específicas em virtude do desastre alguma foi incorporada pelo SMS em protocolos e diretrizes norteadoras para a saúde?
12. Como vem sendo avaliado e monitorado as ações? Como foi estruturado este monitoramento pós desastre? Relate a sistemática das avaliações?
13. Foram criados protocolos novos e diretrizes devido ao evento? Quais?
14. Quais foram as principais fragilidades enfrentadas pela SMS? E quais aspectos facilitadores para SMS?
15. Como avalia toda a organização da SMS?

Apêndice D – Roteiro de Tópicos Guia para a Entrevista com Coordenador de Serviço de Saúde.

Pesquisa: “Desastre Humano e a Política de Saúde: Um Desafio a Ser Enfrentado”

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Roteiro de tópicos guia para entrevista semi-estruturada com o Coordenador de Serviço de Saúde

IDENTIFICAÇÃO DA COLETA

Pesquisadora: Nadianna Rosa Marques

Data:

Local da coleta de dados:

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A ENTREVISTADA

1. Função:
2. Tempo de trabalho no serviço:
3. Formação Profissional:
4. Experiências em situações de desastres:
5. Treinamentos, Capacitações em situações de desastres:

BLOCO B – QUESTÕES NORTEADORAS

Com relação ao Evento

1. Descreva como foi no dia do desastre: (Como ficou sabendo? Primeiras informações?) Já havia atuado frente a uma situação de desastre?
2. Como foi contatado/quais foram os primeiros encaminhamentos? E quem foram as pessoas ou equipe que você contactou para iniciar a mobilização? E porquê?
3. Teve contato com gestores municipal ou estadual? Em que momento?
- 4.

Com relação a articulação e envolvimento a nível Hospitalar

1. Como foi a mobilização/ organização para a criação do serviço em que momento? Em que momento surgiu a ideia?
2. Como foi constituída a equipe? De que fonte (Ministério da Saúde, Secretária Estadual de Saúde e Secretária Municipal de Saúde)?
3. Foi utilizado algum protocolo e qual? Receberam algum treinamento, assessoria, capacitação? De quem? Quando?
4. Já havia alguma uma equipe e /ou alguém de referência preparado ou com experiência em desastre?
5. Quais as principais ações desenvolvidas? Porque?

Com relação a organização do serviço e do atendimento emergencial

6. Quais serviços da rede de saúde e intersetoriais foram acessados para compor com o Serviço?
7. Quais ações foram prioritárias? E quais foram secundárias?
8. Teve algumas ações específica criada para atender a demanda gerada pelo desastre? quais? E qual sua fonte? Como está foi estruturada? Profissionais atuantes.

Com relação ao acompanhamento pós desastre

9. Das ações desenvolvidas específicas em virtude do desastre alguma foi incorporada no âmbito hospitalar em protocolos e diretrizes norteadoras para a saúde, devido ao evento?
10. Como está sendo avaliado e monitorado das ações? Como foi estruturado este monitoramento pós desastre? Relate.
11. Quais foram as principais fragilidades enfrentadas pela serviço? E quais aspectos facilitadores para o serviço especializado?
12. Como avalia toda a organização do serviço?

Apêndice E – Roteiro de Análise Documental

Pesquisa: Pesquisa: “Desastre Humano e a Política de Saúde: Um Desafio a Ser Enfrentado”

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

IDENTIFICAÇÃO DA COLETA

Pesquisadora: Nadianna Rosa Marques

Data:

Local da coleta de dados:

Os documentos para este estudo são: Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e Plano Municipal de Saúde de um Município do interior do Rio Grande do Sul, na vigência de 2012 a 2015.

- a) Data de publicação;
- b) Agentes envolvidos;
- c) Princípios que norteiam;
- d) Análise situacional
- e) Programas, ações e serviços;
- f) Metas e Resultados;
- g) Capacitação, treinamentos para situações de emergência, desastres, calamidades
- h) Identificar ações em saúde desenvolvidas.
- i) Previsão de recursos financeiros, técnicos, logísticos e de capacitação para situações de urgências/ calamidade pública/desastres
- j) Análise dos Protocolo.

Apêndice F - QUADRO VI- SISTEMATIZAÇÃO DA PESQUISA DOCUMENTAL

Documento	Data	Instância	Com Relação a Desastres	Com Relação aos Desastres, em Especial Desastre Humano/antropogênico	Apontamentos no Documento que destacam a preocupação com Desastres ou que se relaciona a situações de Desastre.
PLANOS DE SAÚDE					
Plano Municipal de Saúde Santa Maria – RS 2013 – 2017 (Versão Final)	Julho de 2013	Municipal	Não faz menção a ações, diretrizes e estratégias de mitigação diretamente a situações de desastres, apenas apresenta ações e metas a serem alcançadas e curto, médio e longo prazo voltadas e rede de urgência e emergência.	Não faz menção, nem classifica em tipos de desastres	<p>Página 51 do plano Municipal (anexo 1 – Eixo I Norteador: REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE)</p> <p>Com relação a Diretriz Estratégica: Qualificação da Atenção à Saúde no Município de Santa Maria- RS, no item 1.5 traz com relação a. Reestruturação dos serviços de Urgência e Emergência do Município, apresenta como metas: A Ação Estabelecer fluxos de referência e contra referência, incluindo saúde Mental na atenção às Urgências e Emergências; Realizar Educação Permanente às Equipes de atenção às Urgências e Emergências conforme as diretrizes do SUS; Criar a função de responsável técnico através de portaria para a Rede de Urgências e Emergências no município e garantir a realização da capacitação introdutória aos profissionais admitidos no serviço de saúde da SMS-SM.</p> <p>Página 51/52 – no item 1.6, com relação a Qualificação/Integração das ações de Vigilância em Saúde com a rede de Atenção à Saúde, apresenta como uma das metas: Investigar e fiscalizar os ambientes de trabalho sobre a exposição e o grau de risco para o desenvolvimento de doenças ocupacionais, biossegurança e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).</p> <p>Página 57 - Com relação ao item 2.4 que prevê sobre o Planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde, onde apresenta como</p>

					<p>meta: <u>implantar novos serviços de saúde, conforme a necessidade da população santa-mariense (Ex: Incidente Kiss).</u></p> <p>Página 58 – no EIXO III sobre a EDUCAÇÃO PERMANENTE (Diretriz Estratégica: Qualificação das Ações do Núcleo de Educação Permanente em Saúde no município de Santa Maria - RS), apresenta como meta no 3.1 Fortalecimento das Ações do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, entre as ações <u>aumentar Número de profissionais aperfeiçoados/capacitados em urgência emergência,</u></p>
Plano Municipal de Saúde de Santa Maria / RS	Posterior a este período	Municipal	Plano Municipal de Saúde de Santa Maria, posterior a este período 2013-2017 não foi encontrado disponível online	_____	_____
Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2012 – 2015 (Versão Publicada em pdf e impressa)	Aprovado na plenária do Conselho Estadual de Saúde – CES em julho de 2013	Estadual	Menciona	Faz menção a outros tipos de desastres, inclusive cita desastres provocados por acidentes o qual incluem o fator humano, porém não os denomina de Desastre Humano.	<p>Página 101 – faz menção a desastres ambientais, que este vem aumentando partir das transformações climáticas e seu impacto com a saúde da população.</p> <p>Porém faz menção a outros tipos de desastres “<i>O Rio Grande do Sul sofre regularmente eventos climáticos extremos, mais recorrentes em algumas áreas, destacando-se três tipos: as chuvas intensas (que provocam enchentes, inundações, enxurradas, alagamentos e deslizamentos de terra), as estiagens, os vendavais (temporais, ciclones extratropicais, tornados e furacões), a queda de granizo e as Elétricas (raios). Os dados atualmente existentes, entretanto, ainda não permitem correlações consistentes entre esses eventos e a situação de saúde das populações atingidas. <u>Já os desastres provocados por acidentes com produtos perigosos, incêndios e com queimadas, que também ocorrem com certa regularidade, são a menor do que o esperado, tendo em vista as diversas</u></i></p>

				<p><u>situações de risco observadas, tanto em instalações fixas como no transporte de carga”.</u></p> <p>Página 103 – Mostra a FIGURA 141, o mapa do RS, apresentando o Impacto de desastres provocados por vendavais e pela queda de granizo por Região de Saúde, RS, 2003 a 2012 (Informações prestadas pela Defesa Civil do RS).</p> <p>E aponta que as “ intoxicações são agravos a saúde que acometem a população com ampla repercussão no sistema de saúde. O Rio Grande do Sul é um dos principais recordistas nacionais de registro de casos de intoxicações humanas no país, respondendo por 21,8% do total de cerca de 100 mil atendimentos realizados por 17 Centros de Informação e Atendimento Toxicológico do país”.</p> <p><u>Aponta uma medida importante – “A quase totalidade desses acidentes poderia ser evitada se houvesse informação adequada dos cuidadores sobre medidas simples de prevenção. Os dados de intoxicação registrados no Rio Grande do Sul caracterizam a necessidade urgente da implantação de programas de educação e prevenção de acidentes tóxicos para a redução do impacto desses agravos na saúde da população mediante avaliação de risco e qualificação das equipes de saúde, tanto da atenção básica quanto das que atuam nas unidades de pronto atendimento”</u></p> <p>Página 136 – Faz referência para a necessidade da Rede de Urgência e Emergência acionar a ação da Força Nacional do SUS em situações de catástrofes. <u>“A Força Nacional do SUS (FN-SUS) é um componente humanitário do SUS, estruturante da Rede de Atenção às Urgências, que sob a gestão do Ministério da Saúde objetiva aglutinar esforços para</u></p>
--	--	--	--	--

				<p><u>garantir a integralidade na assistência em situações emergenciais ou de risco para populações com vulnerabilidades específicas em regiões de difícil acesso. Existem situações que exigem maior participação do poder público, tais como as catástrofes que envolvem múltiplas vítimas e demais condições de calamidade, em especial, de natureza epidemiológica; as situações que demandam rápida atuação com atendimento médico especializado e apoio logístico; situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de populações especiais, como povos indígenas e outras comunidades”.</u></p> <p><u>Página 166 – o plano estadual destaca as ações desenvolvidas pela saúde do trabalhador pelo DSVT/CEREST entre elas está “ a realização de ações de vigilância aos ambientes de trabalho, conforme eventos (Agravos) identificados no SIST ou devido a outras demandas; a participação nas ações de vigilância em saúde do CEVS e de outras instituições como em eventos de massa ou em eventos adversos”</u></p> <p>Página 183 – o Plano Estadual traz com relação ao Financiamento Estadual da Atenção Secundária e Terciária em Saúde, onde o cofinanciamento por parte do Estado será distribuído em duas modalidades, entre elas para a Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Secundária e Terciária em Saúde (PIES-AST), que prevê para “Unidades Ambulatoriais de Atenção a Urgência (Cofinanciamento de UPAS; outros serviços de urgência) ”. Porém não especifica em seus serviços de urgência, destinados a situação que envolvam desastres.</p> <p>Página 188 – O Plano Estadual apresenta uma política (Política de Enfrentamento aos Desastres Ambientais) voltada para desastres ambientais, pensando na necessidade de articulação de recursos para situações emergenciais, porém não apresentando na política de saúde uma linha de atenção que abranja todos os tipos de desastres possíveis. “Dada a necessidade de manter recursos que possam ser rapidamente utilizados</p>
--	--	--	--	---

					<p><u>no enfrentamento aos eventos ambientais adversos ou a outras situações inusitadas (como surtos/epidemias), será alocado um valor de, no mínimo, 10% (dez por cento) do valor orçamentário dos recursos da Vigilância em Saúde, a título de Reserva Estratégica. Esses recursos poderão ser repassados aos municípios por meio de pactuados dos gestores na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ”.</u></p> <p>Com relação a Objetos, diretrizes e metas previstas no Plano Estadual de Saúde, no que se refere a Atenção a Saúde:</p> <p>Página 214 - OBJETIVO 3: Ampliar e Qualificar a Vigilância em Saúde, aponta para a importância de <u>“implementar e consolidar a rede de laboratórios públicos ou privados que realizam análises de interesse em saúde pública, promover e assessorar atendimento emergencial a acidentes tóxicos, análises laboratoriais toxicológicas”.</u></p> <p><u>Página 214/215 – Com relação as Metas para 2012 – 2015, apresenta:</u></p> <p><u>Constituir grupo de estudo, planejamento e de intervenção reunindo o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) e o Departamento de Ações em Saúde (DAS), integrando-os ao Comitê Estadual de Mobilização pela Segurança no Trânsito.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · <u>Promover e garantir o cuidado e a atenção integral as vítimas de trânsito, visando ao seu Atendimento desde o nível pré-hospitalar móvel e fixo até a reabilitação hospitalar e Ambulatorial.</u> · <u>Criar Política de Toxico vigilância como forma de fortalecer e estruturar as unidades de Atendimento e informações toxicológicas, ampliando a sua capacidade de atendimento à população.</u> <p>Página 233 - A Central Estadual de Regulação das Urgências/SAMU deverá ampliar a capacidade operacional e modernizar os equipamentos, atendendo aos requisitos da Portaria GM/MS 1010/2012. Além disso,</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>deverá implementar Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), que irão organizar e uniformizar condutas, evitando que profissionais que trabalham em turnos distintos executem tarefas iguais de modo diferente, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção ao usuário. Buscando a integralidade dos atendimentos, a agilização e a potencialização de meios, bem como a racionalização de recursos humanos e físicos, em médio prazo deverá ser implantado Sistema Estadual Integrado, <i>Interface Simultânea de Regulação Única, reunindo todos os Serviços de Urgência do Estado do Rio Grande do Sul: Regulação/SAMU-RS, VISA Estadual, Defesa Civil e Segurança Pública (Brigada Militar, Corpo de Bombeiros, Polícia Civil).</i></p> <p>Entre as metas previstas para 2012-2015, estava:</p> <p><i>- Implantar 04 bases de atendimento pré-hospitalar SAMU - Resgate e Transporte Aeromédico.</i></p>
<p>Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 2016 – 2019 (Versão Publicada em pdf e impressa)</p>	<p>Porto Alegre 2016</p>	<p>Estadual</p>	<p>Menciona, porém todas as ações e recursos financeiros apresentados com relação a Desastres, estão direcionados a Desastres Ambientais.</p>	<p>Não faz menção, nem classifica em tipos de desastres</p>	<p>Página 109 – Apresenta a proposta de “Transversalidade da Vigilância em saúde”, com vistas a modificar o perfil da vigilância em saúde, compondo uma atuação menos fragmentada. Assim Vigilância em Saúde passa a assumir diferentes papéis, entre eles “<i>a <u>detecção oportuna e a resposta as emergências em saúde pública</u>, a vigilância dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde, o controle dos riscos ambientais e a promoção em saúde pela educação</i>”.</p> <p>Assim, para a detecção oportuna e a resposta às emergências de saúde pública, através de diferentes recursos: “<i>diferentes instrumentos são utilizados para coleta de informações, tais como <u>o Centro de Informações Estratégicas para a Vigilância em Saúde (CIEVS)</u>, o <u>protocolo de recebimento de alertas meteorológicos de ocorrência de eventos climáticos extremos</u> e o Disque Vigilância 150. O CIEVS integra-se a uma rede de informações nacional e internacional visando a detecção e</i></p>

				<p>resposta aos Eventos de Saúde Pública (ESP). <u>Estes eventos são situações que podem constituir potencial ameaça à saúde pública</u>, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico-epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou <u>agravos decorrentes de desastres ou acidentes</u>. No RS existem dois CIEVS, um municipal (CIEVS/Porto Alegre) e outro estadual (CIEVS/RS).</p> <p>Página 110 – traz que em virtude da ocorrência de desastres causados por eventos climáticos externo em municípios de todas as regiões do estado, porém cita apenas por situações climáticas (estiagens, chuvas intensas, vendavais, queda de granizo), desta forma justificam a organização do SUS para controle dos riscos à saúde decorrentes destes eventos. Desta forma, apresenta o Plano de Contingência Estadual de Saúde para Desastres Ambientais “<u>prevê a existência de referências em todas as Esferas (local, municipal, regional, estadual), protocolos para as ações de saúde e Comitês Operativos de Emergência (COE) estadual, regionais e municipais.</u></p> <p>Página 116 – No que se refere a Organização da Assistência Farmacêutica no SUS, por blocos de financiamento, prevê que em “caso de Calamidades Públicas (Portaria no 2.365/2012) são <u>disponibilizados medicamentos e insumos estratégicos as populações atingidas por desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo, pelo Ministério da Saúde</u>”.</p> <p>Página 139 – Apresenta o quadro 37 com relação a Metodologia de alocação de recursos financeiros, por bloco de financiamento, RS, 2015. Com relação ao Bloco de Financiamento - Vigilância em Saúde. Este prevê para situações de desastres ambientais a partir do Plano de contingência para desastres ambientais, regulamentado pela legislação</p>
--	--	--	--	---

					<p>prevista pela Portaria SES RS nº 99/2011 - Comitê Desastres Ambientais de nível Estadual. (PORTARIA NÃO DISPONÍVEL PARA DOMÍNIO PÚBLICO)</p> <p>PÁGINA 175 – No que tange as diretrizes e metas o plano apresenta na DIRETRIZ 1 sobre a Qualificação da Rede de Atenção à Saúde consolidando a regionalização da saúde: O Objetivo 6 - Fortalecer as ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde, como meta “<u>Implementar a Política Estadual de Gestão de Riscos a Saúde relacionados a desastres ambientais</u>”</p>
DECRETOS					
<p>Decreto nº 7.616 (Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de importância Nacional – ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema único de Saúde)</p>	<p>17 de novembro de 2011.</p>	<p>Federal</p>	<p>Menciona</p>	<p>Menciona, não classifica os tipos de desastres, porém menciona que em uma situação de calamidade pública o ente público para requerimento da decretação de situação de calamidade pública, entre os diversos pareceres técnicos a serem apresentados deve descrever o “<i>tipo do desastre, de acordo com a codificação de desastres, ameaças e riscos definida pelo Ministério da Integração Nacional</i>” (página 2)</p>	<p>Página 1 - Capítulo I DA DECLARAÇÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL (ESPIN), no Art. 3º A ESPIN.</p> <p>- Aponta situação de Desastre como umas dessas ocorrências, e define uma situação de desastre:</p> <p>“§ 2º <i>Consideram-se situações de desastres, para fins da aplicação do inciso II do caput, os eventos que configurem situação de emergência ou estado de calamidade pública reconhecidos pelo Poder Executivo federal nos termos da Lei nº 12.340, de 1º de dezembro de 2010, e que impliquem atuação direta na área de saúde pública</i>”.</p> <p>Página 2 - Ainda no Artigo 4º, aponta que a declaração de emergência serão realizadas pelo poder executivo federal por meio do Ministro de estado da Saúde, a partir da análise de “<i>II - requerimento do Ministério da Integração Nacional, após o reconhecimento da situação de emergência ou estado de calamidade pública, quando forem necessárias medidas de saúde pública nos casos de desastres (...)</i>”.</p>

				<p>Página 2 - Com relação ao requerimento o Art. 6º aponta “O requerimento previsto no inciso II do caput do art. 4º será instruído com:</p> <p><i>I - Ato de reconhecimento da situação de emergência ou estado de calamidade pelo Ministro de Estado da Integração Nacional; e</i></p> <p><i>II - Termo de motivação, com as seguintes informações:</i></p> <p><i>a) tipo do desastre, de acordo com a codificação de desastres, ameaças e riscos definida pelo Ministério da Integração Nacional;</i></p> <p><i>b) data e local do desastre;</i></p> <p><i>c) descrição da área afetada, das causas e dos efeitos do desastre;</i></p> <p><i>d) estimativa de danos humanos, materiais, ambientais e dos serviços essenciais de saúde prejudicados;</i></p> <p><i>e) medidas e ações em curso;</i></p> <p><i>f) informações sobre capacidade de atuação e recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros a serem empregados pelos entes federados envolvidos para o restabelecimento da normalidade; e</i></p> <p><i>g) outras informações disponíveis acerca do desastre e seus efeitos”.</i></p> <p>Página 3 – ‘Art. 8º O Ministro de Estado da Saúde poderá definir requisitos complementares para a declaração de ESPIN e dispensar as exigências referidas no inciso II do caput do art. 6º, e inciso II do caput do art. 7º, considerando a intensidade do desastre ou da situação de desassistência à população e seu impacto social, econômico ou ambiental”.</p> <p>Página 4 – Capítulo II</p>
--	--	--	--	---

					<p>Art. 12. Fica instituída a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS como programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população.</p> <p>Parágrafo único. Poderão aderir voluntariamente à FN-SUS os entes federados interessados, por meio de instrumento específico.</p> <p>Art. 13. Compete ao Ministério da Saúde, como gestor da FN-SUS:</p> <p>VIII - solicitar apoio de outros órgãos e entidades federais na operacionalização da resposta às emergências em saúde pública e desastres;</p>
<p>Decreto nº 7.257 Dispõe sobre o Sistema Nacional de Defesa Civil - SINDEC, sobre o reconhecimento de situação de emergência e estado de calamidade pública, sobre as transferências de recursos para ações de socorro, assistência às vítimas, restabelecimento de serviços essenciais e reconstrução nas áreas atingidas por desastre, e dá outras providências.</p>	<p>Regulamenta a Medida Provisória no 494 de 2 de julho de 2010.</p>			<p>Menciona sobre desastres e aponta o termo "desastres" especificamente a "eventos adversos, naturais ou provocados", que causem danos humanos, materiais e ambientais.</p>	<p>Art. 1o O Poder Executivo federal apoiará, de forma complementar, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios em situação de emergência ou estado de calamidade pública, provocados por desastres.</p> <p>Art. 2o Para os efeitos deste Decreto, considera-se:</p> <p>I - defesa civil: conjunto de ações preventivas, de socorro, assistenciais e recuperativas destinadas a evitar desastres e minimizar seus impactos para a população e restabelecer a normalidade social;</p> <p>II - desastre: resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem sobre um ecossistema vulnerável, causando danos humanos, materiais ou ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais;</p> <p>III - situação de emergência: situação anormal, provocada por desastres, causando danos e prejuízos que impliquem o comprometimento parcial da capacidade de resposta do poder público do ente atingido;</p>

					<p>IV - estado de calamidade pública: situação anormal, provocada por desastres, causando danos e prejuízos que impliquem o comprometimento substancial da capacidade de resposta do poder público do ente atingido;</p> <p>V - ações de socorro: ações imediatas de resposta aos desastres com o objetivo de socorrer a população atingida, incluindo a busca e salvamento, os primeiros-socorros, o atendimento pré-hospitalar e o atendimento médico e cirúrgico de urgência, entre outras estabelecidas pelo Ministério da Integração Nacional;</p> <p>VI - ações de assistência às vítimas: ações imediatas destinadas a garantir condições de incolumidade e cidadania aos atingidos, incluindo o fornecimento de água potável, a provisão e meios de preparação de alimentos, o suprimento de material de abrigo, de vestuário, de limpeza e de higiene pessoal, a instalação de lavanderias, banheiros, o apoio logístico às equipes empenhadas no desenvolvimento dessas ações, a atenção integral à saúde, ao manejo de mortos, entre outras estabelecidas pelo Ministério da Integração Nacional;</p> <p>VII - ações de restabelecimento de serviços essenciais: ações de caráter emergencial destinadas ao restabelecimento das condições de segurança e habitabilidade da área atingida pelo desastre, incluindo a desmontagem de edificações e de obras-de-arte com estruturas comprometidas, o suprimento e distribuição de energia elétrica, água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem das águas pluviais, transporte coletivo, trafegabilidade, comunicações, abastecimento de água potável e desobstrução e remoção de escombros, entre outras estabelecidas pelo Ministério da Integração Nacional;</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>VIII - ações de reconstrução: ações de caráter definitivo destinadas a restabelecer o cenário destruído pelo desastre, como a reconstrução ou recuperação de unidades habitacionais, infraestrutura pública, sistema de abastecimento de água, açudes, pequenas barragens, estradas vicinais, prédios públicos e comunitários, cursos d'água, contenção de encostas, entre outras estabelecidas pelo Ministério da Integração Nacional; e</p> <p>IX - ações de prevenção: ações destinadas a reduzir a ocorrência e a intensidade de desastres, por meio da identificação, mapeamento e monitoramento de riscos, ameaças e vulnerabilidades locais, incluindo a capacitação da sociedade em atividades de defesa civil, entre outras estabelecidas pelo Ministério da Integração Nacional</p> <p>§ 1º O requerimento previsto no caput deverá ser realizado diretamente ao Ministério da Integração Nacional, no prazo máximo de dez dias após a ocorrência do desastre, devendo ser instruído com ato do respectivo ente federado que decretou a situação de emergência ou o estado de calamidade pública e conter as seguintes informações:</p> <p>I - tipo do desastre, de acordo com a codificação de desastres, ameaças e riscos, definida pelo Ministério da Integração Nacional;</p> <p>II - data e local do desastre;</p> <p>III - descrição da área afetada, das causas e dos efeitos do desastre;</p> <p>IV - estimativa de danos humanos, materiais, ambientais e serviços essenciais prejudicados;</p> <p>V - declaração das medidas e ações em curso, capacidade de atuação e recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros empregados pelo respectivo ente federado para o restabelecimento da normalidade; e</p>
--	--	--	--	--	---

					VI - outras informações disponíveis acerca do desastre e seus efeitos.
PORTARIAS					
<p>Portaria nº 104</p> <p>Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.</p>	25 de janeiro de 2011	Federal		MENCIONA	<p>No que refere-se sobre a Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI</p> <p>Aponta no item 6. Outros eventos de potencial relevância em saúde pública, após a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, destacando-se:</p> <p>g. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver desalojados ou desabrigados;</p> <p>h. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver comprometimento da capacidade de funcionamento e infraestrutura das unidades de saúde locais em consequência evento</p>
<p>Portaria nº 372</p> <p>Constitui comissão referente ao atendimento emergencial aos estados e municípios acometidos por desastres naturais e/ou antropogênicos</p>	10 de março de 2005	Federal	O Ministério da Saúde, considera a conceituação de desastres estabelecida conforme a Resolução nº 2, de 12 de dezembro de 1994, do Conselho Nacional de Defesa Civil - CONDEC	MENCIONA	<p>Considerando a necessidade de ações integradas no âmbito do Ministério da Saúde relacionadas a desastres naturais e/ou antropogênicos que coloquem em risco a saúde da população. Pág 1</p> <p>“Considerando a conceituação de desastres estabelecida pela Resolução nº 2, de 12 de dezembro de 1994, do Conselho Nacional de Defesa Civil - CONDEC, publicada na Seção 1 do Diário Oficial da União de 2 de janeiro de 1995. Pág. 1</p> <p>Art. 1º Constituir Comissão com a finalidade de executar as atividades de planejamento, gerenciamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde no tocante ao atendimento emergencial aos</p>

					<p>estados e municípios acometidos por desastres naturais e/ou antropogênicos, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Pág. 1</p> <p>Art. 2º Com o objetivo de atender ao disposto no artigo 1º, desta Portaria, a Comissão terá como principais linhas de ações: I - a Vigilância Epidemiológica e Ambiental; II - a Assistência Farmacêutica; III - a Engenharia de Saúde Pública; IV - a Vigilância Sanitária; V - a Assistência Hospitalar e Ambulatorial; e VI - a Ajuda Humanitária Internacional.</p> <p>Art. 3º A Comissão será composta por representantes das seguintes unidades e órgãos do Ministério da Saúde: I - Secretaria-Executiva - SE; II - Secretaria de Atenção à Saúde - SAS; III - Secretaria de Gestão Participativa - SGP; IV - Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS; V - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE; VI - Agência Nacional de Vigilância Sanitária -ANVISA; e VII - Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.</p>
<p>Portaria nº 2.952</p> <p>Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS).</p>	<p>14 de dezembro de 2011</p>	<p>Federal</p>		<p>Não menciona</p>	<p>Art. 1º Esta Portaria regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS).</p> <p>Art. 2º Para os efeitos desta Portaria, considera-se:</p> <p>I - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN): situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública nas seguintes situações:</p>

					<p>b) situação de desastre: evento que configure situação de emergência ou estado de calamidade pública reconhecido pelo Poder Executivo federal nos termos da Lei nº 12.340, de 1º de dezembro de 2010, e que implique atuação direta na área de saúde pública;</p> <p>c) situação de desassistência à população: evento que, devidamente reconhecido mediante a decretação de situação de emergência ou calamidade pública pelo ente federado afetado, coloque em risco a saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento à demanda e que extrapolem a capacidade de resposta das direções estadual, distrital e municipal do SUS; e</p> <p>II - Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS): programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO I DA DECLARAÇÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL (ESPIN)</p> <p>Art. 3º A ESPIN será declarada por ato do Ministro de Estado da Saúde nas seguintes situações:</p> <p>d) descrição dos aspectos ambientais do evento, caso se aplique, e outras informações e dados técnicos pertinentes, conforme o caso;</p> <p>II - em caso de desastre, após análise de requerimento do Ministério da Integração Nacional, que será instruído com as seguintes informações:</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>a) ato de reconhecimento da situação de emergência ou estado de calamidade pelo Ministro de Estado da Integração Nacional;</p> <p>b) termo de motivação, com as seguintes informações: 1. tipo do desastre, de acordo com a codificação de desastres, ameaças e riscos definida pelo Ministério da Integração Nacional;</p> <p>2. data e local do desastre;</p> <p>3. descrição da área afetada, das causas e dos efeitos do desastre;</p> <p>4. estimativa de danos humanos, materiais, ambientais e dos serviços essenciais de saúde prejudicados; 5. medidas e ações em curso;</p> <p>6. informações sobre capacidade de atuação e recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros a serem empregados pelos entes federados envolvidos para o restabelecimento da normalidade;</p> <p>7. outras informações disponíveis acerca do desastre e seus efeitos;</p>
<p>Portaria no 2.365/2012</p> <p>Define a composição do kit de medicamentos e insumos estratégicos a ser encaminhado pelo Ministério da Saúde para a assistência farmacêutica às Unidades da Federação atingidas por desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo e define os respectivos fluxos de</p>	<p>18 DE OUTUBRO DE 2012</p>	<p>FEDERAL</p>		<p>A portaria só faz menção a desastres de origem natural.</p>	<p>Define a composição do kit de medicamentos e insumos estratégicos a ser encaminhado pelo Ministério da Saúde para a assistência farmacêutica às Unidades da Federação atingidas por desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo e define os respectivos fluxos de solicitação e envio.</p> <p>O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a necessidade de assistência farmacêutica às pessoas desabrigadas e desalojadas em decorrência de desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo; Considerando a potencial ocorrência de perdas de medicamentos e insumos estratégicos em saúde</p>

solicitação e envio.					<p>nas unidades de saúde em decorrência de desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo;</p> <p>Considerando a manutenção dos estoques emergenciais do Ministério da Saúde para assistência farmacêutica aos desabrigados e desalojados; e Considerando a assistência humanitária internacional prestada pelo Governo Federal, resolve: Art. 1º Esta Portaria define a composição do kit de medicamentos e insumos estratégicos a ser encaminhado pelo Ministério da Saúde para a assistência farmacêutica às Unidades da Federação atingidas por desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo, e define os respectivos fluxos de solicitação e envio.</p> <p>Art. 2º Cada kit terá capacidade para atender até quinhentas pessoas desabrigadas e desalojadas, por um período de três meses, e será formado pelos medicamentos e insumos estratégicos constantes da listagem prevista nos Anexos a esta Portaria. Parágrafo único. Consideradas as especificidades regionais, poderá ser encaminhado um kit para atendimento a dez mil pessoas desabrigadas ou desalojadas, condicionado à prévia apresentação de relatório da respectiva Secretaria de Saúde, com a avaliação dos danos e das necessidades identificadas em virtude do desastre de origem natural.</p>
LEGISLAÇÕES					
<p>Lei 8080 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990)</p>	<p>19 de setembro de 1990</p>	<p>Federal</p>	<p>Menciona situações emergenciais e calamidade pública em saúde</p>		<p>CAPÍTULO III</p> <p>Do Planejamento e do Orçamento</p> <p>Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.</p>

				Não menciona	<p>§ 2º <u>É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.</u></p> <p>CAPÍTULO IV</p> <p>Da Competência e das Atribuições</p> <p>Seção I</p> <p>Das Atribuições Comuns</p> <p>Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;</p> <p>Seção II</p> <p>Da Competência</p> <p>Art. 16 Com relação as Competências do SUS <i>Parágrafo único. A União <u>poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de <u>agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS)</u> ou que representem risco de disseminação nacional.</u></i></p>
<p>Lei 12.983</p> <p>Dispõe sobre as transferências de recursos da União aos órgãos e entidades dos Estados, Distrito Federal e Municípios para a</p>	<p>Altera a Lei no 12.340, de 1º de dezembro de 2010 Alterada em junho de 2014</p>	Federal			<p>“Art. 1o-A. A transferência de recursos financeiros para a execução de ações de prevenção em áreas de risco de desastres e de resposta e de recuperação em áreas atingidas por desastres aos órgãos e entidades dos Estados, Distrito Federal e Municípios observará as disposições desta Lei e poderá ser feita por meio:</p> <p>I - de depósito em conta específica mantida pelo ente beneficiário em instituição financeira oficial federal; ou</p>

<p>execução de ações de prevenção em áreas de risco de desastres e de resposta e de recuperação em áreas atingidas por desastres e sobre o Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil; e dá outras providências.</p>					<p>II - do Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil (Funcap) a fundos constituídos pelos Estados, Distrito Federal e Municípios com fim específico de execução das ações previstas no art. 8º e na forma estabelecida no § 1º do art. 9º desta Lei.</p> <p>§ 1º Ser responsabilidade da Unio, conforme regulamento:</p> <p>I - definir as diretrizes e aprovar os planos de trabalho de aoes de prevenao em reas de risco e de recuperaao em reas atingidas por desastres;</p> <p>II - efetuar os repasses de recursos aos entes beneficiarios nas formas previstas no caput, de acordo com os planos de trabalho aprovados;</p> <p>III - fiscalizar o atendimento das metas fsicas de acordo com os planos de trabalho aprovados, exceto nas aoes de resposta; e</p> <p>IV - avaliar o cumprimento do objeto relacionado s aoes previstas no caput.</p> <p>§ 2º Ser responsabilidade exclusiva dos Estados, do Distrito Federal e dos Municpios beneficiados:</p> <p>I - demonstrar a necessidade dos recursos demandados;</p> <p>II - apresentar, exceto nas aoes de resposta, plano de trabalho ao rgo responsvel pela transferncia de recursos, na forma e no prazo definidos em regulamento;</p> <p>III - apresentar estimativa de custos necessrios  execuo das aoes previstas no caput, com exceo das aoes de resposta;</p> <p>IV - realizar todas as etapas necessrias  execuo das aoes de prevenao em rea de risco e de resposta e de recuperao de desastres, nelas includas a contratao e execuo das obras ou prestao de servios, inclusive de engenharia, em todas as suas fases; e</p>
---	--	--	--	--	--

				<p>V - prestar contas das ações de prevenção, de resposta e de recuperação ao órgão responsável pela transferência de recursos e aos órgãos de controle competentes.</p> <p>§ 7o São elementos a serem considerados no Plano de Contingência de Proteção e Defesa Civil, a ser elaborado pelo Município:</p> <p>I - indicação das responsabilidades de cada órgão na gestão de desastres, especialmente quanto às ações de preparação, resposta e recuperação;</p> <p>II - definição dos sistemas de alerta a desastres, em articulação com o sistema de monitoramento, com especial atenção dos radioamadores;</p> <p>III - organização dos exercícios simulados, a serem realizados com a participação da população;</p> <p>IV - organização do sistema de atendimento emergencial à população, incluindo-se a localização das rotas de deslocamento e dos pontos seguros no momento do desastre, bem como dos pontos de abrigo após a ocorrência de desastre;</p> <p>V - definição das ações de atendimento médico-hospitalar e psicológico aos atingidos por desastre;</p> <p>VI - cadastramento das equipes técnicas e de voluntários para atuarem em circunstâncias de desastres;</p> <p>VII - localização dos centros de recebimento e organização da estratégia de distribuição de doações e suprimentos.” (NR)</p> <p>Art. 7o O Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil (Funcap), instituído pelo Decreto-Lei no 950, de 13 de outubro de 1969, passa a ser regido pelo disposto nesta Lei.” (NR)</p> <p>“Art. 8o O Funcap, de natureza contábil e financeira, vinculado ao Ministério da Integração Nacional, terá como finalidade custear, no todo ou em parte:</p>
--	--	--	--	---

					<p>I - ações de prevenção em áreas de risco de desastre; e</p> <p>II - ações de recuperação de áreas atingidas por desastres em entes federados que tiverem a situação de emergência ou o estado de calamidade pública reconhecidos nos termos do art. 3o.” (NR)</p> <p>“Art. 9o Constituem recursos do Funcap:</p> <p>I - dotações consignadas na lei orçamentária anual da União e seus créditos adicionais;</p> <p>II - doações; e</p> <p>III - outros que lhe vierem a ser destinados.</p>
<p>Lei 12.608/2012 Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil</p>	<p>10 de abril de 2012</p>	<p>Federal</p>	<p>Aponta a importância de se desenvolver a consciência nacional acerca dos riscos Lei nº 12.340 alterada pela Lei nº 12.983 de desastre e alterou o art. 26, inciso 7, da lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (lei 9.394/1996) indicando a inclusão de princípios da proteção e defesa civil nos currículos do ensino fundamental e médio.</p>	<p>MENCIONA</p>	<p>Art. 1o Esta Lei institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC, dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil - CONPDEC, autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres e dá outras providências.</p> <p>Parágrafo único. As definições técnicas para aplicação desta Lei serão estabelecidas em ato do Poder Executivo federal.</p> <p>Art. 2o É dever da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios adotar as medidas necessárias à redução dos riscos de desastre. (Regulamento)</p> <p>§ 1o As medidas previstas no caput poderão ser adotadas com a colaboração de entidades públicas ou privadas e da sociedade em geral.</p> <p>§ 2o A incerteza quanto ao risco de desastre não constituirá óbice para a adoção das medidas preventivas e mitigadoras da situação de risco.</p>
<p>Lei 13.425/2017 Estabelece diretrizes gerais sobre medidas de</p>	<p>30 de março de 2017</p>		<p>Criada para evitar tragédias como a da Boate Kiss, em Santa Maria (RS), que</p>	<p>Menciona</p>	<p>A nova modalidade de improbidade administrativa atribuída aos prefeitos (art. 13) e a prática abusiva de “permitir o ingresso em estabelecimentos comerciais ou de serviços de um número maior de consumidores que o</p>

<p>prevenção e combate a incêndio e a desastres em estabelecimentos, edificações e áreas de reunião de público; altera as Leis nºs 8.078, de 11 de setembro de 1990, e 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil; e dá outras providências</p>			<p>deixou 242 mortos em 2013</p>		<p>fixado pela autoridade administrativa como máximo” (art. 39, inciso XIV, do Código de Defesa do Consumidor).</p> <p>Conforme disposto no artigo 13, o Prefeito que, no prazo de 02 (dois) anos, contados a partir da vigência da Lei nº 13.425/2017, deixar de editar normas especiais de combate e prevenção a incêndios e a desastres em locais de grande concentração e circulação de pessoas, incorrerá na prática de ato de improbidade administrativa atentatório aos princípios da administração pública.</p> <p>A conduta do Prefeito, neste caso, deverá ser dolosa, ou seja, praticada com o propósito de atentar contra os princípios da Administração Pública. E, na hipótese de ser condenado, as sanções previstas no artigo 12 da Lei de Improbidade Administrativa são: a) ressarcimento integral do dano, se houver; b) suspensão dos direitos políticos de 03 (três) a 05 (cinco) anos; c) perda da função pública; d) pagamento de multa civil de até 100 (cem) vezes o valor da remuneração percebido pelo agente; e) proibição de contratar com o Poder Público ou receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou indiretamente, ainda que por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário, pelo prazo de 03 anos.</p> <p>No que se refere aos acréscimos ao Código de Defesa do Consumidor, os artigos 17 e 18 do novo mandamento legislativo acrescentaram aos artigos 39 e 65 do CDC, respectivamente, nova modalidade de prática abusiva e de infração penal contra o consumidor.</p> <p>Pelo disposto nos artigos supramencionados, a partir da entrada em vigor da nova lei, os responsáveis por estabelecimentos comerciais ou de serviços que permitirem o ingresso de consumidores em número superior ao máximo fixado pela autoridade administrativa, além de incorrerem em prática abusiva, poderão ser processados pelo cometimento do crime previsto no art. 65 do Código Consumerista. Vejamos a nova redação do referido tipo penal:</p> <p>“Art. 65. Executar serviço de alto grau de periculosidade, contrariando determinação de autoridade competente:</p>
--	--	--	----------------------------------	--	--

					<p>1º As penas deste artigo são aplicáveis sem prejuízo das correspondentes à lesão corporal e à morte.</p> <p>2º A prática do disposto no inciso XIV do art. 39 desta Lei também caracteriza o crime previsto no caput deste artigo. (parágrafo inserido pela Lei nº 13.425/2017).</p> <p>Pena: Detenção de seis meses a dois anos e multa.”</p>
--	--	--	--	--	---

Apêndice G - QUADRO VII - Sistematização das Categorias de Análise

INICIAIS	INTERMEDIÁRIAS		FINAL
1.2. Bacharel em: psicologia, direito, serviço social, medicina, enfermagem	I – FOMÇÃO NO AMBITO DA SAÚDE EÁREA PÚBLICA	EDUCAÇÃO EM DESASTRES	POLÍTICA DE SAÚDE
1.3. Especializações no campo da saúde / Residência em Saúde/ especializações em gestão pública			
1.4 Mestrado no campo da saúde / Mestrado em Educação			
1.5 Doutorado no campo da saúde			
2.1 Ausência de formação específica em desastres			
2.2. Experiência prática em desastre ambiental	II – ATUAÇÃO EM DESASTRES AMBIENTAIS III- PREPARAÇÃO EM DESASTRE AMBIENTAL	EXPERIÊNCIA COM DESASTRE AMBIENTAL	
2.3 Qualificação de residentes decorrente a experiência de desastre ambiental			
3.1 primeiras informações sobre o desastre feito por chefia superior	IV – PRIMEIRAS AÇÕES V – FORÇA DE TRABALHO LOCAL VI – AÇÕES EMERGENCIAIS VII- ARTICULAÇÃO ENTRE OS ENTES FEDERATIVOS VIII- INTEGRAÇÃO E GERENCIAMENTO IX-GERENCIAMENTO DO DESASTRES APÓS ATENDIMENTO EMERGENCIAL X – AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO PÓS DESASTRE	GERENCIAMENTO DO DESASTRE	
3.2 envolvimento imediato X despreparo			
3.3 contato com coordenação e autoridades a nível nacional			
3.4 contato com profissional com experiência em diversos tipos de desastres			
4.1 Iniciativa de organização pelo município			
4.2 Força de trabalho local “em choque”			
4.12 Importância de um apoio externo ao município			
4.3 Organização do processo de trabalho pelo Estado nas primeiras 24h			
4.3.1 Constituição de micro equipes (equipe de acompanhamento, equipe de suporte no serviço de saúde, equipe de acompanhamento dos atos velatórios),			
4.3.2 Capacitação <i>ad hoc</i>			
4.3.3 revezamento das equipes			
4.3.4 implementação de ações a partir de especialista			

4.4 espaço para reunião e troca de informações “Sala de Situação” (serviço hospitalar do município e do estado)		
4.5 Pactuação entre os entes federativos		
4.6 Coordenação da Sala de Situação pelo ministério da saúde		
4.6.1 integração entre serviços e entes federativos para as tomadas de decisões		
4.6.2 Força Nacional do SUS		
4.6.3 liberação e articulação de leitos		
5.1 organização e estruturação do serviço de atendimento 24h “acolhe saúde”		
5.1.2 constituição de equipe de servidores municipais, estaduais e voluntários		
5.1.3 equipes para acompanhar familiares nos hospitais e de recepção no serviço		
5.1.4 busca ativa		
5.1.5 Capacitação dos profissionais para o atendimento longitudinal		
5.1.6 Participação do grupo de saúde mental do ministério da saúde		
5.3 georreferenciamento		
7.1 ações via 4ª Coordenadoria de Saúde		
7.2 Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual		
7.3 treinamentos		
7.4 Avaliação sistemática		
7.5 Lei estadual		
7.6 Aquisição e utilização de tecnologias em saúde		
4.9 Ausência de protocolos estaduais e nacionais que descem conta a esse tipo de evento	XI - PROTOCOLOS	GERENCIAMENTO DO DESASTRE
4.10 tradução e adaptação de protocolos internacionais		
5.7 criação de protocolo Hospitalar – HUSM		
5.7.1 Protocolos fisioterápico, respiratório, de saúde mental (psicossocial) – nível hospitalar		

4.13.2 – profissionais da saúde com especialidades, pesquisadores	V- POLITICA DE SAÚDE ESTADUAL E MUNICIPAL	GESTÃO EM SAÚDE
5.10 a importância da relação da secretária estadual de saúde com o município		
5.10.1 conhecimento e contato com a rede anteriormente ao desastre		
5.10.2 realização de apoio técnico		
5.11.1 atenção básica funcionalista e com baixa cobertura de estratégia de saúde da família		
5.11.2 necessidade de implementação de equipamento no campo da saúde mental		
5.11.3 falta de visão para o investimento financeiro		
5.11.4 indicadores frágeis da atenção básica		
5.11.5 o desastre evidenciou a situação fragilizada da saúde no município		
5.13 Aspectos dificultadores entre a secretaria estadual de saúde e as instituições		
6.13.1 cruz vermelha ações e diretrizes internacionais inaplicáveis as diretrizes do SUS	VI- POLITICA DE SAÚDE E DIVERGENCIAS COM ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS	
6.13.2 críticas ao protocolo de identificação das vítimas, processo fora do âmbito da saúde		
6.13.3 médico sem fronteiras projeção para o atendimento psicossocial		
5.14 Relação Público X Privado	XVIII- DIVERGENCIAS ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO	PÚBLICO X PRIVADO
5.14.1 medicamentos solicitados não contemplados pela tabela do SUS pela Anvisa		
5.14.1 saúde privada e a relação de interesse com a indústria farmacêutica		
5.12.1 aumento do direcionamento de recursos na saúde ao município aprovado via Comissão Intergestores Bipartites (CIBs) para estruturas a rede.	XIX – RECURSOS FINANCEIROS XX- LIBERAÇÃO DE RECURSOS EM SITUAÇÕES EMERGENCIAIS	RECURSOS FINANCEIROS
5.12.2 Ações emergenciais (Atendimento hospitalar e transporte aéreo) recurso do Estado e União		
5.15 Liberação de recursos em situação de emergência		
5.15.1 construção de documento com critérios técnicos que justifique a situação de emergência		
5.15. Órgãos de controle no acompanhamento do processo		
5.16 Dificuldade de acesso a recursos financeiros		
5.9 críticas a mídia “ <i>vocês vão ver o melhor das pessoas e vocês vão ver o pior das pessoas</i> ”.	X- RELAÇÃO MÍDIA X POLÍTICA DE SAÚDE	MÍDIA
5.9.1 Espetacularização e sensacionalismo e implicações na saúde pública		

5.8 voluntariado com recurso x voluntariado sem recurso	XII – AMBIGUIDADES NA ATUAÇÃO DOS VOLUNTARIADOS	VONLUTÁRIADO	TRABALHO / PRECARIZAÇÃO
5.8.1 com experiência do evento de Realengo e enchentes (rio de janeiro e são Paulo)			
5.8.2 profissionais de psicologia, enfermagem			
5.8.3 dificuldades com voluntariado			
5.8.4 Importância das instituições voluntárias (médicos sem fronteiras e cruz vermelha)			
5.8.5 serviço montado através da constituição de equipe técnica voluntária	XXII- ADOECIMENTO, PRECARIZAÇÃO	TRABALHO	
8.0 equipe via contrato temporário			
8.1 descontinuidade do serviço criado			
8.2 falta de apoio da gestão na sustentação do serviço			
8.3 profissionais terceirizados sentem-se coagidos por não poder se colocar contra decisões da gestão			
8.4 sem cuidado com a saúde do trabalhador			
8.5 profissionais não participam das decisões da gestão			
8.6 profissionais direcionados para outros serviços da rede psicossocial	XXI- RELAÇÃO DA POLITICA DE SAÚDE COM AS DEMAIS PÓLITICAS PÚBLICAS	INTERSETORIALID ADE	INTERSETORIALIDADE
6.1.2 Dificuldades de articulação com a Política de Cultura			
6.1.3 Política de Educação, ações periféricas -vinculadas a universidade			

ANEXOS



Anexo A – Cartas de apresentação e autorização institucional para a pesquisa

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS)
ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL (PPGSS)
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL



Porto Alegre/RS, Agosto de 2016

Carta de Apresentação e Solicitação de Autorização Institucional para Pesquisa

Prezados/as Senhores/as:

A pesquisa intitulada “**DESASTRE HUMANO E A POLÍTICA DE SAÚDE: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO**” será desenvolvida pela Mestranda Nadianna Rosa Marques como parte da dissertação de Mestrado do programa de Pós-Graduação de Serviço social da Escola de Humanidades da PUCRS, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini, e compreenderá o primeiro semestre do ano de 2017. **Objetiva Investigar e analisar a Política de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e Município de Santa Maria, com enfoque em eventos que podem resultar em desastre humano de grande proporção, a fim de contribuir no planejamento e efetivação de ações com o incremento de capacidade de respostas.** O estudo será realizado no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde (SES) Secretaria Municipal de Saúde do Município de Santa Maria/RS, Hospital Universitário do Município de Santa Maria/RS, compreendendo como sujeitos da pesquisa os Gestores dos serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. A pesquisa envolverá, entre seus procedimentos para a coleta de dados, entrevistas com os Gestores Estadual e Municipal e Coordenador, a análise documental do Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e Plano Municipal de Saúde do Município de Santa Maria/RS e grupo focal com profissionais da área de saúde de um serviço de atenção psicossocial. Ressalta-se que essas entrevistas serão gravadas e que será mantida a confidencialidade quanto à identidade dos participantes que terão as garantias do compromisso da pesquisadora quanto à preservação de suas autonomias, privacidades, anonimatos e do sigilo quanto à participação na pesquisa através do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo não oferecerá nenhum benefício direto ou particular para os serviços e sujeitos entrevistados, mas propõe-se a contribuir indiretamente para a qualificação das políticas públicas e com subsídios para o fortalecimento, potencialização e criação de novos dispositivos para este segmento, através da produção de conhecimentos científicos.

O projeto de pesquisa está em etapa de submissão à Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS para apreciação, avaliação e aprovação. Para tanto, se faz necessária a apresentação da autorização institucional do responsável da Instituição para a realização deste estudo. Somente depois de autorizada a pesquisa pelos responsáveis dos Serviços e pelo Comitê de Ética é que a pesquisa será desencadeada em termos da coleta das informações no campo.

Diante da apresentação da pesquisa, solicitamos sua manifestação por escrito em documento impresso e timbrado de sua instituição sobre a concordância com a realização da pesquisa em questão. Ficamos a disposição para informações complementares que por ventura ainda se façam necessárias através dos telefones e e-mails: (51) 3320 3546 – maria.bellini@pucrs.br (Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini, orientadora da Pesquisa) e (55) 96231175 – nadiannamarques@gmail.com (Nadianna Rosa Marques, Mestranda Pesquisadora).

Agradecemos antecipadamente e aguardamos seu gentil retorno.

Atenciosamente,

Nadianna Rosa Marques
Mestranda Pesquisadora

Maria Isabel Barros Bellini
Prof. Orientador

Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido – Profissionais da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA GRUPO FOCAL

Profissionais da Saúde

Você está sendo convidada(o) como voluntária(o) a participar da pesquisa “**DESASTRE HUMANO E A POLÍTICA DE SAÚDE: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO**”. Meu nome é Nadianna Rosa Marques, sou Pesquisadora/Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da PUC/RS. Estou desenvolvendo este estudo sob orientação da Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini, coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Você pode escolher se quer participar ou não. Os dados desse grupo focal serão registrados mediante a gravação e filmagem e você receberá um roteiro com questões norteadoras que terão duas vias originais, onde uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável por esta pesquisa. Poderá haver algumas palavras que você não entenda ou coisas que você tenha ficado mais interessada(o) ou preocupada(o) e queira que eu explique mais detalhadamente. Por favor, peça que eu pare a qualquer momento e explicarei.

Justificativa e objetivos Investigar e analisar a Política de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e do Município de Santa Maria/RS, com enfoque em eventos que podem resultar em desastre humano de grande proporção, a fim de contribuir no planejamento e efetivação de ações com o incremento de capacidade de respostas.

Procedimentos: Para realizar este estudo estamos entrevistando os profissionais da área de saúde de um serviço de atenção psicossocial. A coleta de informações com você será realizada através de grupo focal que terá duração de aproximadamente 1 a 2 horas. O Grupo ocorrerá em local onde seja resguardada sua privacidade. O grupo focal será filmado e o material filmado será guardado com todo o sigilo pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC/RS, e será destruída após 05 anos.

Riscos e desconfortos: Identifica-se como risco e desconforto o receio da divulgação das informações verbalizadas pelos participantes. Quanto a este aspecto o compromisso com o sigilo e (des)vinculação. Também pode haver o desconforto em relação a tratar sobre a temática, há esse participante será sugerido o encaminhado para a rede de saúde do município.

Benefícios: A participação na pesquisa contribuirá para a produção de conhecimentos e aprimoramento da Política de Saúde em eventos que podem resultar em desastre humano de grande proporção, e qualificação no planejamento e efetivação de ações e aumento da sua capacidade de respostas. Neste sentido, salienta-se que não haverá nenhum tipo de benefício financeiro, emocional ou de outra natureza para você.

Garantia de respostas a qualquer pergunta: Esta pesquisa está sob a responsabilidade da Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da PUC/RS, Assistente Social Nadianna Rosa Marques, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini. Quaisquer esclarecimentos poderão ser oferecidos no momento da pesquisa ou posteriormente através dos seguintes contatos: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini (Orientadora da pesquisa) e Nadianna

Rosa Marques (Mestranda pesquisadora), através do telefone: (51) 3320-3546. Se você considerar que seus direitos como participante da pesquisa não estão sendo respeitados, é possível contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, com horário de atendimento de segunda a sexta-feira das 8h30min às 12h e no turno da tarde das 13h00min às 17h (Expediente Interno) e através do telefone (51) 3320-3345 ou pelo e-mail cep@pucrs.br. Endereço: Rua Ipiranga 6681, prédio 50, sala 703, Porto Alegre, CEP 90619-900. Este TCLE passará por avaliação dos Comitês de Ética das Instituições Coparticipantes que são Secretaria Estadual da Saúde (SES) com contato através do e-mail secretaria@saude.rs.gov.br e telefone: (51) 3288-5800; Secretaria de Município de Saúde de Santa Maria /RS (PMSM) E-mail: www.santamaria.rs.gov.br/saude e telefone: (55) 39217228; e o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), com contato através do e-mail: www.husm.ufsm.br/ e telefone: (55) 32208500.

A sua participação é voluntária, não precisa participar desta pesquisa se não quiser. Se decidir não participar da pesquisa, é seu direito. Até mesmo se disser “sim” agora, poderá mudar de ideia depois, sem nenhum problema.

Garantia de privacidade: Não será mencionada, em hipótese alguma, a identidade das(os) participantes, seja em apresentações orais ou escritas que venham a ser divulgadas, bem como a assinatura deste termo será mantida sob sigilo.

Consentimento: Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____
_____ de forma livre e esclarecida,
manifesto meu consentimento em participar da pesquisa e declaro que fui informada(o) sobre seu objetivo de maneira clara e detalhada, esclarecendo minhas dúvidas e tendo recebido cópia do presente Termo de Consentimento.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do participante na pesquisa

Nadianna Rosa Marques
Mestranda Pesquisadora

Maria Isabel Barros Bellini
Profª. Dra. em Serviço Social – Orientadora

Anexo C – Termo de consentimento livre e esclarecido – Gestores do Serviço de Saúde de Estadual e de Municipal

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ENTREVISTAS

Gestores e Coordenadores da Saúde

Você está sendo convidada(o) como voluntária(o) a participar da pesquisa “**DESASTRE HUMANO E A POLÍTICA DE SAÚDE: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO**” Meu nome é Nadianna Rosa Marques, sou Pesquisadora/Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da PUC/RS. Estou desenvolvendo este estudo sob orientação da Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini, coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Você pode escolher se quer participar ou não. Os dados desse entrevista serão registrados mediante a gravação e você receberá um roteiro com questões norteadoras que terão duas vias originais, onde uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável por esta pesquisa. Poderá haver algumas palavras que você não entenda ou coisas que você tenha ficado mais interessada(o) ou preocupada(o) e queira que eu explique mais detalhadamente. Por favor, peça que eu pare a qualquer momento e explicarei.

Justificativa e objetivos Investigar e analisar a Política de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e do Município de Santa Maria/RS, com enfoque em eventos que podem resultar em desastre humano de grande proporção, a fim de contribuir no planejamento e efetivação de ações com o incremento de capacidade de respostas.

Procedimentos: Para realizar este estudo estamos entrevistando coordenadores e gestores da área de saúde. A coleta de informações com você será realizada através de entrevista que terá duração de aproximadamente 1 hora. A entrevista ocorrerá em local onde seja resguardada sua privacidade. A entrevista será gravada e o material será guardado com todo o sigilo pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC/RS, e será destruída após 05 anos.

Riscos e desconfortos: Identifica-se como risco e desconforto o receio da divulgação das informações verbalizadas pelo participantes. Quanto a este aspecto o compromisso com o sigilo e (des)vinculação. Também pode haver o desconforto em relação a tratar sobre a temática, há esse participante será sugerido o encaminhado para a rede de saúde do município.

Benefícios: A participação na pesquisa contribuirá para a produção de conhecimentos e aprimoramento da Política de Saúde em eventos que podem resultar em desastre humano de grande proporção, e qualificação no planejamento e efetivação de ações e aumento da sua capacidade de respostas. Neste sentido, salienta-se que não haverá nenhum tipo de benefício financeiro, emocional ou de outra natureza para você.

Garantia de respostas a qualquer pergunta: Esta pesquisa está sob a responsabilidade da Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da PUC/RS, Assistente Social Nadianna Rosa Marques, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini.

Quaisquer esclarecimentos poderão ser oferecidos no momento da pesquisa ou posteriormente através dos seguintes contatos: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini (Orientadora da pesquisa) Nadianna Rosa Marques (Mestranda pesquisadora), através do telefone: (51) 3320-3546. Se você considerar que seus direitos como participante da pesquisa não estão sendo respeitados, é possível contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, com horário de atendimento de segunda a sexta-feira das 8h30min às 12h e no turno da tarde das 13h00min às 17h (Expediente Interno) e através do telefone (51) 3320-3345 ou pelo e-mail cep@pucrs.br. Endereço: Rua Ipiranga 6681, prédio 50, sala 703, Porto Alegre, CEP 90619-900. Este TCLE passará por avaliação dos Comitês de Ética das Instituições Coparticipantes que são Secretaria Estadual da Saúde (SES) com contato através do e-mail secretaria@saude.rs.gov.br e telefone: (51) 3288-5800; Secretaria de Município de Saúde de Santa Maria /RS (PMSM) E-mail: www.santamaria.rs.gov.br/saude e telefone: (55) 39217228; e o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), com contato através do e-mail: www.husm.ufsm.br/ e telefone: (55) 32208500.

A sua participação é voluntária, não precisa participar desta pesquisa se não quiser. Se decidir não participar da pesquisa, é seu direito. Até mesmo se disser “sim” agora, poderá mudar de ideia depois, sem nenhum problema.

Garantia de privacidade: Não será mencionada, em hipótese alguma, a identidade das(os) participantes, seja em apresentações orais ou escritas que venham a ser divulgadas, bem como a assinatura deste termo será mantida sob sigilo.

Consentimento: Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____ de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa e declaro que fui informada(o) sobre seu objetivo de maneira clara e detalhada, esclarecendo minhas dúvidas e tendo recebido cópia do presente Termo de Consentimento.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante na pesquisa

Nadianna Rosa Marques
Mestranda Pesquisadora

Maria Isabel Barros Bellini
Prof^a. Dra. em Serviço Social – Orientadora

ANEXO D – ACEITE SIPESQ**SIPESQ**

Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 7592

Porto Alegre, 5 de janeiro de 2017.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica da ESCOLA DE HUMANIDADES da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "(A)DESASTRE HUMANO E A POLÍTICA DE SAÚDE: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO". Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica da ESCOLA DE HUMANIDADES

ANEXO E- ACEITE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Hospital Universitário de Santa Maria
Gerência de Ensino e Pesquisa

TERMO DE ANUÊNCIA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: NADIANNA ROSA MARQUES

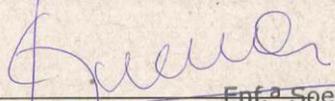
ORIENTADORA: PROF^ª. DRA. MARIA ISABEL BARROS BELLINI

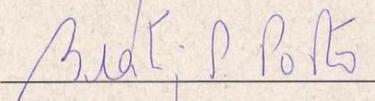
TÍTULO DO PROJETO: DESASTRE HUMANO E A POLÍTICA DE SAÚDE: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO

REGISTRO NA GEP Nº: 002/2017

VIGÊNCIA: __. __. 20__ a __. __. 20__

Declaramos ser de nosso conhecimento o teor do projeto acima, cujos pesquisadores têm a nossa anuência para desenvolvê-lo no âmbito do HUSM, de acordo com a documentação e metodologia apresentada, estando em conformidade com as normas de pesquisa da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.


Enf.ª Soeli T. Guerra
Gerente de Atenção à Saúde
Gestor da área envolvida HUSM-EBSERH
Setor: Gerência de Atenção à Saúde COREN 43.939


Prof.ª Dra. Beatriz Silvana da Silveira Porto
Gerente de Ensino e Pesquisa
Hospital Universitário de Santa Maria
Universidade Federal de Santa Maria

Prof.ª Dra. Beatriz Silvana da Silveira Porto
Gerente de Ensino e Pesquisa
HUSM - EBSERH
C.A.P.E. 1146155

Santa Maria, 18/01/2017.

ANEXO F – ACEITE SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RS



AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu Rebel Zambrano Machado, abaixo assinado, Diretora Adjunta do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES), autorizo a realização do estudo DESASTRE HUMANO E A POLÍTICA DE SAÚDE: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO, a ser conduzido pelos pesquisadores Mestranda Nadianna Rosa Marques e Professora Orientadora Dra Maria Isabel Barros Bellini.

Fui informado, pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

01 de Fevereiro de 2017.

Me. Rebel Zambrano Machado
Departamento de Ações em Saúde -
Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES)

Rebel Zambrano Machado
Diretora Adj. do DAS/SES/RS
ID.: 1472720

Maria Fraga de Souza
Especialista em Saúde
Saúde Mental/DAS
ID-3198014

ANEXO G – ACEITE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA

Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente
e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de pesquisa intitulado “**Desastre humano e a política de saúde: Um desafio a ser enfrentado**” de autoria da discente **Nadianna Rosa Marques** e pertencente ao **Programa de pós graduação em Serviço Social (PPGSS), mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica (PUCRS)**, poderá ser desenvolvido junto ao Serviço de Saúde de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo geral investigar e analisar a Política de Saúde do Estado e de Município de Santa Maria, do Rio Grande do Sul, com enfoque em eventos que podem resultar em desastre humano de grande proporção, a fim de contribuir no planejamento e efetivação de ações com o incremento de capacidade de respostas. Os participantes do estudo serão os técnicos da área da saúde de um serviço de atenção psicossocial.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns.

Santa Maria, 07 de novembro de 2016.


Núcleo de Educação Permanente da Saúde
Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente em Saúde
Fone: 3921-7201