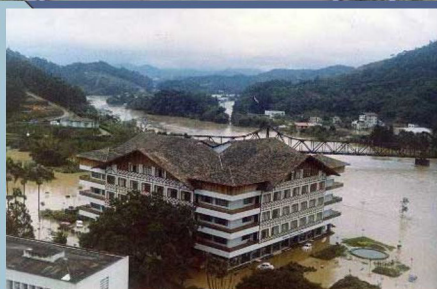




Novos temas e debates para a **Geografia da Saúde**



1º Edição

**Eduardo Augusto Werneck Ribeiro
(Org.)**

2019

© 2019 Editora Instituto Federal Catarinense.

Rua das Missões, nº 100
Ponta Aguda - Blumenau - SC
CEP 890510-000.

Editor: Eduardo Augusto Werneck Ribeiro

Conselho Editorial: Cladecir Alberto Schenckel, Fernando José Garbuio, Josefa Surek de Souza e Kátia Oliveira

Somos filiados :



ISBN 978-85-5644-029-7

DOI : [https://doi.org/ 10.21166](https://doi.org/10.21166)

Nexos entre desastres ditos “naturais” e a Atenção Básica do SUS: a multidirecionalidade da crise

Norma Valencio
Universidade Federal de São Carlos

Introdução

Para refletir sociologicamente sobre alguns dos nexos entre desastres naturais e a Atenção Básica do SUS, começamos por ponderar se porventura não conviria desnaturalizar os desastres. Como já expusemos em ocasiões anteriores (Valencio, 2010, 2014a), o detalhamento de certas características de hazards é condição necessária, porém, não suficiente para explicar os desastres que aos mesmos estão associados. Demonstrar, com os recursos conceituais apropriados, como a estrutura e o modo de funcionamento do meio social focalizado participam da arquitetura desse tipo problema é essencial para aumentar as chances de êxito das ações preventivas e preparativas frente aos hazards, especialmente no que concerne aos requerimentos de proteção da saúde física, psíquica, pública e ambiental.

A teoria dos desastres tem adotado uma perspectiva dialógica e bastante profícua no interior das ciências sociais. Os estudiosos que nela se baseiam ou se inspiram têm tido em conta o processo que conduz ao rompimento súbito das rotinas de uma dada coletividade bem como as características da experiência coletiva de estresse (Fritz, 1961; Quarantelli, 1998). Isso tem permitido valorizar elementos históricos no delineamento de relações políticas e econômicas desencadeadoras de suscetibilidades espaciais de variados grupos sociais (Oliver-Smith, 2006; Das, 1995), analisar criticamente os repertórios discursivos e práticos acionados por atores governamentais, multilaterais e midiáticos sobre o tema (Boin, Ekengren & Rhinard, 2013; Tierney, 2015; Scanlon, 2011; Amaral, Pozobon & Rubin, 2010) e construir interfaces entre a sociologia, a antropologia, o direito, a ciência política, a psicologia, a geografia e áreas afins. No âmbito macrossocial, essa abordagem tem permitido a análise da crueldade institucional, quando autoridades abandonam as vítimas ou imputam culpa as mesmas pelo acontecimento trágico, o que é explicado pela naturalização da opressão social (Quarantelli, 2006; Silva, 2015; Valencio & Valencio, 2017), enquanto que, numa perspectiva microssocial, favorece a identificação do sentido de *communitas* (Thomaz, 2010; Turner, 2012; Ibrahim, 2018) bem como das tensões entre grupos técnicos e grupos afetados (Siena, 2013), entre outros. Essa orientação interpretativa se orienta para a busca da lógica pela qual os riscos foram fabricados e se concretizaram assim como para as estratégias oficiais e comunitárias deflagradas para enfrentá-los e as características dos recursos mobilizados.

Considerando o contexto brasileiro de Atenção Básica do SUS e os frequentes desastres associados a fenômenos de chuvas intensas e eventos secundários associados (inundações, escorregamentos de massa, descargas elétricas e afins), esse texto busca trazer elementos preliminares, de base qualitativa, para subsidiar discussões futuras sobre a multidirecionalidade desse tipo de crise, isto é, a trajetória múltipla que a mesma pode tomar tanto em razão de sua evolução particular quanto de seu enodoar com outros tipos de crise. Seis enquadramentos serão destacados, a saber, no tocante a(o/s):

- a. Deliberações alocativas acerca de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a suscetibilidade espacial das mesmas frente às diferentes ameaças ambientais;
- b. Planejamento da estrutura física e política de manutenção predial;
- c. Proteção de equipamentos e insumos;
- d. Conexões não usuais visando à interoperabilidade de serviços;

- e.Cuidados na interação técnica com o usuário; e, por fim,
- f.Dilemas do quadro técnico em relação aos requerimentos simultâneos de sua vida pública e privada.

1 - Desastre: uma crise aguda em meio a crises crônicas

No contexto brasileiro contemporâneo, diferentes tipos de crise -de natureza política, social, econômica e ambiental- têm sido gestadas a partir de composições variadas de sujeitos sociais e de tempos de processamento.

Na trajetória cotidiana do homem simples, que se vê obrigado a mesclar preocupações com as constantes incertezas oriundas das promessas inacessíveis do moderno com a precariedade vivida nos subterrâneos da ordem estabelecida (Martins, 2003), tais crises vão se interpenetrando de um modo a provocar ajustes constantes, até um ponto insuportável de desumanização. O senso comum é um método de produção de significados que o permite ir tocando a vida em frente no seu espaço social de pertença (Martins, 1998; 2003). Porém, as tensões e contradições sem trégua, enfrentadas por meio de sua criatividade -que permite aquilo que Lefebvre (1974; 1980) salienta como sendo a autonomia possível no espaço vivido- encontram um ponto de ruptura num desastre. Essa é uma experiência profunda de desencantamento e desilusão, que demanda a produção de novos sentidos de mundo para recuperar uma autonomia mínima numa espiral descendente de cidadania. As deletérias interfaces de diferentes as crises crônicas adoecem o homem simples e um desastre pode ser um ponto final em sua busca de sobrevivência num limite mínimo de dignidade. A vivência de ambas as crises por esse grupo social de indefesos exige o apoio incisivo do setor saúde o qual, contudo, encontra-se igualmente debilitado por similares razões.

A crise na saúde se espraia pelo país e se expressa através de uma crise política, que se reflexe na má gestão dos recursos financeiros, humanos e materiais. Isso é sinalizado pelo significativo volume de obras inacabadas ou pelas péssimas condições das unidades ora em funcionamento. Nessas últimas, a falta de manutenção das edificações e de higienização apropriada do espaço utilizado se somam à falta de médicos para prestar o atendimento devido. Equipamentos sucateados e/ou inoperantes e a escassez de materiais de uso corrente ao atendimento (como luvas descartáveis, seringas e agulhas, álcool e gaze) completam o cenário de indigência operacional. Ao lado disso, a crise política penetra no setor saúde através da epidemia da corrupção, a qual dissemina a prática antiética de desvios de recursos públicos do setor onde estes já são insuficientes para dar cabo da demanda social por atendimento.

A saúde vive o reflexo da crise social através da persistência das desigualdades socioeconômicas e das práticas subjacentes de violência, que matam, ferem, adoecem e levam ao sofrimento agudo ou crônico pessoas cujas marcas subalternas de classe ou étnicas são bem visíveis. O fechamento de milhões de oportunidades de trabalho e emprego e a forma aviltante como estes trabalhadores expurgados tentam “se virar” em atividades informais, no âmbito da atual crise econômica, produzem uma deterioração acelerada na qualidade de vida das famílias endividadas e sem horizontes de sobrevivência, resultando numa desproteção moral que incide, entre outros, no incremento de quadros de ansiedade crônica e em problemas nutricionais, os quais requererão suporte profissional oriundos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), estes últimos no âmbito do SUAS.

Por fim, a crise ambiental permeia a saúde quando a mesma se manifesta através da poluição hídrica, do solo, sonora e atmosférica que cotidianamente invade as cidades, que concentram a população do país. O sujeito que se vê obrigado a consumir água não potável, a conviver com volumes inacreditáveis de resíduos sólidos, a permanecer em ambientes continuamente ruidosos e a respirar um ar permanentemente intragável carrega para dentro de seu corpo e mente os efeitos perversos de uma modernidade anômala (Martins, 2011). A sua confrontação com o

mundo, por meio dos sentidos -a audição, o tato, o olfato, o paladar e a visão-, suscita crescentes alertas fisiológicos de que a sua integridade está por um triz devido ao barulho, ao mau odor, aos riscos de contaminação pela exposição, inalação ou deglutição de produtos tóxicos. Os ouvidos, a pele, os pulmões e a visão da paisagem desoladora anunciam ao corpo que este corre perigo. E, então, a enfermidade ambiental, com suas origens econômica, política e social, repercute nas inúmeras doenças dos incontáveis sujeitos que demandam atendimento e tratamento médico, num processo perverso que individualiza -e, por vezes, culpabiliza o sujeito indefeso- um problema fundamentalmente coletivo de produção de uma sociedade enferma. Enfim, as diversas crises contemporâneas se emaranham na multidimensionalidade da vida vivida do homem simples e esse emaranhado, de injustiças e sujeições, caracteriza a sua vulnerabilidade.

Uma vez que as crises crônicas acima mencionadas se interpenetram, provocando sinergias e desafios multifacetados ao setor saúde, os desastres produzem um patamar ainda mais intenso de perturbação nessa trama, pois agem como um tipping point isto é, como um desmoronamento do mundo dos sujeitos afetados que acreditavam que, mesmo precariamente, pudessem seguir a vida rotineiramente. Esse desmoronamento de rotinas também ocorre para as instituições públicas e privadas que se veem direta ou indiretamente implicadas. Isto é, desastres são caracterizados também pela desorganização intensa e súbita de estruturas e/ou dinâmicas organizacionais e passam a exigir deliberações urgentes e prioritárias de reparação dos danos decorrentes num contexto no qual ainda pairam grandes incertezas acerca da evolução dos acontecimentos (Quarantelli, Lagadec & Boin, 2007; Boin, Ekengren & Rhinard, 2013).

Nos desastres associados a eventos hidrometeorológicos -assim como outros tipos de eventos-, o setor saúde é um dos primeiros acionados para conter a crise, fazendo-o através de inúmeras formas de atendimento emergencial às vítimas. Porém, elementos estruturais, organizacionais e operativos podem interferir nessa intervenção, incluso o fato de que o próprio setor saúde, num âmbito local ou regional, pode estar em crise crônica ou ter sido parte afetada na crise aguda, a qual precisa responder. Tanto a trama de problemas entrecruzados de crises crônicas quanto a criatividade para conceber efeitos inusitados em crises agudas futuras frequentemente escapam daquilo que está tipificado idealmente nos planos de contingência/protocolos de atendimento do setor saúde e de demais setores envolvidos na emergência que precisam trabalhar de modo integrado na resposta ao desastre. Frequentemente, gestores de emergência, que comandam operações de socorro, fazem pouco de discussões sobre as crises crônicas, supondo que esse assunto foge ao escopo de sua atividade-fim. Igualmente, debocham dos que fazem elucubrações acerca de riscos ainda não concretizados, porque se acostumam a ver como problemas factíveis -que justificam a sua preocupação com treinamento e articulação- somente o que está assentado na experiência com situações já dadas e não a complexidade de cenários prováveis. Isso cria um enrijecimento imaginativo que, além de não se coadunar com a multidirecionalidade e globalidade das crises do século XXI, ainda impede que os que estão sob o seu arbítrio façam algum movimento numa direção inovadora de prevenção e preparação.

No concerne ao setor saúde e no contexto nacional, vê-se difusamente que as práticas rotineiras de trabalho do quadro técnico-operacional de UBSs têm sido executadas no limite máximo de dedicação de seus profissionais e com sobrecargas de tarefas nem sempre reconhecidas pelo sistema e pelos usuários. Nesse panorama, uma onda inesperada de atendimento prioritário se interpõe quando ocorre um desastre. Não se pode pensar que as UBSs entrarão na equação do desastre apenas como apoio subsidiário e excepcional à emergência. Isso porque elas próprias, como forma e conteúdo -instalações, equipamentos, pessoal envolvido, usuários- podem ser um dos elementos que definem a tragédia como tal, conforme detalharemos a seguir.

2 - Multidirecionalidade da crise: a Atenção Básica na berlinda

Os seis aspectos abaixo listados são aqueles que consideramos, por ora, os mais ilustrativos de como um desastre pode atravessar de distintas maneiras o setor saúde, em direções diferentes que, quando se conectam, é para sinalizar um agravamento tamanho do problema e exigir, em contrapartida, medidas excepcionais com as quais as gestões conservadoras anti-patizam. Assim, seria apreciável que esse panorama preliminar pudesse servir a discussões no tema e ser incrementado com outros aspectos e eventos aqui não abordados, mas igualmente imprescindíveis na elaboração de estratégias preventivas.

O primeiro deles, referente às deliberações alocativas acerca de UBSs e a suscetibilidade espacial das mesmas frente às diferentes ameaças ambientais, embute três componentes originais que, no plano concreto do processo decisório, caminham em separado, quais sejam:

- a vontade política para atender a determinada população em seu pleito por uma UBS, o que exige uma representação institucional, no âmbito parlamentar ou executivo e em diferentes níveis de governo, sensível a este problema e com capacidade de mobilizar os recursos financeiros e os trâmites burocráticos requeridos;
- a decisão técnica de, a partir da checagem tanto da demanda social quanto da disponibilidade territorial local, escolher a base física mais apropriada para instalação do imóvel que terá a finalidade de UBS;
- a dinâmica de ocupação do solo ao redor e suas implicações ambientais que, ao longo do tempo, pode engendrar riscos imprevistos ao imóvel.

É dizer, mesmo quando a interação política, entre governantes e os seus representados, é virtuosa e redonda na implantação de uma UBS, e essa acompanha o ritmo do incremento demográfico numa dada localidade que a reivindica, fatores ambientais mal gerenciados por políticas paralelas podem colocar tudo a perder. Por exemplo, problemas recorrentes de drenagem urbana, numa área que venha sofrendo um intenso processo de ocupação ou impermeabilização do solo, podem suscitar escorregamentos de massa ou enxurradas que chegam a comprometer seriamente a estrutura do imóvel. A política de saneamento, conduzida por outra pasta e relações de poder, pode ser não apenas diacrônica aos reclames por proteção espacial aos serviços públicos essenciais, como o da saúde, também tardia em relação aos efeitos da dinâmica de precipitação pluviométrica sobre uma base física em constante pressão de uso.

Isso nos remete ao aspecto de planejamento da estrutura física e manutenção predial, no qual seria apreciável, por um lado, que o esforço técnico de composição do projeto arquitetônico e a escolha dos materiais a serem utilizados tivessem suas especificações e layout baseados não apenas no fluxo de pessoas que transitarão no local e nas funções previamente estabelecidas dos subespaços internos, mas também no histórico de eventos naturais e tecnológicos perigosos ao redor e nos cenários de mudanças ambientais no longo prazo. Por outro lado, seria esperado que os ditames de manutenção predial fossem preventivos e que as rotinas burocráticas atinentes à liberação de tais serviços fossem consoantes à uma abordagem de resiliência. Por exemplo, fazendo cumprir um cronograma de serviços de manutenção antes da entrada da estação chuvosa, com uma agenda de limpeza de calhas e encanamentos, de reforço/conserto de telhas, de revisão da instalação elétrica e de funcionamento de para-raios, de construção de barreiras físicas à entrada de água pelas portas do estabelecimento.

Essa preocupação remete à seguinte, relativa ao aspecto da proteção de equipamentos e insumos, pois os riscos de inundação, de gotejamento, de curto-circuito, de colapso da estrutura e similares podem comprometer, circunstancial ou definitivamente, o uso de máquinas/aparelhos/instrumentos, além de estragar insumos essenciais e medicamentos em estoques. Em desastres relacionados a eventos hidrometeorológicos, múltiplos perigos se apresentam simultaneamente: a água contaminada que adentra pelas portas da unidade concorre com aquela que jorra sobre usuários, atendentes e equipamentos através da cobertura danificada; água também escorre

por infiltrações nas paredes; telhas escapam e voam sob ventos fortes; descargas elétricas provenientes de raios queimam os equipamentos ligados a tomadas, cuja fiação não conta com o aterramento adequado; a luz acaba e o sinal telefônico é interrompido; não há gerador independente e o sistema de bombeamento de água potável do município foi danificado, não havendo meios de proceder à limpeza e ao abastecimento regular do imóvel. Isso pode ocorrer num contexto em que a reposição de equipamentos e insumos pode ser dificultada tanto por fatores financeiros (cortes orçamentários), quanto burocráticos (processos lentos e sinuosos de tramitação) e ambientais (quedas de barreiras, que obstruem as vias terrestres, inundação generalizada, que dificulta opções de pouso e operações ferroviárias e demais dificuldades logísticas para proceder à reposição requerida).

A plena capacidade operacional da saúde é o mais próximo daquilo que o imaginário social identifica como sendo o socorro providencial que está vindo ao seu auxílio. Por isso, testemunhar o colapso de parcelas dessa operação pode simbolizar a perda da crença coletiva, dos sujeitos afetados, de que haverá o suporte vital tão necessário nessas circunstâncias. Quanto mais o acesso e o funcionamento das unidades afetadas forem inviabilizados, devido à circunstância de destruição/danificação do imóvel, equipamentos e afins, maiores serão as pressões sociais para que estabeleçam conexões não usuais visando à interoperabilidade excepcional dos serviços, que é o terceiro aspecto que destacamos nessa reflexão. O SUS planifica a sua concepção de atendimento ao público e a base física correspondente ao mesmo, através de uma separação dos serviços prestados, da atenção básica à atenção hospitalar, da média e alta complexidade à assistência farmacêutica. Porém, os desastres podem engendrar inesperados requerimentos de nexos entre tais serviços, o que exige uma adaptabilidade rápida do sistema para garantir uma operabilidade mais ágil entre estruturas organizacionais distintas em prol tanto da resposta imediata aos grupos sociais afetados na tragédia quanto aos demais segmentos do público que deles necessitam simultaneamente.

Por exemplo, numa UBS pode haver um usuário habitual, com problemas de pressão alta, o qual passa por acompanhamento rotineiro e prescrição de medicamento de controle, retirado regularmente na assistência farmacêutica. No desastre, esse usuário pode ter sofrido um AVC decorrente do sofrimento intenso pelo qual passou ao ver a sua moradia totalmente destruída no episódio. Isso o faz requerer um cuidado emergencial, como paciente a ser internado em uma estrutura hospitalar de uma localidade vizinha, mas numa conjuntura na qual os arquivos físicos e eletrônicos com o seu histórico foram danificados durante a inundação na UBS onde o mesmo era regularmente atendido e que tinha informações adicionais sobre a sua saúde que poderiam torna mais eficaz o atendimento de urgência. Assim, mecanismos de preservação da informação na nuvem sobre usuários de uma dada região, com possibilidade de acesso interunidades, poderia contribuir para a garantia da continuidade dos registros e do conhecimento profissional sobre a evolução da saúde deste paciente.

No referente à assistência farmacêutica, também essa pode ficar prejudicada quando estoques de medicamentos de alto custo e/ou de uso contínuo são danificados por água contaminada de inundações e, assim, precisam ser inutilizados/descartados. Por vezes, essa inutilização dos estoques ocorrer durante uma situação na qual há dificuldades operacionais de reposição, devido à situação de isolamento que o desastre provoca na comunidade afetada; ou, ainda, devido ao custo proibitivo de re-aquisição ou, novamente, devido, aos procedimentos burocráticos lentos. Assim, ao lado dos agravos físicos diretamente relacionados ao desastre -como traumas, adoecimentos e mortes-, pode haver agravos à saúde de usuários das UBSs locais quando esses descontinuem o uso de medicamentos de uso diário e/ou programado, além de lidarem com uma carga maior de estresse devido a tal preocupação. Para não depender apenas da atuação top-down, na qual a reposição será providenciada pelos níveis superiores do sistema -e da morosidade peculiar desse fluxo-, planos de contingência interunidades de assistência farmacêutica poderiam ser articulados no nível regional para providenciar reposições

emergenciais de medicamentos enquanto ficam à espera da regularização de estoques promovida pelo ente superior. A compatibilidade/unificação de programas computacionais utilizados nessas farmácias, onde são feitos os registros dos estoques e a dinâmica das demandas, ao lado do treinamento conjunto dos seus respectivos administradores em simulados, para se sentirem mais confiantes em lidar com esses fluxos excepcionais de demanda/produto, é algo muito proveito em termos de ações preventivas em saúde.

Isso se relacionado com o aspecto de cuidados na interação técnica com o público de usuários. A atenção básica à saúde implica prover um atendimento humanizado ao usuário, seja quando este se dirige à unidade ou é abordado pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). A ocorrência de um desastre pode ser uma circunstância na qual os profissionais de uma unidade afetada estão prioritariamente dedicados a recuperar as condições mínimas de funcionamento da mesma; ao mesmo tempo, os usuários podem se sentir muito fragilizados e requerem cuidados impostergáveis. Diante esse dilema, a comunidade pode ser vista como parceira, sobretudo através da interlocução das coordenações das UBSs com lideranças locais com quem se tenha construído vínculos pré-existent, para auxiliar nos serviços emergenciais de limpeza e higienização da unidade assim como contando com sua contribuição espontânea numa logística informal de retirada e realocação de equipamentos e insumos que estejam sob risco iminente de danificação. Convém considerar, sob um prisma, que a vivência de um desastre pode ocasionar um sofrimento social incomensurável (Valencio, 2014b) e indivíduos mais sensíveis podem apresentar falhas em mecanismos internos de preservação de sua saúde mental quando os caminhos para refazer as suas atividades diárias são inviabilizados (Flannery Jr & Everly Jr, 2000). Sob outro prisma, a circunstância de perdas coletivas e multidimensionais pode provocar nos grupos afetados uma reelaboração de sentidos de mundo capaz de deflagrar uma disposição colaborativa incomum, embora baseada nos valores altruísticos de sua sociabilidade corriqueira. A procrastinação de medidas imprescindíveis de resposta em saúde -sinal, por vezes, da assimetria política e econômica dos afetados para confrontar um aparato estatal negligente- pode ser vivida localmente como um estressor adicional ou como um gatilho para a tomada de providências emergenciais em bases autogestionárias.

Por fim, o último aspecto ao qual aludiremos é o que se refere aos dilemas do quadro técnico em relação aos requerimentos simultâneos de sua vida pública e privada num contexto de desastre. Os profissionais das unidades danificadas/destruídas são frequentemente munícipes daquela localidade que pode ter sido extensivamente afetada; por exemplo, quando um município decreta estado de calamidade pública (ECP). Isso pode significar que a vida privada dos profissionais está a exigir muitas providências para apoiar membros da família mais vulneráveis, resgatar objetos de valor econômico, prático e sentimental, acudir vizinhos, buscar abrigo diante a moradia sujeita a desmoronar, além da preocupação em chegar à unidade quando as vias de tráfego estão bloqueadas. Nessa circunstância, o regime rotineiro de funcionamento por turnos pode falhar, porque os funcionários do turno em conclusão não conseguem sequer sair da unidade -embora aflitos para fazê-lo e estarem em companhia de seus familiares- ao passo que aqueles que deveriam iniciar o turno não conseguem chegar ao seu destino.

À guisa de conclusão

A proteção à saúde do cidadão é um direito constitucionalmente embasado no país e, contudo, as injunções sociais, políticas, econômicas e ambientais desafiam-no cotidianamente. Os desastres ditos “naturais” elevam o nível desse desafio tanto porque impõem uma sobrecarga ao setor saúde, já constrangido pela pesada lida de atendimento ao crescente grupo de desfiliaados sociais do país, quanto devido à possibilidade de afetação de suas próprias bases físicas e humanas.

Se, pelo país, as rotinas cotidianas de funcionamento da Atenção Básica do SUS -assim

como os mecanismos de controle de autoridades, de profissionais, de conselheiros e de usuários- já não têm garantido a plena efetividade de seus princípios básicos, os desastres tendem a colocá-los mais enfaticamente na berlinda, exigindo dos mesmos uma flexibilidade excepcional para prover ajustes organizacionais e operacionais tempestivos. Nessas circunstâncias, o sistema e os atores que o dinamizam necessitam pensar em seus planos de contingência como um mero referencial para a situação concreta vivenciada a qual, frequentemente, é não somente distinta como também mais complexa, solicitando ações simultâneas em prol das vítimas e da recuperação de funções da unidade.

Intricados problemas, de natureza estrutural e operacional, se apresentam quando ocorre um evento que inviabiliza o uso de instalações, equipamentos e insumos, além de atingir diretamente o corpo profissional e usuários de unidades de saúde. A missão de atender e a expectativa do cidadão de ser atendido podem entrar em colapso se um conjunto de princípios solidários não for acionado com a brevidade possível, prevendo que as situações ideais são passíveis de sofrer uma mudança súbita. Uma nova hierarquia de atendimento pode ser imposta quando o quadro humano dedicado à urgência é insuficiente. A atenção básica, orientada para interagir com aqueles que lutam -não raro, por meses a fio-, por uma consulta ou exame laboratorial de rotina, pode vir a se deparar com outros tantos, que sofreram agravos inesperados à saúde devido a colapso súbito de edificações, afogamentos, escoriações, choques elétricos e afins. Onde havia o acompanhamento à saúde devido a doenças crônicas e monitoramentos de rotina, forma-se uma nova e inesperada fila de pessoas com quadros de ansiedade, depressão, vivenciando a perda súbita de membros e de órgãos do corpo, o encaminhamento para cirurgias de urgência e pedidos de deslocamento imediato a centro especializados em outras localidades. A comunidade já não é a mesma e a experiência da equipe tampouco, de modo que garantir um tempo de reflexão conjunta sobre essas mudanças seria uma oportunidade para estreitar laços e conhecimento mútuo, das capacidades, das experiências e do saber-fazer individual e coletivo, que é espírito da atenção básica.

De um lado, não é incomum que os atendidos nessa fila excepcional sejam os mesmos que esperavam anteriormente por um atendimento normal; agora, seus problemas foram agravados. A crise aguda que o desastre representa tem relação com as crises crônicas do Brasil contemporâneo, as quais rebatem na atenção básica. As insistentes disjunções entre políticas de trabalho e emprego, de moradia, de saneamento, de assistência social e de defesa civil, entre outras, redundam em maior grau de desamparo social. Os grupos sociais mais vulneráveis nessas crises crônicas, e cuja saúde já seguia debilitada, são os mais suscetíveis nos desastres, uma vez que não lhes são permitidas as condições materiais e físicas dignas de autoproteção. Doentes prévios ficam mais debilitados nos desastres; por seu turno, os mais debilitados, física e cognitivamente, têm dificuldade em escapar desses perigos derradeiros, que lhes ceifam a vida. De outro, a danificação ou a destruição de instalações, equipamentos e insumos, assim como os agravos à saúde de atendentes e atendidos, têm sido parte de um panorama trágico que exige um melhor equacionamento de políticas no âmbito da gestão solidária nos três níveis de governo. Enquanto o SUS planifica a sua concepção de atendimento ao público e a base física correspondente, através de uma separação dos serviços prestados -da atenção básica à atenção hospitalar, da média e alta complexidade à assistência farmacêutica-, os desastres podem engendrar novos, inesperados e problemáticos nexos entre tais serviços, exigindo uma adaptabilidade rápida de procedimentos e equipes para garantir uma operabilidade mínima do sistema. Em termos preventivos, seria salutar se os municípios de uma dada região envolvessem as autoridades do setor, os profissionais da saúde, os especialistas em desastres e as lideranças comunitárias para uma reflexão sobre as lições extraídas de experiências prévias vividas e os cenários socioambientais prováveis -baseados em diferentes experiências e conhecimentos- com vistas a exercícios compartilhados de adaptação a múltiplas situações críticas. A vocalização polifônica pode embasar ações mais promissoras de resiliência em saúde, mas é preciso que os

sujeitos reconheçam que suas visões e ações se constroem para minimizar, mas não neutralizar, as condições de incerteza e imprevisibilidade, posto que dado fator de ameaça se manifesta, ou um desastre se desenrola, sempre a partir de singularidades. O valor intrínseco das discussões conjuntas está em exercitar, do plano intersubjetivo ao institucional, a capacidade de flexibilização do olhar sobre o problema e das práticas diante do mesmo, encontrando mais agilmente pontos de cooperação para identificar e interpretar as condições adversas que se apresentarem, as quais são mais dinâmicas e desafiadoras do que um *modus operandi* burocrático, isolado e de reação lenta, consegue admitir.

À parte isso, cada nível de gestão, e de seus respectivos conselhos, poderia lidar com tarefas específicas para, posteriormente, integrá-las. Ao nosso ver, caberia ao gestor nacional o desafio de procurar calibrar suas políticas de saúde e medidas de regulação em conformidade com os avanços teóricos do debate nacional e internacional sobre os desastres desde uma maior compreensão da complexidade do tecido social. Se se perde sincronia com esse debate, as ideias que embasam as suas estratégias podem apresentar gargalos interpretativos passíveis de cobrar altos preços de resposta inadequada em contextos catastróficos. É fato que as autoridades nacionais e estaduais de gestão de desastres estão enrijecidas em crenças baseadas em teoria de hazards e pouco se importam em ajustar sua visão a esse debate da teoria dos desastres -uma das razões pelas quais suas políticas não se coadunam com a complexa realidade social brasileira-, mas o setor saúde precisa e pode avançar a despeito disso, na medida em que estar atento ao debate científico sempre esteve incorporado às preocupações do SUS.

Ao gestor estadual, seria apreciável enveredar pela análise de recortes temporais longos que entrelacem dinâmicas demográficas e espaciais dos municípios em sua circunscrição jurisdicional a fim de ver como ambas se comportam frente aos fatores ambientais que ganham diferentes gradações de perigo; isto é, observar como os rearranjos contínuos dos elementos físicos e sociais do espaço contribuem associadamente para deflagrar as emergências e de que forma essas emergências rebatem no sistema de saúde local, regional e estadual. Enquanto isso, no âmbito municipal, do planejamento à execução, a construção de narrativas coletivas sobre riscos e desastres, moldadas por diversos perfis de usuários e de profissionais do sistema, assim como por diferentes tipos de informação, daria a base factual em relação a qual os níveis superiores do sistema estabeleceriam critérios de apoio e de ação. Convém enfatizar que seria apreciável que as parcerias que participam da gestão e do oferecimento de serviços na escala municipal igualmente refletissem acerca das contingências para listar suas prioridades em termos preventivos e preparativos bem como no referente ao treinamento para lidar com situações adversas com diferentes níveis de complexidade.

A população brasileira não vai bem em saúde primária e o SUS precisa demonstrar que tem estratégias para garantir a qualidade de seus serviços nesse contexto desolador (Bousquat et al, 2017). Os desastres acionam novas composições de elementos organizativos da saúde, de modo que é impostergável pensar a atenção básica dentro desses potenciais nodos críticos. Isto é, participando, ambigualmente, como parte do fluxo de problemas e das soluções, num balanço dinâmico que depende da qualidade do envolvimento dos sujeitos e das instituições operantes.

Agradecimentos

Agradecemos aos Professores Marcos Mattedi (FURB) e Eduardo Augusto Werneck Ribeiro (IFC) pelo honroso convite para participar do Seminário Estadual de Geografia da Saúde 2018, ocorrido em Blumenau/SC, bem como para participar desta publicação decorrente do referido evento.

Referências:

- AMARAL, M.F., POZOBOON, R.O. & RUBIN, A. (2010). Modos de endereçar a tragédia: indignação, testemunho e piedade. **Lumina**, 4(2):1-15. Disponível em: <https://lumina.ufjf.emnuvens.com.br/lumina/article/view/133>
- BOIN, A.; EKENGREN, M. & RHINARD, M. (2013). **The European Union as crisis manager patterns and prospects**. Cambridge, Cambridge University Press.
- BOUSQUAT, A. et al (2017). Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública**, 2017, 33(8):e000373716. Doi: 10.1590/0102-311X00037316
- DAS, V. (1995). **Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India**. New Delhi: Oxford University Press.
- FLANNERY Jr, R.B.; EVERLY Jr, G.S. (2000). Crisis intervention: a review. **Intern. Journal of Emerg. Mental Health**, 2(2):119-125.
- FRITZ, C.E. (1961). Disaster. In R. K. Merton, & R. A. Nisbet (Eds), **Contemporary social problems**. New York: Harcourt, 651-694.
- IBRAHIM, S. Y. (2018). **Análise das memórias coletivas dos afetados no desastre socioambiental de janeiro de 2011 no Vale do Cuiabá – Petrópolis, RJ**. Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social – EICOS. (Dissertação de mestrado). Rio de Janeiro.
- LEFEBVRE, H. (1974). **La production de l'espace**. Paris: Anthropos.
- LEFEBVRE, H. (1980). **A vida cotidiana no mundo moderno**. São Paulo : Editora Ática.
- MARTINS, J.S. (1998). **O senso comum e a vida cotidiana**. Tempo Social, 10(1):1-8. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ts/article/view/86696>
- MARTINS, J.S. (2003). A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais. 2ª edição. Petrópolis: Editora Vozes.
- MARTINS, J.S. (2011). A política do Brasil: lútem e místico. São Paulo: Contexto.
- OLIVER-SMITH, A. (2006). Disasters and forced migration in the 21st century. Social Science Research Council. New York. Disponível em: <http://understandingkatrina.ssrc.org/Oliver-Smith/>.
- QUARANTELLI, E. L. (1998). Epilogue. E.L.Quarantelli (Ed.). What is a disaster? Perspectives on the question. London, New York: Routledge. 234-273.
- QUARANTELLI, E. L. (2006). Catastrophes are Different from Disasters: Some Implications for Crisis Planning and Managing Drawn from Katrina. Understanding Katrina Essay Forum: perspectives from the social sciences. Social Science Research Council. New York. Disponível em: <http://understandingkatrina.ssrc.org/Quarantelli/>
- QUARANTELLI, E.; LAGADEC, P. & BOIN A. (2007). A heuristic approach to future disasters and

crisis: new, old, and in-between types. In H. Rodriguez, E. L. Quarantelli, & R. R. Dynes (Eds.), *Handbook of disaster research*. New York: Springer, 16-41.

SCANLON, J. (2011). Research about the mass media and disaster: never (well hardly ever) the twain shall meet. In J. R. Detrani (Ed.), *Journalism Theory and Practice*. Binghamton: Apple Academic Press, 233-269.

SIENA, M. (2013). A política de assistência social em contexto de desastres relacionados às chuvas: um estudo sobre o município de Ribeirão Preto/SP. In N. Valencio e M. Siena (Orgs.), **Sociologia dos Desastres: Construção, Interfaces e Perspectivas no Brasil**. São Carlos: RiMa Editora, 38-61.

SILVA, T.C. (2015). **Tracing identities through interconnections: the biological body, intersubjective experiences and narratives of suffering**. *Vibrant*, 12:260-289.

THOMAZ, O.R. (2010). **O terremoto no Haiti, o mundo dos brancos e o lougawou**. *Novos Estudos CEBRAP*, 86: 23-50.

TIERNEY, K. (2015). **Resilience and the neoliberal project: discourses, critiques, practices – and Katrina**. *American Behavioural Scientist*. 59(10):1327-1342.

TURNER, E. (2012) *Communitas – The Anthropology of Collective Joy*. New York: Palgrave MacMillan.

VALENCIO, N. (2010). Desastres, ordem social e planejamento em Defesa Civil: o contexto brasileiro. **Saúde e Sociedade**, 19(4):748-762. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400003>

VALENCIO, N. (2014a). Desastres: tecnicismo e sofrimento social. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2014, 19(9):3631-3644. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.06792014>

VALENCIO, N. (2014b). Dos desastres recorrentes aos desastres à espreita. In A. Zhouri & N. Valencio (orgs), *Formas de matar, de morrer e de resistir: limites da resolução negociada de conflitos ambientais*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 277-316.

VALENCIO, N. & VALENCIO, A. (2017). Vulnerability as social oppression: the traps of risk-prevention actions. In V. Marchezini et al (Orgs.), *Reduction of Vulnerability to Disasters: from Knowledge to Action*, 115-141. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320546899_Vulnerability_as_social_oppression_the_traps_of_risk-prevention_actions