

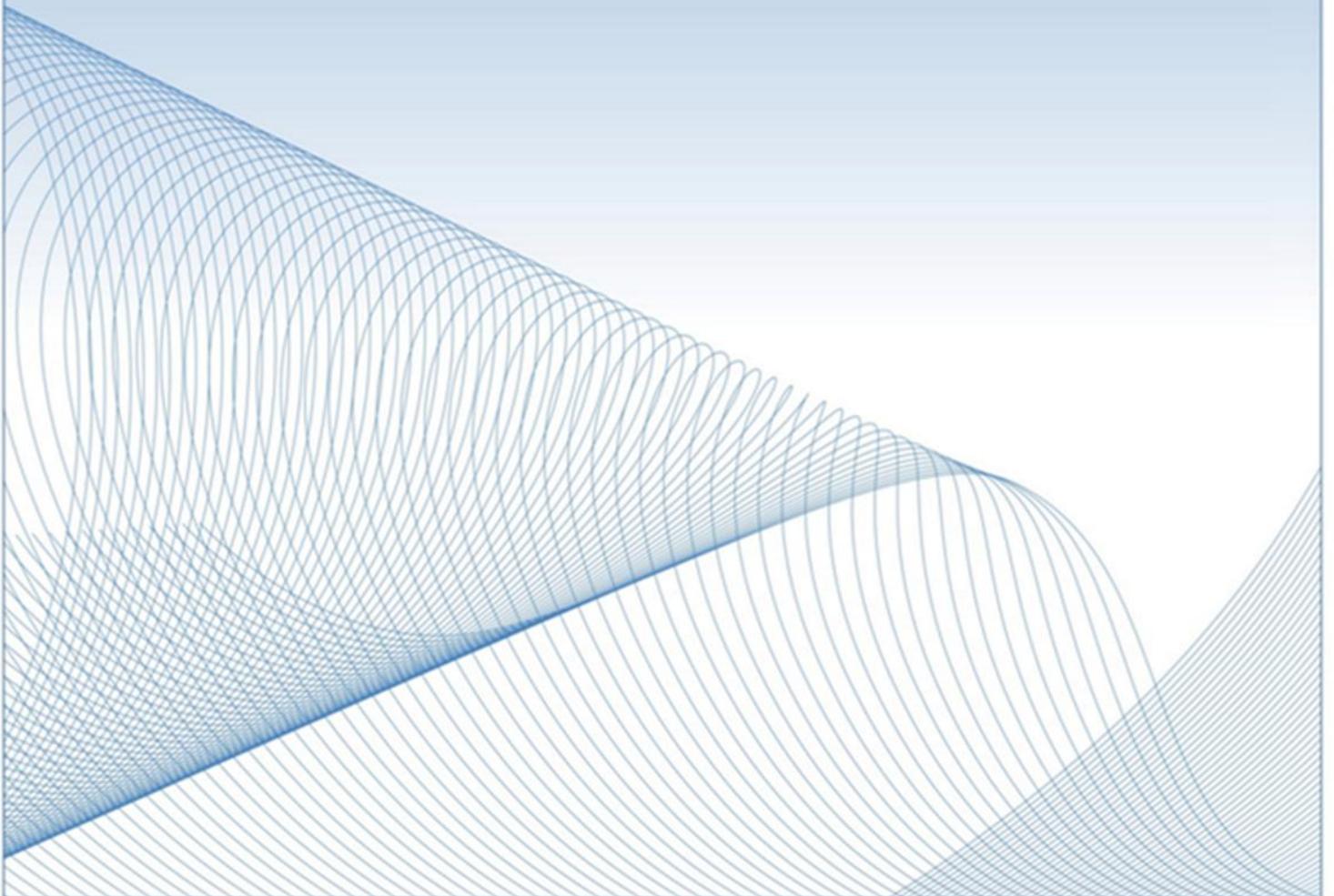


PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL

CURSO DE CAPACITAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE, DESASTRES E DESENVOLVIMENTO

Módulo 2 - Gestão do Risco de Desastres para o SUS

Unidade 1 - Introdução à Gestão do Risco



ÍNDICE

Apresentação do Módulo 2	3
Unidade 1 – Introdução à Gestão do Risco.....	4
Objetivo da Unidade 1	4
Roteiro da Unidade 1	4
Tema 1.1 – Fatores de Risco de Desastres	5
Tema 1.2 – Gestão do Risco de Desastres: Características	8
Tema 1.3 – Gestão do Risco de Desastres: Etapas e Processos	10
Tema 1.4 - Gestão do Risco Corretiva e Gestão do Risco Prospectiva: novos conceitos	12
Tema 1.5 - O Sistema Único de Saúde (SUS) e a atuação em desastres	15
Rede de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública - Rede CIEVS	19
Força Nacional do SUS (FN-SUS)	22
<i>Campo de atuação.....</i>	22
<i>Coordenação e organização da FN-SUS</i>	23
As atribuições do MS em ESPIN devido à ocorrência de desastres	24
Tema 1.6 – O Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC)	28
Tema 1.7 - Sistemas de Informação e sua utilização para análises da situação de saúde.....	29
Tema 1.8 – Outros aspectos na atuação do setor saúde em desastres	39
□ Referências Bibliográficas.....	52
► Anexo 1. Principais sistemas de informação utilizados em saúde	55

Minhas observações

Apresentação do Módulo 2

Minhas observações

O Módulo 2 aborda a organização do setor saúde para a atuação na gestão do risco de desastres, detalhando todo o seu processo, desde a prevenção de riscos futuros até a recuperação da saúde, passando pela redução dos riscos existentes, preparação e resposta, reabilitação e reconstrução. Será abordada também neste módulo a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) para atuação nestes eventos.

Para isso, o conteúdo será apresentado em 4 (quatro) unidades, assim organizadas:

Na Unidade 1 – **Introdução à Gestão do Risco** – é abordada a introdução à gestão do risco, apresentando os aspectos teórico-conceituais sobre a gestão do risco de desastres, os fatores de risco, a organização do processo de gestão do risco e as responsabilidades do SUS dentro desse processo, bem como os principais sistemas de informação que embasam a análise da situação de saúde.

A Unidade 2 – **Redução do Risco** – trata da etapa de redução de riscos, incluindo ações de prevenção dos riscos futuros, bem como mitigação e preparação de respostas para reduzir os danos no processo de gestão do risco de desastres no âmbito do SUS.

A Unidade 3 – **Manejo do Desastre e Recuperação** – aborda as ações de manejo do desastre, quando este ocorre, com enfoque nas responsabilidades do Setor Saúde nos processos de resposta em curto prazo e define os aspectos da resposta do setor saúde aos efeitos de curto, médio e longo prazos dos desastres, incluindo as ações voltadas para a reabilitação e reconstrução, com o objetivo de normalizar a prestação dos serviços e permitir o retorno das condições cotidianas da comunidade.

Na Unidade 4 – **Princípios e Práticas da Informação e Comunicação de Risco** – serão estudados os princípios e práticas da informação e comunicação de riscos. Este tema é de grande

relevância em situações de desastres, visto que a forma como a população é informada ou comunicada a respeito de uma situação de risco será decisiva na sua resposta.

Minhas observações

Unidade 1 – Introdução à Gestão do Risco

Objetivo da Unidade 1

Ao final desta Unidade, esperamos que você seja capaz de explicar como se dá o processo de gestão do risco de desastres no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Roteiro da Unidade 1

Esta Unidade está organizada em 8 (oito) temas, a saber:

Tema 1.1 – Fatores de Risco de Desastres

Tema 1.2 – Gestão do Risco de Desastres: Características

Tema 1.3 – Gestão do Risco de Desastres: Etapas para os Processos

Tema 1.4 – Gestão do Risco Corretiva e Gestão do Risco Prospectiva: Novos Conceitos

Tema 1.5 – O Sistema Único de Saúde (SUS) e a atuação em desastres

Tema 1.6 – O Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC)

Tema 1.7 – Sistemas de Informação e sua utilização para análises da situação de saúde

Tema 1.8 – Outros aspectos na atuação do setor saúde em desastres

Tema 1.1 – Fatores de Risco de Desastres

O risco de desastres faz parte do nosso dia a dia e está intimamente relacionado com a própria dinâmica de desenvolvimento das sociedades. Resulta da combinação de ameaças (eventos naturais ou tecnológicos) e condições de vulnerabilidade, que envolvem desde as condições de vida das populações expostas às insuficientes capacidades ou medidas para reduzir as consequências negativas (Narváez e col., 2009, EIRD, s/d). Ou seja, o risco de desastres envolve o potencial ou probabilidade de que a combinação entre a ocorrência de uma ameaça ou perigo (natural ou tecnológica) e as condições de vulnerabilidade resultem em óbitos, lesões, doenças, interrupção de atividades econômicas, dentre outros (EIRD, 2009).

De modo geral, nas Ciências da Terra e Engenharias, a ênfase é dada às ameaças físicas que resultam nos desastres, focando na probabilidade de ocorrência de um evento físico danoso. Nas Ciências Sociais e da Saúde, a ênfase, por sua vez, é dada às condições de vulnerabilidade e consequências negativas dos desastres, focando nos determinantes sociais dos desastres e seus impactos (Naváez e col., 2009).

Conceitualmente o risco de desastres envolve o potencial ou probabilidade de que a combinação entre a ocorrência de uma ameaça ou perigo (natural ou tecnológica) e as condições de vulnerabilidade de uma determinada localidade/comunidade exposta resultem em consequências prejudiciais ou perdas (óbitos, lesões, doenças, interrupção de atividades econômicas, dentre outros (EIRD, 2009).



Recordando: ***Risco = Ameaça/Perigo x Vulnerabilidade***

O conhecimento do risco possibilita, portanto, determinar o que poderia acontecer no futuro. A partir desse conhecimento é possível adotar políticas e ações visando a redução da ocorrência e as

Minhas observações

consequências dos desastres. A adoção destas políticas e/ou medidas, no entanto, exige a avaliação dos riscos, que envolve desde a identificação das ameaças e condições de vulnerabilidade, as quais se expressam como fatores de riscos de desastres.

Os fatores de riscos de desastres envolvem as condições físicas e sociais que contribuem para que populações se tornem expostas aos riscos na sociedade.

Em relação às condições físicas, a avaliação de riscos deve identificar, no espaço e no tempo, os eventos físicos potencialmente danosos, que podem ser de origem natural, tecnológica ou mesmo mistos, como o terremoto e tsunami no Japão que afetaram a usina nuclear de Fukushima.

Com relação às condições sociais, a avaliação de riscos deve identificar as condições de vulnerabilidade que se referem aos processos relacionados às condições de vida e infraestrutura que tornam determinadas populações, em determinados territórios, mais expostas e propensas a sofrer perdas e danos ao serem afetadas por um evento físico particular. Estas condições de vulnerabilidade não são constituídas de um momento para outro, mas resultam de condições latentes dos processos relacionados à dinâmica do desenvolvimento econômico e social.

Diante deste contexto, os principais fatores de risco para que ocorra um desastre são, portanto:

- **Padrão de desenvolvimento:** quanto mais baixo o padrão de desenvolvimento econômico e social, tanto maiores as condições de vulnerabilidade e menor a capacidade de redução de riscos de desastres.
- **Crescimento e distribuição da população:** O crescimento da população em determinadas áreas (margens de rios ou mesmo encostas de morros e montanhas) pode representar um aumento dos riscos de desastres, que podem ser

Minhas observações

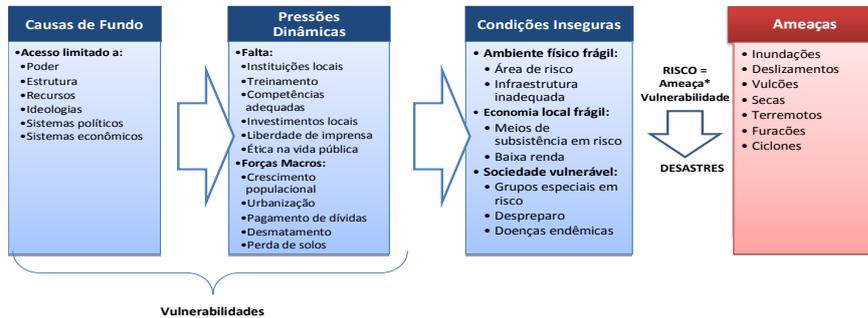
agravados pelas precárias condições de infraestrutura e existência de assentamentos precários.

- **Degradação do meio ambiente:** O meio ambiente e os desastres estão intimamente vinculados entre si. A degradação ambiental afeta os processos naturais, altera a base de recursos de que dispõe a humanidade e aumenta a vulnerabilidade. Ela agrava também o impacto das ameaças naturais, reduz a resiliência em geral e põe em dúvida as estratégias tradicionais para enfrentar a situação. Diante deste contexto, a gestão ambiental é indispensável para o desenvolvimento sustentável e a mitigação dos desastres sendo necessário, portanto, identificar, adaptar e adotar mecanismos e ferramentas de gestão ambiental que contribuam para reduzir a vulnerabilidade de maneira eficiente e com baixo custo;

Podemos concluir, portanto, que o risco de desastres encontra-se relacionado à intensidade ou magnitude dos eventos físicos (chuvas, terremotos, ventos, etc), combinado com o grau de exposição e de vulnerabilidade das populações de uma região. Essas ameaças e condições de vulnerabilidades são os fatores de risco de desastres, resultado de práticas individuais e/ou coletivas associadas, principalmente, ao uso, ocupação e transformação do território e de seus recursos. Estes fatores de risco, por sua vez, associam-se às causas que condicionam o problema, às pressões geradas, às condições inseguras às quais estão sujeitas uma população, bem como às ameaças identificadas nessa localidade, determinando o risco de desastre (Veja a Figura 1).

Minhas observações

Figura 1. Condições de risco de uma sociedade



Fonte: Adaptado de Narváez e col., 2009.

Tema 1.2 – Gestão do Risco de Desastres: Características

Conforme visto anteriormente, a **gestão do risco de desastre** é o conjunto de decisões administrativas, organizacionais e operacionais desenvolvidas pelos órgãos de governo, em conjunto com a sociedade organizada, para a implementação de políticas e estratégias que visam o fortalecimento de suas capacidades para a redução do impacto dos desastres.

De forma genérica, pode ser definida como um processo cuja finalidade é a previsão, redução e controle dos fatores de risco na sociedade, minimizando as perdas e danos associados à ocorrência destes eventos. Por outro lado, esta finalidade envolve a busca da maximização dos ganhos em termos de produtividade e bem-estar através do uso racional e sustentável de recursos, reduzindo os fatores de riscos na sociedade, em consonância com o desenvolvimento humano, econômico, ambiental e territorial sustentáveis.

Assim, a gestão do risco de desastres envolve formas de intervenção variadas que abordam desde a formulação e a implementação de políticas públicas e estratégias, até a

Minhas observações

implementação de ações e instrumentos concretos de redução e controle dos riscos, como, por exemplo, o monitoramento das formas de ocupação e uso do solo, decisões sobre os níveis de proteção e infraestrutura instalados, planos de emergência, etc. A redução da vulnerabilidade e o aumento da resiliência são elementos chaves dentro da gestão do risco de desastres.

A Tabela 1 apresenta alguns dos aspectos que se destacam na gestão do risco.

Tabela 1. Principais características e aspectos chaves no processo de gestão do risco

Características	Elementos chaves
1. Relação estreita entre a gestão do risco e o processo de desenvolvimento	O risco e sua gestão não são componentes externos ao desenvolvimento e sim intrínsecos a ele. Em sua concepção, a gestão do risco é transformadora de realidades buscando novos e sustentáveis processos de desenvolvimento.
2. Ser reconhecida como um processo e não um produto. Buscar a sustentabilidade no tempo e no território.	A gestão do risco não se encontra embasada em um projeto com um produto concreto apenas, e sim como um processo contínuo pautado na aplicação de princípios e ações de gestão sustentável.
3. Participação ativa da população e organizações.	O processo de gestão deve ser necessariamente participativo. A participação é um mecanismo para garantir a legitimidade através da apropriação do processo por parte dos atores sociais.
4. Fomentada por meio da criação ou consolidação de estruturas organizacionais ou institucionais permanentes e sustentáveis.	Um princípio que deriva da integração da gestão do risco com a gestão do desenvolvimento. Essencialmente é necessário que haja um ente que coordene o processo global de gestão do risco para que haja a interação das políticas.
5. Buscar a integração, coordenação e articulação de atores sociais de níveis territoriais diferenciados.	Deve ser uma prática com ênfase no nível local. No entanto, não pode existir sem o estabelecimento de relações coordenadas entre os diversos níveis de atuação envolvidos no processo. Deve-se pensar no local, regional, nacional e até internacional.
6. Ser transversal e integral	A gestão do risco é uma prática transversal e integral que compreende atividades e enfoques tanto para prevenção e mitigação, como para a preparação, resposta e recuperação. Constitui-se em um processo contínuo e permanente.

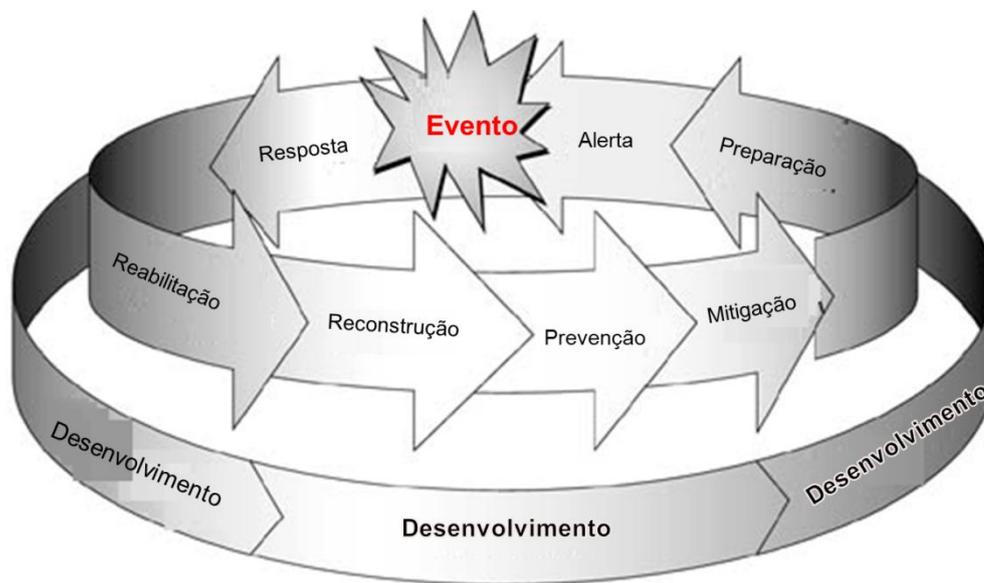
Fonte: Adaptado de Lavell (2004 e 2007)

Minhas observações

Tema 1.3 – Gestão do Risco de Desastres: Etapas e Processos

O processo de gestão do risco contempla, em todo o ciclo do desastre, 3 (três) etapas, com componentes e subprocessos (Veja a Figura 2). As etapas são: Redução do risco, Manejo do desastre e Recuperação.

Figura 2. Processo de Gestão do Risco de desastres



Fonte: Adaptado de OPAS, 2004.

1. Redução do risco: As atividades desenvolvidas nesta etapa destinam-se a eliminar ou mitigar os riscos existentes, prevenir os riscos futuros e preparar as respostas aos desastres, visando a redução do impacto destes eventos. São atividades que devem ser realizadas antes do desastre. Diante deste contexto, o tema deve ser abordado intersetorialmente e de uma maneira pró-ativa e integral, envolvendo a participação comunitária no estabelecimento de metas de redução dos riscos.

Minhas observações

Assim, esta etapa envolve 3 (três) componentes (EIRD, 2009): Prevenção, Mitigação e Preparação. Os componentes e os subprocessos desta etapa serão detalhados na unidade 2 deste módulo.

2. Manejo do Desastre: Esta etapa inicia-se a partir do momento em que uma ameaça natural ou tecnológica pode se converter em um desastre. Nela são realizadas atividades que têm como objetivo o enfrentamento do desastre para reduzir ao máximo suas consequências sobre a saúde, envolvendo também a execução das ações necessárias para uma resposta oportuna.

Ela contempla 2 (dois) componentes, a saber (EIRD, 2009): Alerta e Resposta. Os componentes e os subprocessos desta etapa serão detalhados na unidade 3 deste módulo.

3. Recuperação: Nesta etapa implantam-se as medidas que iniciam o processo de restabelecimento das condições de vida da comunidade afetada. Engloba 2 (dois) aspectos: um que tende a restabelecer os serviços básicos indispensáveis (abastecimento de água, esgotamento sanitário, energia elétrica, sistema de comunicação), num curto prazo e de forma transitória, e em um segundo momento, direcionam-se às soluções permanentes e de longo prazo.

A recuperação pode ser entendida, portanto, como uma oportunidade para se desenvolver e aplicar as medidas de redução de risco de desastres futuros (EIRD, 2009).

Neste momento, identificam-se 2 (dois) componentes: Reabilitação e Reconstrução que serão detalhados mais adiante na unidade 3 deste módulo.

É importante destacar que a atuação em desastre envolve um trabalho permanente e contínuo, com planejamento definido, de

Minhas observações

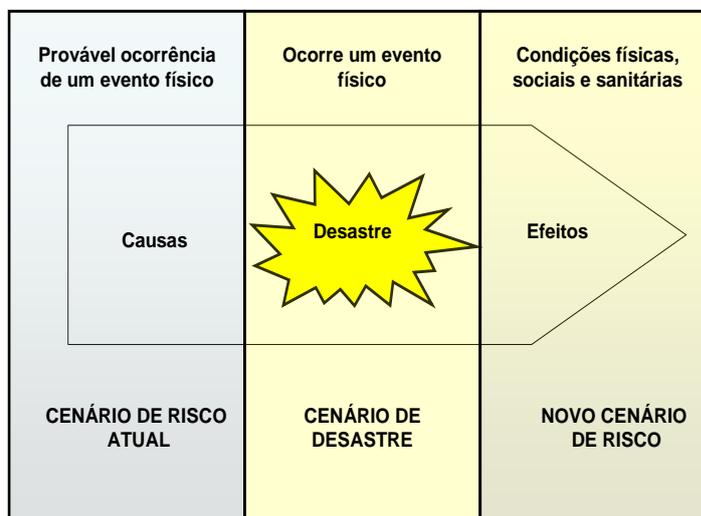
forma que as instituições estejam preparadas para manejar uma ocorrência de forma adequada. A antecipação à ocorrência dos eventos propicia a minimização dos danos através do desenvolvimento de ações no momento oportuno e com a capacidade necessária.

Minhas observações

Tema 1.4 - Gestão do Risco Corretiva e Gestão do Risco Prospectiva: novos conceitos

Em todo o processo de gestão do risco deve-se considerar que o próprio risco é uma variável em constante mudança, e a ocorrência de uma emergência ou desastre pode mudar totalmente o cenário, ou seja, a ocorrência de um evento pode mudar os riscos hoje conhecidos em uma determinada região, bem como causar o surgimento de outros aspectos até então não existentes.

Figura 3: Transformação do cenário de risco atual em novo cenário após um desastre



Adaptação de Naváez e col., 2009

Nesse sentido, quando se analisa os processos de desenvolvimento e a sua sustentabilidade, deve-se considerar também os fatores de risco que podem ser decorrentes dele. Assim, torna-se imprescindível a definição de políticas públicas adequadas

para minimizar os riscos atuais (existentes) e prever os riscos futuros. Diante deste contexto, surgiram 2 (dois) novos conceitos para a gestão do risco: a gestão do risco corretiva e gestão do risco prospectiva. (Veja a Figura 4).

Figura 4. Gestão do risco corretiva e gestão do risco prospectiva

Gestão do risco corretiva	Gestão do risco prospectiva
<ul style="list-style-type: none">• <i>Conjunto de ações</i> para reduzir o risco existente resultantes do uso inadequado e ocupação do território e/ou alterações ambientais ou sociais que surgiram após o desenvolvimento de uma comunidade.• Reordenamento territorial• Recuperação ambiental• Reestruturação de edifícios• Readequação de processos produtivos• Construção de obras de proteção (diques, barreiras, etc)• Outros	<ul style="list-style-type: none">• São práticas com enfoque na garantia que o risco e seus fatores não se consolidem no território, mediante a intervenção sobre os novos fatores de risco• Ordenamento territorial - normas para uso e ocupação• Regulamentação de investimentos públicos e privados• Análise dos riscos• Outros

Fonte: Adaptado de Narváez e col., 2009.

A gestão do risco de desastre, tanto corretiva quanto prospectiva, considera a execução de ações específicas para a intervenção sobre os fatores de risco. Estes fatores são dinâmicos e estão em permanentes mudanças. Tal dinâmica dos riscos de desastres exige que a geração de conhecimentos torne-se um processo fundamental para a gestão corretiva e prospectiva, envolvendo desde a disponibilização e difusão de dados, até a produção de informações e conhecimentos.

Estes conhecimentos devem propiciar que os vários processos relacionados à redução, manejo e recuperação sejam realizados de modo a conter os riscos já existentes, bem como prevenir que novos riscos de desastres se materializem (Ver Figura 5).

Diante deste contexto, na gestão corretiva de riscos objetiva-se reduzir os riscos atuais através dos seus processos, bem como dos relacionados ao manejo e recuperação, evitando-se que um desastre gere novos cenários de riscos. A gestão prospectiva de riscos, por sua vez, objetiva antecipar-se aos processos que podem gerar novos desastres e, com estes, novos riscos. A antecipação e a prevenção

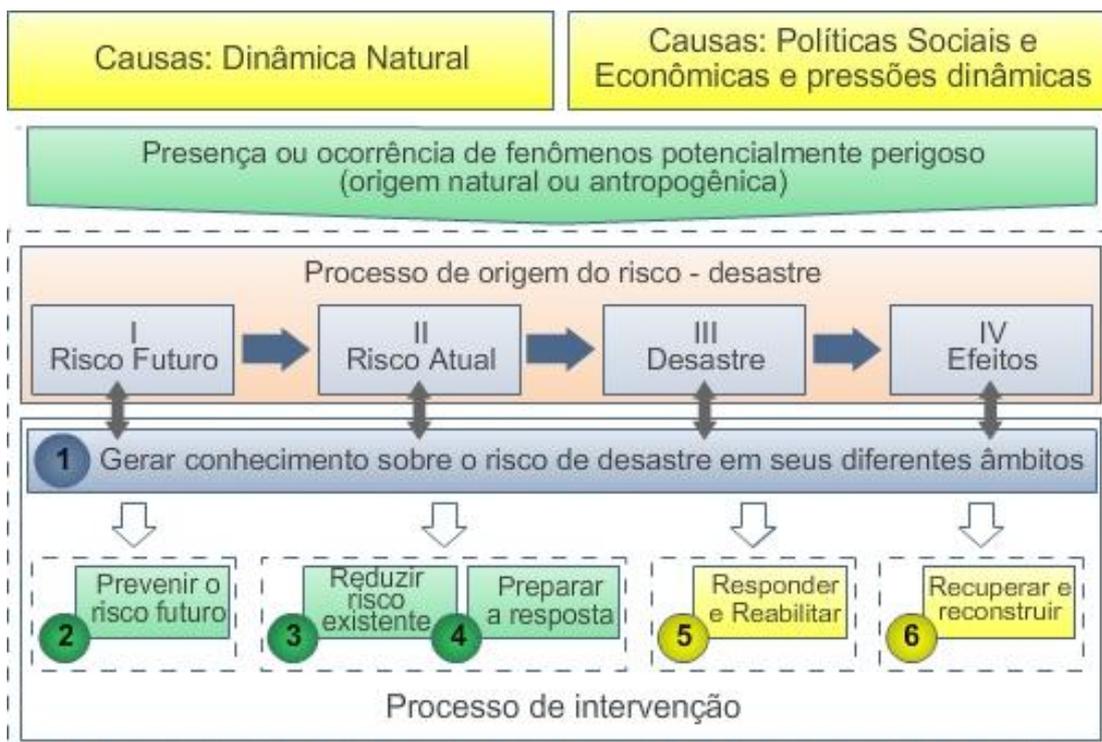
Minhas observações

atuam assim nos processos que estão na raiz das causas: a dinâmica da natureza (impacto das ações do homem sobre as mudanças climáticas, por exemplo) e os processos políticos, sociais e econômicos (crescimento dos assentamentos precários em áreas de desenvolvimento econômico desacompanhados de planejamento do uso e ocupação do solo e infra-estrutura urbana, por exemplo).

Pensar em risco futuro, risco atual e no desastre em si, bem como na recuperação dos seus efeitos, propicia o conhecimento sobre os riscos potenciais, bem como a definição da forma mais adequada de intervenção, seja atuando de forma preventiva, agindo e se preparando para uma ocorrência, seja na resposta a um evento.

Minhas observações

Figura 5. A transformação do risco e esquema de intervenção



Fonte: Adaptado de Narváez e col., 2009.

Tema 1.5 - O Sistema Único de Saúde (SUS) e a atuação em desastres

Minhas observações

O SUS é, por definição constitucional, um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e nas diretrizes organizacionais de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade (Brasil, 2003).

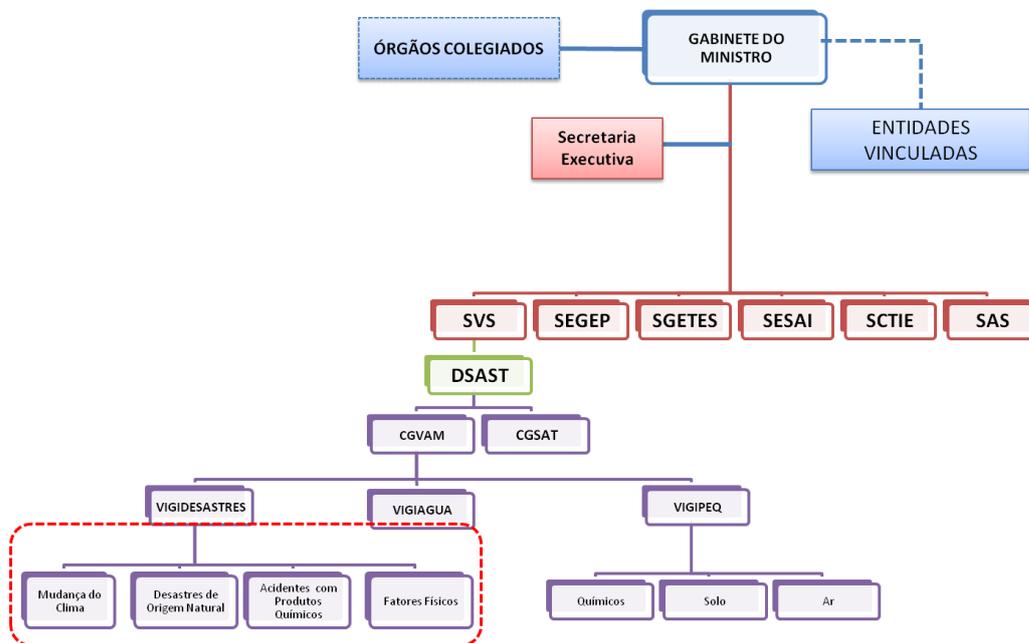
As estratégias e ações definidas no planejamento prévio para conhecimento e gestão do risco no âmbito do SUS devem ser baseadas nos seus princípios básicos, especialmente na integralidade e equidade, compreendendo a atenção integral no cuidado. Deve-se ressaltar ainda que a atuação do Setor Saúde em desastres engloba ações de promoção, vigilância e atenção à saúde da população e dos profissionais envolvidos no processo.

Assim, na ocorrência de um desastre, o setor saúde deve assumir suas responsabilidades e atribuições, respeitando as especificidades de cada componente do processo.

Diante deste contexto, um dos desafios para o Setor Saúde é a sua atuação na gestão do risco de desastres, devendo envolver as (3) três esferas da gestão do SUS em todo seu ciclo. Essa atuação deve envolver, portanto, todas as áreas do Setor Saúde, em especial, as ações de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde.

Na figura 6 ilustramos o organograma do Ministério da Saúde (MS).

Figura 6. Organograma parcial do MS



Minhas observações

Vigilância em Saúde para situações de desastres

A Vigilância em Saúde compreende o desenvolvimento de ações articuladas envolvendo Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Saúde do Trabalhador, Vigilância Sanitária e Saúde Indígena, incluindo seus aspectos de gestão. É entendida como um campo que integra diversas áreas de conhecimento e práticas e tem como objetivo a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população. Nesse sentido, a Vigilância em Saúde aborda temas como política e planejamento; territorialização; epidemiologia; processo saúde-doença; condições de vida e situação de saúde das populações; ambiente e saúde e processo de trabalho.

Para contextualizar como as ações de Vigilância em Saúde são organizadas para situações de desastres, apresentaremos, 2 (duas) estruturas importantes no setor saúde.

A primeira dentro da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM), cujo foco de atuação são os desastres.

Este inicia seu processo de estruturação a partir da Instrução Normativa SVS/MS n.º 1, de 7 de março de 2005, com o estabelecimento do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SinvsA), compreendendo a estruturação da Vigilância em Saúde relacionada aos desastres no SUS, o Vigidesastres.

O Vigidesastres define diretrizes para a atuação do setor saúde em desastres de origem natural, acidentes com produtos químicos perigosos e fatores físicos (radiações ionizantes e não ionizantes).

Considerando as especificidades dos objetos de atuação deste Modelo, optou-se pela definição de 3 (três) modelos de atuação específicos, sendo eles:

- a) Modelo de atuação para a Vigilância em Saúde Ambiental associada aos Fatores Físicos – Vigifis;
- b) Modelo de atuação para a Vigilância em Saúde Ambiental associada aos Acidentes com Produtos Químicos Perigosos – Vigiapp;
- c) Modelo de atuação para a Vigilância em Saúde Ambiental associada aos Desastres de Origem Natural – Vigidesastres.

Além dos (3) três modelos de atuação que compõem o Vigidesastres, a agenda de Mudanças Climáticas também é de responsabilidade dessa área de atuação.

Estes modelos propõem uma concepção de Vigilância em Saúde baseada na gestão do risco de desastres com ações de planejamento, gerenciamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação, voltadas para a redução do risco, gerenciamento do desastre e recuperação dos seus efeitos, com o objetivo de proteger a saúde da população.

Suas estratégias estão em conformidade com as políticas e programas no âmbito da vigilância em saúde ambiental e com as

Minhas observações

ações articuladas pelos órgãos que integram o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC.

E sua gestão compete à CGVAM, no Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS no âmbito Federal, e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos equivalentes nos estados e municípios.

A segunda estrutura da SVS se encontra na Coordenação-Geral de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde Pública (CGVR), que atua diretamente na detecção e manejo das emergências de saúde pública, conforme preconiza o Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Através da Portaria SVS nº 30, de 7 de julho de 2005, foi criado na CGVR o Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS/Nacional), como estrutura técnico-operacional cuja missão é ampliar a capacidade de detecção e apoio a resposta a toda emergência de saúde pública de importância nacional e internacional, visando evitar a propagação internacional de doenças.

Saiba mais: O RSI (2005) é um instrumento jurídico internacional elaborado para ajudar a proteger os países contra a propagação internacional de doenças, incluindo os riscos para saúde pública e as emergências de saúde pública. Entrou em vigor no dia 15 de julho de 2007 com o propósito de prevenir, proteger, controlar e dar resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras promocionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias ao tráfego e comércio internacionais. Diante deste contexto, cada país deve ter e desenvolver a capacidade de notificar e analisar rapidamente eventos e doenças, para determinar o potencial de disseminação a outros países e/ou regiões.

Minhas observações

Rede de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública - Rede CIEVS

Constituído no Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP), no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, desde março de 2006, encontra-se em funcionamento o Centro Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde – CIEVS, que tem por finalidade fomentar a captação de notificações, mineração, manejo e análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática da vigilância em saúde, bem como congregar mecanismos de comunicação avançados.

Esse Centro amplia a capacidade de detecção e resposta a toda emergência de saúde pública de importância nacional e internacional, e pode ser uma ferramenta fundamental para o enfrentamento de pandemias, fortalecendo a capacidade de resposta já existente. Compõe a rede mundial de alerta e resposta (Global Outbreak Alert and Response Network – Goarn), constituída por centros que têm a finalidade de detectar e apoiar a intervenção oportuna sobre emergências de saúde pública, visando evitar a propagação internacional de doenças. Além do Centro de Operações Estratégicas em Saúde (Strategic Health Operation Center – Shoc), existente na sede da OMS em Genebra – Suíça, há unidades em funcionamento em alguns países, como Estados Unidos, Canadá, México, Chile e Suécia, esse pertencente à União Européia. O Brasil foi o terceiro país nas Américas a estruturar o seu centro de alerta e resposta.

São finalidades da Rede CIEVS:

- Padronizar o processo de trabalho: fluxo de informações, objetos de interesse e cooperação técnica em situações de emergências;

- Institucionalizar os mecanismos de busca e/ou recebimento, registro, monitoramento, análise e divulgação das informações;
- Dotar os Estados e Municípios (capitais) de infraestrutura específica para atuação em situações de emergências;
- Definir as situações de emergências e estabelecer atenção diferenciada;
- Redundância: duas vias para cada processo de trabalho;
- Funcionamento em tempo integral: possuir fluxos e equipes presenciais ou de sobreaviso (24 horas por dia);
- Monitoramento de fontes não oficiais: Promed, RSS, Clipping, mídia em geral;
- Divulgação de informações estratégicas: Lista de Verificação de Emergências - LVE - Informação oficial;
- Integração interna e externa: todas as áreas da instituição e órgãos nos diversos níveis de gestão;
- Comitês de Avaliação dos Eventos: reuniões periódicas para avaliação das emergências em curso (integração com outras áreas, compartilhamento de informações e agilidade nas respostas);
- Protocolos de Operação e Resposta: desencadeamento, com clareza das tarefas de cada setor (padronização no processo de trabalho);

A Rede CIEVS está contemplada na 3ª Diretriz do Pacto pela Saúde “Mais Saúde”, que visa à implantação da Rede em todos os estados e capitais brasileiras com o objetivo de fortalecer a capacidade de resposta às Emergências de Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN.

Minhas observações

Seus principais canais de comunicação são o correio eletrônico notifica@saude.gov.br e o Disque Notifica: 0800-6446645.

Saiba mais: Entende-se por Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) um *“evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma unidade federada (estado ou Distrito Federal) ou outros eventos de saúde pública (independentemente da natureza ou origem) que possa necessitar de resposta nacional coordenada”*.

Atenção à saúde para situações de desastres

“Atenção à Saúde” são todas as ações que envolvem o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças.

No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção: atenção primária e atenção especializada (média complexidade e alta complexidade). Essa estruturação visa uma melhor programação e planejamento das ações e serviços. No entanto, é importante ressaltar que, entre os níveis de atenção, não há uma relação de hierarquia, visto que a atenção à saúde deve ser integral.

Na rede de atenção à saúde estão todas as estruturas de atendimento médico: os realizados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), pré-hospitalar e hospitalar. Conta ainda com uma rede de urgência e emergência.

Na atuação em desastres as ações desenvolvidas pelas equipes de atenção à saúde são imprescindíveis, sejam elas de redução do risco (como a orientação à população), de socorro (realizadas pelas equipes do SAMU no manejo do desastre), bem como o atendimento hospitalar, em toda a sua estrutura.

Em 2011, através do Decreto presidencial Nº 7.616, uma nova estrutura foi criada na atenção à saúde com foco nas emergências e desastres, a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS),

Minhas observações

ancorada na Rede de Atenção às Urgências, na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e no MS.

É importante ressaltar que as ações de atenção à saúde devem fazer parte do planejamento do SUS no processo de prevenção, preparação, resposta e reconstrução em situações de desastres, sendo uma das áreas mais importantes no restabelecimento da normalidade das comunidades atingidas por desastres. Da atenção básica, passando pela ESF, até a FN-SUS, todas estas ações de atenção são importantes.

Força Nacional do SUS (FN-SUS)

A FN-SUS foi criada pelo Decreto Presidencial N° 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe ainda sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN. Foi regulamentada, no âmbito do SUS, pela Portaria Ministerial N° 2.952, de 14 de dezembro de 2011.

Campo de atuação

A atuação da FN-SUS é prevista para emergências de saúde pública associadas às epidemias, aos desastres e desassistência, conforme critérios apresentados na figura 7.

Figura 7. Campo de atuação da FN-SUS

Minhas observações

Epidemias	Desastres	Desassistência
<ul style="list-style-type: none"> • Apresente risco de disseminação nacional • Seja produzidos por agentes infecciosos inesperados • Represente a reintrodução de doença erradicada • Apresente gravidade elevada • Extrapole a capacidade de resposta da direção estadual do SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Evento que configure Situação de Emergência ou Estado de Calamidade Pública reconhecido pelo Poder Executivo Federal e que implique atuação direta na área de Saúde Pública; • Evento que supere a capacidade de resposta do nível local; 	<ul style="list-style-type: none"> • Evento que, devidamente reconhecido mediante a decretação de situação de emergência ou calamidade pública pelo ente federado afetado, coloque em risco à saúde dos cidadãos por incapacidade de resposta das direções estadual, distrital e municipal do SUS

Minhas observações

Coordenação e organização da FN-SUS

A atuação da FN-SUS perpassa por diversas áreas do MS, principalmente as que desenvolvem ações de vigilância e atenção à saúde. Sua coordenação geral está organizada entre a Secretaria Executiva, a Secretaria de Vigilância em Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde.

As equipes que compõem a FN-SUS estão organizadas entre gestores e técnicos dessas secretarias, equipes de resposta local, composta por profissionais cadastrados e treinados pelo Ministério, instituições de apoio vinculadas ao MS e outros órgãos e instituições com expertise no tipo de emergência atendida.

Os protocolos de organização, acionamento e atuação da FN-SUS estão ainda em processo de elaboração. No entanto, em princípio, definiu-se a seguinte cadeia de acionamento (figura 8).

Figura 8. Cadeia de acionamento da FN-SUS



Assim, de acordo com as necessidades identificadas e o nível de resposta estabelecido é definido o suporte da FN-SUS aos Estados e Municípios.

Minhas observações

Saiba mais: O Art. 2º do Decreto 7616/2011 estabelece que a declaração de Emergência de Saúde Pública (ESPIN) ocorrerá em situações que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública decorrentes de eventos de natureza epidemiológica, de desastres ou desassistência à população. Para a ESPIN em ocorrência de desastres adota-se como critério que este evento configure Situação de Emergência ou Estado de Calamidade Pública reconhecido pelo Poder Executivo Federal e que implique atuação direta na área de Saúde Pública ou evento que supere a capacidade de resposta do nível local havendo, portanto, a necessidade de apoio adicional.

As atribuições do MS em ESPIN devido à ocorrência de desastres

São atribuições do representante do MS designado para coordenar as medidas a serem executadas durante a ESPIN:

I - planejar, organizar, coordenar e controlar as medidas a serem empregadas durante a ESPIN, nos termos das diretrizes fixadas pelo Ministro de Estado da Saúde;

II - articular-se com os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS;

III - encaminhar ao Ministro de Estado da Saúde, regularmente ou a pedido, relatórios técnicos sobre a ESPIN e as ações administrativas em curso;

IV - divulgar à população informações relativas à ESPIN;

V - propor, de forma justificada, ao Ministro de Estado da Saúde:

- a) o acionamento da FN-SUS;
- b) a contratação temporária de profissionais, nos termos do disposto no inciso II do caput do art. 2º da Lei no 8.745, de 9 de dezembro de 1993;
- c) a aquisição de bens e a contratação de serviços necessários para a atuação na ESPIN;
- d) a requisição de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, nos termos do inciso XIII do caput do art. 15 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990; e
- e) o encerramento da ESPIN.

Minhas observações

Desafios para o Setor Saúde na gestão do risco de desastres

É importante ressaltar que as estruturas e ações descritas anteriormente baseiam-se nos princípios e diretrizes norteadoras do SUS, estabelecidos pela Constituição Federal e regulamentados pela Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, e se organizam de forma a contemplar os princípios da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

Considerando a complexidade da atuação, inclusive pela quantidade de setores envolvidos nas ações, a gestão dos riscos de desastres no âmbito do SUS tem caráter permanente e contínuo e apresenta-se como um desafio governamental.

Dentre os desafios da atuação do Setor Saúde em desastres, destacamos:

- a) O aperfeiçoamento de estratégias de articulação intra-setorial para o desenvolvimento de ações conjuntas no âmbito do SUS, envolvendo as ações da Vigilância em Saúde (Vigilância Ambiental, Sanitária, Epidemiológica, Saúde do Trabalhador e laboratórios de saúde pública) e

de atenção à saúde (ESF, agentes comunitários, atenção básica e especializada, urgências e emergências) para a promoção de atenção integral à saúde da população;

- b) A normatização, harmonização e definição do modelo de atuação, elaboração de protocolos de atuação, desenvolvimento do sistema de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde nos desastres e sua implementação nas 3 (três) esferas do SUS;
- c) A integração das 3 (três) etapas de gestão do risco e seus processos, combinando a Gestão Corretiva com a Gestão Prospectiva do risco, da prevenção de riscos futuros à recuperação da saúde e da qualidade de vida das populações expostas;
- d) Identificação de ameaças e vulnerabilidades através do mapeamento dos riscos para caracterizar as populações sob risco de exposição ou expostas;
- e) A harmonização dos procedimentos para notificação de acidentes e desastres visando o registro dessas ocorrências para subsidiar a atenção integral à saúde;
- f) O fortalecimento da notificação das emergências e desastres pelas Secretarias de Saúde (notifique@saude.gov.br);
- g) O fortalecimento e aprimoramento da atuação do SUS em emergências de saúde pública associadas aos desastres.

Minhas observações

Articulação interinstitucional e intersetorial na atuação em desastres

Considerando a gestão do risco de desastres como um processo que abrange ações preventivas, ações de resposta ao

desastre e de recuperação, com o objetivo de neutralizar seus efeitos e/ou minimizar ao máximo os danos provocados, a intersectorialidade é um componente fundamental. Para tanto, é necessário um olhar abrangente, no âmbito do Setor Saúde, especialmente através da integração das ações de promoção, vigilância e assistência. Assim, podemos concluir que relações intersectoriais e a integração dos diversos órgãos e instituições de nível nacional, estadual e municipal e da sociedade civil são fundamentais para a adequada implementação da atuação do Setor Saúde em desastres.

No âmbito do SUS essa é uma questão constante, uma vez que, tanto nas ações de redução do risco, manejo do desastre e recuperação dos seus efeitos são diversos os setores de saúde envolvidos visando desde a redução dos riscos atuais e prevenção dos riscos futuros, até a minimização máxima dos impactos, além de buscar o breve retorno à normalidade após um evento adverso. Quando ocorre um desastre, são desenvolvidas, por exemplo, ações de Vigilância em Saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental), de orientação, educação e atenção à saúde, dentre outras. Diante deste contexto, esse processo exige permanente articulação entre as áreas e um processo constante de comunicação.

Como exemplo da intersectorialidade cita-se o Comitê Operativo de Emergência em Saúde (COE-Saúde), composto por todas as áreas do setor saúde envolvidas no processo de preparação, alerta, resposta e reabilitação. Ele representa a organização do SUS para atuar em desastres no âmbito local. As atribuições do COE-Saúde na atuação em desastres serão detalhadas posteriormente.

Minhas observações

Tema 1.6 – O Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC)

No Brasil, a atuação em situações de desastres é coordenada pela Defesa Civil, que está organizada na forma de sistema, denominado Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC), conforme regulamenta a Lei Nº 12.608, de 10 de abril de 2012.

Esta lei, que dispõe sobre o SINPDEC, é bastante recente e significa uma atualização de todo o marco legal existente no país. Tem como base as diretrizes e objetivos relacionados à Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC) e abrange as ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação voltadas à proteção e defesa civil de modo intersetorial, as quais devem ser integradas às políticas de ordenamento territorial, desenvolvimento urbano, saúde, meio ambiente, mudanças climáticas, gestão de recursos hídricos, geologia, infraestrutura, educação, ciência e tecnologia e às demais políticas setoriais, tendo em vista a promoção do desenvolvimento sustentável.

O SINPDEC é composto pelos órgãos e entidades da administração pública federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pelas entidades públicas e privadas, bem como organizações comunitárias de caráter voluntário ou outras entidades com atuação significativa nas ações locais na área de proteção e defesa civil. Assim, o objetivo do SINPDEC passa a ser contribuir no processo de planejamento, articulação, coordenação e execução dos programas, projetos e ações de proteção e defesa civil.

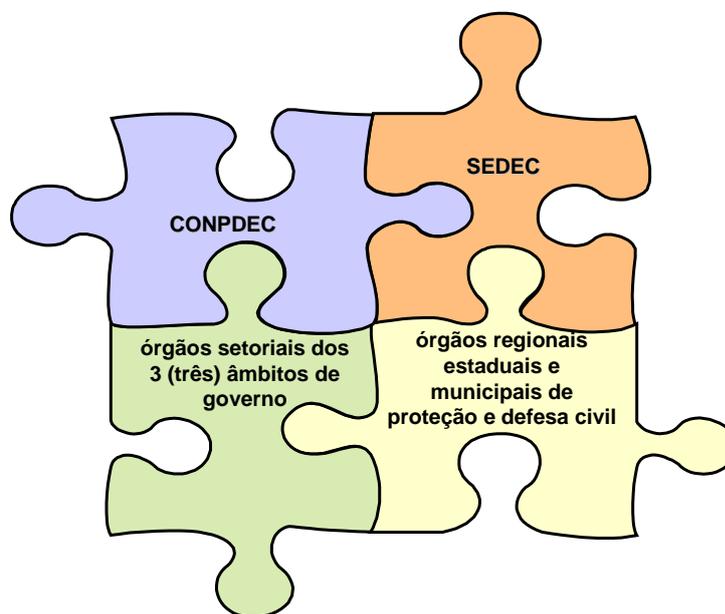
A gestão do SINPDEC envolve o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil (CONPDEC), que é um órgão colegiado integrante do Ministério da Integração Nacional; além do órgão central, definido pelo Poder Executivo federal para coordenar o sistema (Secretaria Nacional de Defesa Civil – SEDEC - tem sido este órgão); os órgãos regionais estaduais e municipais de proteção e defesa civil; e órgãos setoriais dos 3 (três) âmbitos de governo.

Minhas observações

Para dar suporte às ações do SINPDEC em todo o território nacional, a SEDEC mantém um Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres (CENAD), com a finalidade monitorar desastres, riscos e ameaças de maior prevalência e agilizar as ações de resposta.

A figura 9 ilustra a estrutura do SINPDEC.

Figura 9. Órgãos Constituintes do Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC)



Fonte: Adaptado da Lei 12.608/2012.

Tema 1.7 - Sistemas de Informação e sua utilização para análises da situação de saúde

A utilização de sistemas de informação e o uso de geotecnologias possibilitam correlacionar dados de diversas origens, permitindo ao usuário analisar e estabelecer inter-relações de diversas variáveis, tanto no contexto espacial quanto temporal. O cruzamento destas variáveis e a elaboração de mapas temáticos a partir delas podem subsidiar ações de prevenção, preparação e

Minhas observações

resposta, bem como auxiliar no processo de reabilitação e reconstrução.

A utilização dessas ferramentas aplicadas ao setor saúde é relativamente recente, principalmente no Brasil, sendo suas primeiras aplicações datadas da década de 50. Na atuação do setor saúde em desastres a utilização dessas geotecnologias pode facilitar a identificação de áreas geográficas e grupos populacionais que apresentem maior vulnerabilidade, permitindo o planejamento de intervenções e o monitoramento voltado para a real necessidade de tais grupos, em todo o processo de gestão de risco de desastres.

Nesse contexto, convém ressaltar que gerar conhecimento sobre os riscos de desastres no Brasil é possível, uma vez que hoje há uma vasta quantidade de dados climáticos, hidrológicos e meteorológicos, disponibilizados por instituições como o Centro de Previsão de Tempo e Estudos Climáticos – Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (CPTEC/INPE) e Instituto Nacional de Meteorologia (INMET) para todas as regiões do Brasil; registros de municípios atingidos por desastres disponibilizados pela Defesa Civil; dados socioeconômicos disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); dados de saúde disponibilizados pelo Ministério da Saúde, dentre outros.

Como parte deste processo, a Presidência da República criou, através do Decreto Nº 7.513, de 1º de julho de 2011, o Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (CEMADEN), vinculado ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI). O CEMADEN foi criado com o objetivo de desenvolver um sistema de previsão de ocorrência de desastres naturais em áreas suscetíveis de todo o Brasil e, ao mesmo tempo, identificar vulnerabilidades no uso e ocupação do solo, com destaque para o planejamento urbano e a instalação de infraestruturas.

A utilização oportuna das informações contidas nas fontes de dados propicia, desde que trabalhadas de forma integrada, a obtenção de um diagnóstico básico da situação de municípios e locais com maior probabilidade de risco ou que necessitam de uma

Minhas observações

intervenção imediata das autoridades, como exemplifica a própria criação do CEMADEN, além de outras iniciativas no país.

Os seguintes tipos de dados podem ser usados para o diagnóstico do território:

- **Demográficos:** são referentes à população. Exemplos: número de habitantes de uma área e distribuição de subgrupos populacionais (por idade ou sexo). Em geral, eles são utilizados como denominadores no cálculo de taxas (coeficientes). O censo demográfico (IBGE) e o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) são as fontes mais utilizadas na área de saúde. O censo também é uma fonte de dados importante para avaliar as condições de renda e escolaridade da população.
- **Ambientais e de condições de vida:** referem-se às características gerais do território, dos domicílios e setores censitários. O censo demográfico levanta dados de interesse para análises ambientais, como por exemplo, as condições de saneamento e habitação, que caracterizam o contexto de vida da população ou de indivíduos. O setor saúde também é responsável pelo levantamento de dados ambientais que interessam diretamente à saúde, como os níveis de infestação por mosquitos (através do Sistema de Informação sobre Febre Amarela e Dengue - SISFAD) e da qualidade da água de consumo (através do SISÁGUA). O Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA) também possui dados que podem ser usados para análises de saúde.
- **Morbidade:** refere-se às doenças e aos agravos à saúde. A notificação de agravos à saúde é a principal fonte de informação, mas restringe-se a algumas doenças transmissíveis (Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN). Para o planejamento de ações preventivas e oferta de serviços, podemos utilizar os dados

Minhas observações

do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Ambulatoriais (SIA) do SUS. Além desses, existem algumas informações em sistemas específicos, como do Instituto Nacional do Câncer (INCA), de acompanhamento de Programas (Programa Nacional de Imunizações - PNI, por exemplo).

- **Mortalidade:** refere-se aos óbitos. A declaração de óbito é a principal fonte de informação sobre as causas de morte da população, registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Através do acompanhamento da distribuição dos óbitos infantis, por exemplo, podemos inferir sobre as condições de vida da população.
- **Serviços de saúde:** são dados que descrevem os recursos de saúde e a produção de serviços: recursos físicos, humanos, financeiros, produção na rede de serviços básicos de saúde e em outras instituições de saúde. Podem ser obtidos através do SIH, da Pesquisa de Assistência Médica-Sanitária (AMS, feita pelo IBGE) ou o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, mantido pelo Ministério da Saúde). O Departamento de Informática do SUS (Datasus) tem uma página na Internet para divulgação de dados e indicadores de saúde (www.datasus.gov.br/).

As informações geradas por um Sistema de Informações em Saúde (SIS) representam uma ferramenta essencial nos processos de organização, avaliação, planejamento e tomada de decisões, fornecendo elementos de ajuste e de avaliação para a execução dos planos e ações do Setor Saúde fundamentados nas premissas do SUS.

Cada um desses sistemas gera grandes bases de dados nacionais que têm diferentes histórias, prestam-se a finalidades diversas e, portanto, possuem especificidades no que diz respeito à

Minhas observações

confiabilidade, representatividade e oportunidade. Assim, esse conjunto de características deve ser considerado na seleção e avaliação dos indicadores de saúde a serem utilizados.

Minhas observações

Principais Sistemas de Informação utilizados em Saúde

Dentre os diversos SIS, podemos destacar os 7 (sete) maiores:

- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM);
- Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC);
- Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN);
- Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS);
- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS);
- Sistema de Informação da Assistência Básica (SIAB);
- Sistema de Informações Ambientais Integrado à Saúde Ambiental (SISAM)

Todos vêm sendo utilizados em análises de dados espaciais para a Vigilância em Saúde, conforme destacado no Anexo 1, ao final deste documento.

Vejamos, agora, com mais detalhes, cada um desses sistemas.

- a) Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM):** Foi o primeiro SIS do Brasil, formulado em 1975 e implementado em 1979. O SIM utiliza registros de um instrumento legal - a Declaração de Óbito (DO) - para gerar informações sobre as causas dos óbitos e características demográficas e sociais dos óbitos e do local de óbito (hospital, residência ou via pública). O sistema tem cobertura nacional e boa confiabilidade de dados. O registro do óbito em cartórios de Registro Civil é obrigatório, no país, inclusive para óbitos fetais, e nenhum sepultamento pode ser realizado sem a declaração (certidão) correspondente. Apesar disso, estima-

se que exista subregistro de até 20%, principalmente nas regiões Norte e Nordeste.

b) Sistema de Informação sobre Nascido Vivo (SINASC):

Implantado a partir de 1994, o SINASC é baseado na Declaração de Nascido Vivo (DN). A DN deve ser preenchida para todo nascido vivo no país. No caso de gravidez múltipla, deve ser preenchida uma DN para cada bebê nascido vivo. O registro do nascimento em Cartório de Registro Civil também é obrigatório em todo território nacional. O sistema registra dados sobre as condições da criança ao nascimento, sobre a gestação e o parto, e características da mãe. Essas informações são importantes para o planejamento de ações mais adequadas às necessidades da assistência ao pré-natal, parto e ao recém-nascido. Em alguns locais do Brasil, principalmente onde há uma carência de serviços de saúde, são observadas elevadas taxas de subregistro de nascimento.

c) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN):

O SINAN registra dados referentes a doenças e agravos de notificação compulsória, com abrangência nacional desde 1995. Apesar dos problemas enfrentados na sua implementação nas Unidades da Federação, esse sistema revela um grande potencial, principalmente na análise epidemiológica de agravos. Assim como outros sistemas, o SINAN possui caráter universal e responde a uma imposição legal sobre a obrigatoriedade de notificação de algumas doenças e agravos. Esse sistema é alimentado pela ficha de notificação de agravos e pela investigação desses agravos. Para as doenças cuja notificação é obrigatória em todo o território nacional, existe uma padronização que permite a consolidação das informações nacionais. Cada nível gestor tem autonomia para acrescentar doenças relevantes na sua área de abrangência, de acordo com as particularidades de cada

Minhas observações

local. Existe também uma variação muito grande de cobertura e de qualidade das informações. Por isso, de acordo com a doença de interesse, pode ser mais conveniente acessar as informações desse Sistema junto às Secretarias de Saúde Municipais e Estaduais. A subnotificação dos agravos, principalmente daqueles assistidos na rede privada (não vinculada ao SUS), é um dos problemas verificados no sistema, gerando informações limitadas para o planejamento e a execução das ações de saúde.

d) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS):

O SIH-SUS processa as Autorizações de Internação Hospitalar – AIH (seu documento principal de coleta de dados) desde 1981, com maior descentralização a partir de 1994. Ele dispõe de informações sobre recursos destinados a cada hospital que integra a rede do SUS e conveniada. Esse sistema, que tem o controle do faturamento como objetivo principal, passou a ser uma importante fonte de dados com informações sobre morbidade (para enfermidades que requerem internação) disponível no país. O sistema tem ampla cobertura nacional, uma vez que abrange quase a totalidade da rede hospitalar. No sistema de informação são registradas informações sobre o paciente, os procedimentos solicitados e autorizados, data da internação, data da saída, diagnóstico principal e secundário (causas de internação classificadas pelo CID – Classificação Internacional de Doenças) e dados sobre o hospital. É importante considerar que pode haver mais de uma internação de um mesmo paciente ao longo de um ano, por exemplo, e que estas podem ser por causas diferentes.

e) Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

(SIA/SUS): O sistema foi implantado em todo território nacional em 1991, tendo como principal finalidade o pagamento dos serviços executados pela rede ambulatorial

Minhas observações

pública e contratada vinculada ao SUS. Além da finalidade financeira, o SIA/SUS permite avaliar a produção de serviços de saúde, o acompanhamento das programações físicas e orçamentárias e das ações de saúde produzidas, gerando instrumentos analíticos de controle e avaliação do SUS. No sistema são registrados dados de identificação da unidade de saúde e os procedimentos adotados (consultas, exames e especialidade, seja médica ou não-médica). As informações produzidas se referem unicamente às unidades de saúde vinculadas ao SUS. É importante destacar que os dados individuais de atendimento não são registrados e armazenados, impossibilitando a avaliação da assistência prestada a cada paciente, ao contrário do SIH/SUS. É especialmente útil para análise de indicadores operacionais da atenção à saúde.

- f) **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB):** Além dos 5 (cinco) principais sistemas de informação, destacamos o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que não possui abrangência nacional, mas é utilizado nos municípios onde existe o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou o Programa de Saúde da Família (PSF). Foi implantado em 1998 e é alimentado, mensalmente, com dados sobre as famílias da área de abrangência das equipes de saúde, que incluem condições de moradia e saneamento, situação de saúde, e também contém dados sobre a produção e composição das equipes. Como instrumento dos sistemas locais de saúde ele deve ser aprimorado, pois suas informações geram relatórios consolidados por micro área sob responsabilidade do agente de saúde, não possibilitando o resgate das informações desagregadas por família. É importante considerar a cobertura em cada município, pois esta é extremamente variável devido à implantação de novas equipes no decorrer do tempo. Além disso, ao utilizarmos as informações sobre

Minhas observações

mortalidade e morbidade devemos considerar a possibilidade de haver superestimação pela duplicidade de registros. Apesar disso, nas localidades onde o subregistro de óbitos infantis é muito alto, vem sendo considerado como fonte alternativa para a estimativa da mortalidade infantil. O SIAB registra ainda a incidência de alguns agravos, como hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase.

- g) Sistema de Informações Ambientais Integrado à Saúde Ambiental (SISAM):** O sistema tem o objetivo de integrar dados ambientais, sobretudo climáticos, produzidos pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE) em tempo real, para monitoramento de informações relevantes para a Vigilância em Saúde Ambiental (VSA). A finalidade dessa ferramenta é integrar as bases de informação de dados espaciais, incluindo interface web de fácil manipulação visando aumentar a visibilidade e controle social das informações, de acordo com a “Política Nacional de Informação e Informática em Saúde”. Disponível em: <http://sisam.cptec.inpe.br/msaude/>

Além dos 7 (sete) SIS citados acima, podemos destacar também:

Centro de Informações Estratégicas de Vigilância e Resposta em Saúde – CIEVS – notifica@saude.gov.br: Como visto anteriormente, o CIEVS funciona como uma “sala de situação”, instalada no âmbito do MS, equipada com recursos tecnológicos para receber informações sobre a ocorrência de eventos que coloquem em risco a saúde da população em qualquer local do país. Além da atuação em situações de crise, o CIEVS funciona diariamente no monitoramento de ocorrências que possam se tornar uma emergência de saúde pública. Os casos de relevância nacional serão investigados e monitorados através do acionamento de técnicos, especialistas, redes de profissionais, secretarias de saúde, laboratórios e institutos de pesquisa. O CIEVS visa, assim, ser um

Minhas observações

mecanismo facilitador para a integração das equipes de campo com os gestores e técnicos dos 3 (três) níveis de gestão dos SUS.

Minhas observações

Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – PISAST: As ferramentas desenvolvidas no âmbito do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador que apresentam informações relevantes para mudanças climáticas e saúde, são disponibilizadas e integradas pelo Painel de informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – PISAST (www.saude.gov.br/svs/pisast). Ele tem como objetivo reunir, integrar e disponibilizar aos usuários dados e informações produzidas no escopo dos trabalhos desenvolvidos pela CGVAM, por órgãos públicos municipais, estaduais e federais, que sejam de interesse para a análise da situação em saúde ambiental e saúde do trabalhador.

Figura 10. Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PISAST)



Outros sistemas de informação

Além das informações dos sistemas do setor saúde, existem diversas bases de dados que possuem informações sobre a população e o ambiente. Dentre elas, destacam-se as disponibilizadas pelo IBGE, principalmente a do Censo Demográfico que possui diversas informações socioambientais e a Contagem Populacional, que servem de referência para os contingentes populacionais. Também a Pesquisa Brasileira por Amostra de Domicílios (PNAD) e a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) são pesquisas que podem ser utilizadas para a análise das condições de vida e situação de saúde da população, mas limitadas em níveis de agregação maiores que os municípios, como as regiões metropolitanas e os estados.

Tema 1.8 – Outros aspectos na atuação do setor saúde em desastres

Além dos aspectos até agora abordados, cabe ressaltar a importância de 4 (quatro) questões essenciais na atuação do setor saúde em desastres: rede de saúde segura, aspectos psicossociais, voluntários e doações.

Rede de Saúde Segura

Nos últimos anos, após os desastres ocasionados pelo furacão Mitch e os terremotos em El Salvador, governos de países da América Latina e Caribe e algumas instituições internacionais como Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS), Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Banco Mundial iniciaram um processo de conscientização a fim de estimular a elaboração de estratégias para a mitigação da vulnerabilidade e o manejo do risco presente nos sistemas de saúde da região. Paralelamente, o campo da educação em desastres progrediu consideravelmente, tanto nas faculdades de Medicina e Enfermagem, como de Arquitetura e Engenharia.

Minhas observações

As lições aprendidas indicam que a maior parte das perdas em infraestrutura de saúde foram causadas pela localização em áreas vulneráveis, por projetos inadequados ou pela falta de manutenção dos estabelecimentos.

Na última década, os principais esforços foram direcionados para o diagnóstico e redução da vulnerabilidade das instalações de saúde existentes, aumentando o investimento na proteção de infraestrutura e operação. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), por sua vez, através da iniciativa “*A Saúde Pública nas Américas*”, define um conjunto de Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) dirigidas às autoridades sanitárias da região em todos os seus níveis (central, intermediário e local), nas quais se estabelecem as bases para avaliar a situação atual, melhorar a prática da saúde pública e fortalecer a liderança da autoridade sanitária. Entre as funções essenciais acordadas em junho de 2000, durante a 126ª Sessão do Comitê Executivo da OPAS, encontra-se a função de “*Redução do Impacto de Emergências e Desastres em Saúde*”, a serem alcançadas através das seguintes ações:

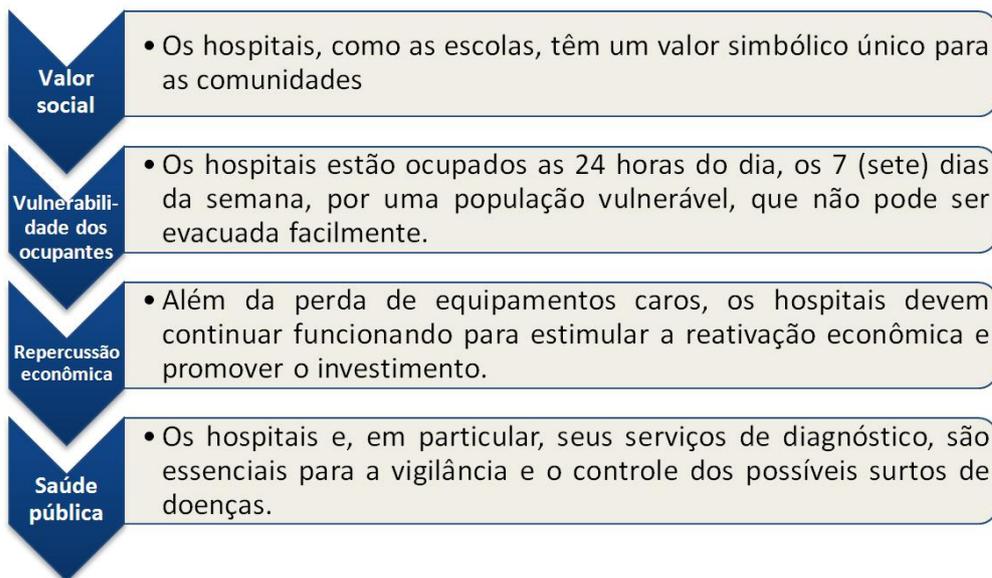
- Desenvolvimento de políticas, planejamento e ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e reabilitação antecipadas para reduzir o impacto dos desastres sobre a saúde pública;
- Enfoque integral em relação às causas e consequências de todas as emergências ou desastres possíveis no país;
- Participação de todo o sistema de saúde e a mais ampla colaboração, intersetorial e interinstitucional na redução do impacto de emergências ou desastres;
- Incentivo à cooperação intersetorial e internacional na solução dos problemas de saúde gerados pelos desastres.

Minhas observações

Os efeitos a longo prazo da perda destes serviços de saúde pública são ocultos e de difícil quantificação em termos econômicos, sendo frequentemente ignorados ou desconhecidos. Diante deste contexto, existem aspectos importantes a serem considerados na construção da rede pública de saúde. (Veja a Figura 11).

Minhas observações

Figura 11. Aspectos a serem considerados na construção da rede pública de saúde



Os devastadores efeitos dos fenômenos naturais não se devem exclusivamente à obra da natureza. Obedecem também às falhas no processo de desenvolvimento que, por sua vez, resultam de uma omissão na consideração das repercussões das ameaças naturais existentes. Ou seja, eles poderiam ser evitados se fossem adotadas as medidas necessárias para assegurar que toda a fase de planejamento, desenho ou manutenção seja executada, visando a garantia do seu funcionamento após acontecimentos de extrema intensidade.

Diante deste contexto, entende-se por “*Estabelecimento de Saúde Seguro*” um estabelecimento de saúde cujos serviços permanecem acessíveis e funcionando, com sua capacidade máxima e na mesma infraestrutura, durante e imediatamente após um evento de grande intensidade.

Estudos comprovam que o custo da incorporação de medidas de redução de riscos em todas as atividades de desenvolvimento como, por exemplo, a consolidação da integridade estrutural de um hospital gera um aumento nos custos da construção que não supera os 4%. Logo, é necessária a definição de políticas com diretrizes e estratégias adequadas para a construção ou reconstrução de unidades de saúde em locais seguros, onde estejam sujeitas ao menor impacto possível diante de um evento climático extremo ou um desastre.

Em janeiro de 2005, 168 países adotaram, durante a Conferência Mundial sobre Redução de Desastres, como uma das ações prioritárias a serem executadas até 2015 *“Hospitais a Salvo de Desastres”*.

A Campanha Mundial de Redução de Desastres cujo tema foi *“Hospital Seguro frente aos Desastres”* visa muito mais que proteger só a infraestrutura e o equipamento, mas também garantir que os serviços de saúde continuem operando, como parte de uma rede, e sejam capazes de proteger a segurança dos pacientes. Isto inclui também a capacidade dos trabalhadores continuarem cumprindo suas obrigações, e a continuidade operacional de outras funções essenciais, tais como saneamento, abastecimento de água, controle de doenças, laboratórios, instalações de lavanderia e cozinhas.

A presença de sistemas eficazes de saúde foi identificada como a espinha dorsal para alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milênio relacionadas à saúde. Os códigos de edificação relacionados a instalações de saúde devem, portanto, não apenas garantir a sobrevivência dos profissionais de saúde e pacientes, como também serem rígidos o suficiente para garantir que as instalações continuem funcionando depois de um desastre.

No âmbito nacional, as normas para a construção de estabelecimentos de saúde estão previstas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50/2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão responsável por normatizar a elaboração de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

Minhas observações

(EAS) construídos, reformados ou ampliados, tanto públicos quanto privados.

Com o objetivo de determinar a probabilidade de um estabelecimento de saúde continuar funcionando mesmo depois de um desastre, em situações de emergência, a OPAS desenvolveu uma ferramenta: o Índice de Segurança Hospitalar. Os componentes desse Índice são:

- Formulários de avaliação;
- Guia de avaliação;
- Modelo matemático.

Esses dados, depois de avaliados, são classificados em 3 (três) categorias:

- **Categoria A** – estabelecimentos de saúde que protegem a vida de seus usuários e provavelmente continuarão funcionando após um desastre;
- **Categoria B** – estabelecimentos cuja estrutura física resiste ao desastre, porém os equipamentos e serviços críticos encontram-se em risco;
- **Categoria C** – estabelecimento de saúde que não garante a vida e segurança dos usuários e tem elevado risco de não funcionar na ocorrência de um desastre.

Aspectos Psicossociais e Saúde Mental

Do ponto de vista da saúde mental, os desastres implicam em uma perturbação psicossocial que ultrapassa a capacidade de manejo ou enfrentamento pela população afetada.

Em geral, os desastres têm consequências econômicas, causam devastação, empobrecimento, destruição ambiental e de infraestrutura, carência de serviços básicos como água potável e

Minhas observações

alimentos, além de alterarem completamente a rotina da população afetada destruindo, em muitos casos, suas casas e levando a óbitos familiares.

Quando se fala de impacto psicossocial, refere-se aos efeitos que os desastres causam no âmbito psicológico individual, familiar e social das vítimas. Esses efeitos se relacionam com muitas variáveis, dentre as quais se encontram as condições de vida do indivíduo e o grau de deterioração do seu ambiente físico e social.

Para uma melhor compreensão das consequências psicológicas dos desastres é importante revisar brevemente a maneira como as pessoas adquirem e desenvolvem a capacidade de enfrentar as situações difíceis da vida e como se preparam para sobreviver com sucesso às experiências dolorosas excepcionais.

No cotidiano é permanente a exposição a situações de conflito (às vezes, recorrentes) que produzem efeitos emocionais na forma de ansiedade, medo, tristeza, frustração ou raiva, acompanhadas de mudanças no funcionamento corporal, como palpitações, tensão dos músculos, sensação de vazio no estômago etc. Estas reações são transitórias e de duração variável e atuam como mecanismos de defesa que, de alguma forma, alertam e preparam para enfrentarmos uma situação traumática.

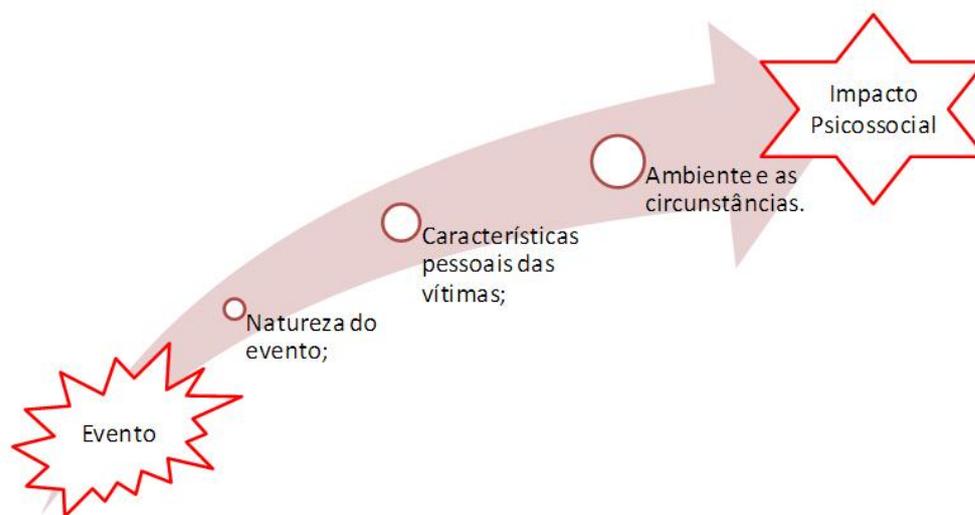
Normalmente, essas respostas ao estresse se relacionam estreitamente com a aprendizagem e se convertem em um mecanismo de sobrevivência e de alívio para a tensão emocional. A vivência repetitiva de pequenos traumas cotidianos e a comprovação de que podem enfrentar, permite-nos desenvolver uma capacidade de tolerância à frustração e a esperança de que é possível superar essas armadilhas, contribuindo para o desenvolvimento do que se conhece como “resiliência”. No entanto, esses mecanismos de defesa, maturação e crescimento pessoal não funcionam completamente quando o indivíduo enfrenta situações que superam suas capacidades de adaptação. Isso pode ocorrer em eventos que representam ameaças extremas que rompem as defesas de maneira brusca, ou em circunstâncias de agressões recorrentes que vão se

Minhas observações

acumulando e paulatinamente vão debilitando as defesas até chegar a um ponto em que o equilíbrio é rompido. Quando isso ocorre, aparecem reações mais ou menos duradouras, com expressões corporais e psicológicas que já não são protetoras, mas que conduzem a alterações emocionais de gravidade variável e, em alguns casos, a verdadeiras doenças mentais.

O impacto psicossocial de qualquer evento traumático depende de fatores que interferem diretamente na capacidade de enfrentamento dos impactos pela população atingida, conforme destacado a seguir.

Figura 12. Fatores que podem determinar o impacto psicossocial de um evento traumático



O impacto psicossocial dos eventos traumáticos

O impacto psicossocial de qualquer evento traumático depende dos seguintes fatores:

- a natureza do evento;
- as características pessoais das vítimas;
- o ambiente e as circunstâncias.

Minhas observações

A natureza do evento. Em geral, produzem maior impacto os eventos inesperados, os ocasionados pelo homem, os que implicam uma situação de estresse prolongado e os de afetação coletiva.

Os eventos inesperados, como os terremotos, não dão tempo a estratégias de prevenção individuais ou coletivas e, usualmente, geram sentimentos de impotência e reações emocionais que inibem as funções defensivas que puderam ser eficazes; assim, são mais frequentes as reações de pânico paralisante ou de fuga, com graves modificações da capacidade de refletir e tomar decisões acertadas.

Quando a situação traumática é prolongada, como no caso de sequestros, deslocamentos forçados e em populações que vivem perto de vulcões com possibilidades de erupção, geralmente, as pessoas se sentem sem possibilidades de escape, pronto retorno ou de realocação segura e digna. A vítima se sente presa e impotente e, facilmente, chega a uma fase de desesperança e esgotamento das defesas.

A vulnerabilidade individual das vítimas. Valoriza-se, em primeira instância, a qualidade pessoal dos indivíduos e sua capacidade de enfrentamento frente a eventos catastróficos e inesperados. Assim, as condições preexistentes dão lugar a grupos mais vulneráveis, como por exemplo, as crianças e os adolescentes (ainda não construíram as defesas suficientes para enfrentar a adversidade e dependem da ajuda e o apoio externos), os idosos (frequentemente vivem situações de privação e desesperança que ocasionam dependência e sentimentos de desvantagem que contribuem para diminuir suas capacidades de adaptação e defesa), as mulheres (grupo vulnerável, pois podem estar submetidas a condições sociais mais adversas e a maiores riscos para sua saúde). Além disso, em situações de crises, elas geralmente suportam a maior responsabilidade no cuidado e na manutenção da estabilidade da família; doentes crônicos (mental ou física) (possuem maior fragilidade).

Minhas observações

É importante destacar que a confluência de múltiplas situações traumáticas em indivíduos bem estruturados pode também debilitar suas defesas e torná-los mais vulneráveis ante um novo trauma que ocorra antes de ter recuperado o equilíbrio.

O ambiente e as circunstâncias. Embora os desastres não escolham as vítimas, é evidente que não afetam ao acaso; sempre acometem mais duramente as populações com menor padrão econômico, os quem tem limitações de acesso aos serviços sociais e, em particular, aos de saúde. Diante deste contexto, os grupos sociais desestruturados ou os que sofreram situações adversas repetitivas são mais vulneráveis. Neste caso, quando a provisão de ajuda é precária, desorganizada e tardia, ou se esgota muito rapidamente, pode constituir-se em uma circunstância agravante da problemática, gerando conflitos sociais.

Finalmente, é necessário lembrar que as minorias (raciais ou religiosas, por exemplo) frequentemente estão em condições prévias de discriminação, com estruturas de suporte social precárias, além do risco de serem tratadas de forma desigual na atenção da emergência.

Principais problemas psicossociais e principais pautas para sua atenção

As vítimas de desastres, em geral, viveram experiências e perdas muito graves. Diante deste contexto, a atenção psicossocial busca aliviar ou controlar os efeitos do trauma e restabelecer o equilíbrio, evitando a revitimização. O objetivo central, portanto, é facilitar e apoiar os processos naturais de recuperação e prevenir que persistam ou se agravem os sintomas, ou que surjam doenças. No entanto, os níveis e as modalidades de intervenção podem ser variados: psicológicos, sociais, individuais, familiares ou grupais.

Ela não é de responsabilidade do setor saúde exclusivamente e, tampouco, restringe-se às ações das equipes de saúde mental. Ela

Minhas observações

compromete as autoridades, é intersetorial e requer a participação ativa da comunidade.

A morbidade psiquiátrica tende a aumentar em populações vítimas de desastres de grande magnitude, especialmente se o indivíduo era vulnerável, apresenta uma grave perda da estrutura familiar e social, ou se as necessidades básicas cotidianas não são atendidas oportunamente e existem importantes barreiras para o acesso a bens e serviços indispensáveis para a reconstrução de suas vidas.

Diante deste contexto, os trabalhadores de atenção primária e a assistência humanitária devem contemplar, entre suas áreas de trabalho, o componente psicossocial como parte da abordagem humana da população afetada pelo desastre.

É importante destacar que as vítimas, geralmente, não sentem necessidade de apoio psicológico, não aceitam sofrer de uma doença mental e não demandam os serviços de saúde mental pelo estigma sociocultural que isto significa. Portanto, pode ser útil divulgar, por todos os meios possíveis e usando os recursos da comunidade, que existem alternativas de ofertas de “ajuda para superar as dificuldades emocionais e o sofrimento que podem estar experimentando as pessoas que viveram o desastre”. Para isso, é indispensável inserir a atenção psicossocial como parte das ações cotidianas dos serviços de saúde (em especial, a atenção primária) e da assistência humanitária e contar com unidades especializadas para encaminhamento dos casos mais graves.

Principais reações psicológicas em populações afetadas por desastres

No caso de desastres, o impacto emocional varia com o decorrer do tempo, mas geralmente é muito acentuado e pode ultrapassar a capacidade de controle dos indivíduos logo após o ocorrido.

Minhas observações

O quadro a seguir ajuda a recordar quais são as reações psicológicas que podem surgir e quais são as intervenções psicológicas e sociais destinadas a uma recuperação rápida e, eventualmente, à detecção precoce e o manejo básico de transtornos mentais.

Minhas observações

Quadro 1. Respostas psicológicas e intervenções psicossociais em populações afetadas por desastres

Fase	Respostas psicológicas	Intervenções psicossociais
Primeiras 72 Horas	<ul style="list-style-type: none"> • Crises emocionais • Intumescimento psíquico: se veem assustadas, apáticas, confusas • Excitação aumentada ou “paralisia” pelo temor • Ansiedade difusa • Desejo-temor de conhecer a realidade • Dificuldade para aceitar a dependência e a situação crítica na qual se encontra • Instabilidade afetiva com variações extremas • Ocasionalmente, estado de confusão aguda 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de danos e análise das necessidades em saúde mental • Socorro e proteção • Satisfação das necessidades básicas e mais imediatas • Primeira assistência psicológica
Primeiro mês	<ul style="list-style-type: none"> • Aflição e medo • Nervosismo • Tristeza • Luto • Equivalentes somáticos (sintomas orgânicos variados) • Preocupação exagerada, irritabilidade, inquietude motora, alteração nas condutas cotidianas, perda do sono e apetite. • Problemas nas relações interpessoais e no desempenho laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuação da avaliação de danos e análises de necessidades em saúde mental • Assistência humanitária • Apoio da rede social • Acompanhamento pessoal para os casos em risco • Detecção de indivíduos e grupos em risco, e de casos com psicopatologia • Intervenções psicossociais individuais e grupais • Atenção de casos com transtornos psíquicos

<p>2 a 3 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade que vai se reduzindo. • Tristeza que persiste por mais tempo. • Tristeza ou ansiedade não muito aparentes como tais, mas com manifestações secretas, como aumento da agressividade (intrafamiliar, autoagressividade) e condutas evasivas (consumo de álcool ou de psicoativos) • Desmoralização ante as dificuldades de adaptação ou se tardam as assistências prometidas • Raiva crescente se acentua se há discriminação, revitimização ou impunidade. • Sintomas somáticos que persistem. • Ocasionalmente, sintomas de estresse pós-traumático. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio da rede social • Acompanhamento e apoio emocional aos mais vulneráveis e maltratados • Intervenção psicológica individual • Manejo de grupos (em especial, grupos de assistência emocional)
---------------------------	--	--

Minhas observações

Em condições normais, é aconselhável esperar uma redução progressiva das manifestações anteriormente descritas. Por exemplo, uma tristeza que vai aliviando e que só reaparece esporadicamente nos aniversários ou datas especiais.

Contudo, podem existir sinais de risco que devem ser criteriosamente observados e acompanhados, como:

- lutos que não se superam;
- risco de suicídio;
- sintomas tardios: fadiga crônica, incapacidade para trabalhar, apatia, dificuldade de pensar claramente, sintomas gastrintestinais vagos; e
- sintomas de estresse pós-traumático.

Voluntários

Em situações de desastres é comum o trabalho voluntário. No entanto, para alcançar o intuito de ajudar é necessário que o trabalho seja realizado de forma organizada. Caso contrário, pode ser mais um problema a ser administrado no manejo do desastre. Diante deste contexto, o conhecimento e a preparação das instituições e dos voluntários permeiam o sucesso de sua atuação nas situações de desastre.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), “o voluntário é o jovem ou adulto que, devido ao seu interesse pessoal e ao seu espírito cívico, dedica parte de seu tempo, sem remuneração alguma, a diversas formas de atividades, organizadas ou não, de bem-estar social ou outros campos”.

No Brasil, a Lei 9.608 de 18 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre os serviços voluntários, define o voluntariado como “o trabalho não remunerado realizado por pessoas físicas, que não gera nenhum tipo de vínculo empregatício, obrigações trabalhistas ou previdenciárias”.

Em situações de desastres, os voluntários devidamente capacitados, e em sintonia com os órgãos oficiais responsáveis, podem contribuir trazendo novas ideias, executando tarefas, exercendo funções específicas e, principalmente, multiplicando esforços.

São princípios básicos dos voluntários:

- reconhecer e respeitar a dignidade e a cultura de cada ser humano;
- reconhecer o direito de cada homem, mulher e criança de associar-se livremente, sem distinção de raça, religião, condição física, social e econômica;
- oferecer seus serviços aos demais, sem qualquer remuneração, individualmente ou por meio de esforço conjunto;

Minhas observações

- detectar as necessidades e estimular a participação da comunidade na resolução dos próprios problemas;
- promover a responsabilidade social, a participação cidadã, a comunidade, a solidariedade internacional; e
- melhorar a qualidade de vida, fornecendo respostas aos grandes desafios do mundo atual.

Para compor o grupo da assistência humanitária, as Secretarias de Saúde devem fazer um levantamento prévio de todos os recursos humanos necessários para atendimento frente a um provável desastre. Assim será possível identificar a necessidade de voluntários de saúde.

Os voluntários de saúde devem ser previamente cadastrados e capacitados e trabalhar sob a supervisão da gestão de saúde local para evitar duplicidade de atenção à saúde. É importante ressaltar também que eles devem ser orientados a não dar depoimentos ou entrevistas para a mídia sobre o andamento das ações de resposta.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagens espaciais na saúde pública** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; Simone M. Santos, Christovam Barcellos, organizadores. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 136 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde; 1)

EIRD. Glossário, 2009. Disponível em: http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf

NARVÁEZ, Lizardo; LAVELL, Allan; ORTEGA, Gustavo Pérez. **La Gestión del riesgo de desastres: un enfoque basado en procesos**. Primeira edição, Lima-Perú. 2009.

Minhas observações

► Anexo 1. Principais sistemas de informação utilizados em saúde

Sistema de Informação em Saúde	SIM	SINASC	SINAN	SIH/SUS	SAI/SUS	SIAB*
Unidade de registro	Óbitos	Nascidos vivos	Agravos notificáveis	Interações hospitalares pagas pelo SUS	Atendimentos ambulatoriais pagos pelo SUS	Família
Unidade territorial mínima	Município e bairro ou distrito	Município e bairro ou distrito	Município e bairro	Município e CEP	Município	Microárea, área e município
Documento de registro de dado	Declaração de Óbito	Declaração de Nascido Vivo	Fichas Individuais de Notificação e de Investigação	Autorização de Internação Hospitalar	Boletim de Serviços Produzidos	Fichas A, B, C e D do PACS/PSF
Atualização nacional	Anual	Anual	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Utilização	Vigilância Planejamento Avaliação	Vigilância Planejamento Avaliação	Vigilância Planejamento Avaliação	Vigilância Planejamento Avaliação Controle Auditoria	Vigilância Avaliação Controle Auditoria	Vigilância Planejamento Avaliação
Principais Indicadores para Análise da Situação de Saúde	Mortalidade geral Mortalidade proporcional por causa ou faixa etária Mortalidade infantil Mortalidade materna	Proporção de NV de baixo peso Proporção de NV prematuros Proporção de NV de mães adolescentes	Taxa de incidência de agravos Taxa de prevalência de agravos Taxa de letalidade de agravos	Frequência de Internações Frequência das causas de internação	Frequência de atendimentos ambulatoriais Frequência de procedimentos	Condições de moradia e saneamento Frequência de atendimentos ambulatoriais Prevalência de alguns agravos
<p>* É um sistema que não possui abrangência nacional, disponibiliza informações sobre municípios onde há PACS/PSF. ** Na DO, DN e AIH, é registrado o endereço de residência do indivíduo a partir do qual as informações no nível local são agregadas. Cada município pode agregar em níveis superiores (por exemplo: bairro, distrito de saúde, região administrativa) e no SIAB por microárea.</p>						

Fonte: Brasil, 2006.