

Aplicação da gestão de risco de desastres no Sistema Único de Saúde (SUS)

Implementation of disasters risk management in Brazilian unified national health system

Dulce Fátima Cerutti¹, Mara Lúcia Carneiro Oliveira²

RESUMO

Os desastres, em suas diversas formas de manifestação, provocam danos significativos para a rede de saúde principalmente no momento em que os serviços essenciais precisam continuar operando para proteger a vida e o bem-estar da população. Este estudo teve por objetivo introduzir o conceito de gestão prospectiva do risco de desastres nas decisões relativas à infraestrutura da rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma revisão bibliográfica na qual foram sistematizados e analisados textos e documentos técnicos e científicos sobre desastres encontrados em meio eletrônico, documentos de órgãos públicos e organismos internacionais. Foram identificados instrumentos que facilitam o monitoramento dos estabelecimentos da rede de serviços de saúde nas três esferas de gestão do SUS, permitindo a aplicação de procedimentos de gestão de risco corretiva e prospectiva.

Palavras-chave: desastres; medidas de segurança; gerenciamento de riscos.

ABSTRACT

Disasters, in their various manifestations, cause significant harm to the health system particularly at the time that the essential services must continue working to protect the lives and welfare of the population. This study aimed to introduce the concept of prospective managing of disaster risk in decisions concerning the infrastructure of the health network of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS). This is a literature review in which texts and documents on scientific and technical disasters found in the electronic media, documents from government agencies and international organizations were organized and analyzed. Instruments were identified that facilitate the monitoring of health services establishments network in the three spheres of SUS management allowing the application of risk management procedures and corrective foresight.

Keywords: disasters; security measures; safety management.

Trabalho realizado na Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

¹ Especialista em Vigilância em Saúde pela Universidade de Brasília (UnB); Especialista em Vigilância Sanitária pela Universidade Católica de Goiás (UCG); Consultora da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

² Mestre em Planejamento e Gestão Ambiental, pela Universidade Católica de Brasília (UCB); Assessora de saúde ambiental da Representação da OPAS/OMS no Brasil em Brasília (DF), Brasil.

Endereço para correspondência: Dulce Fátima Cerutti – SCS – Quadra, 4 – Bloco A – Ed. Principal, 5º andar – CEP: 70304-000 – Brasília (DF), Brasil – E-mail: dulce.cerutti@saude.gov.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesse: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Desastres ou ocasiões de crises associadas a perdas e danos humanos e materiais socialmente significativos ocorrem desde os primórdios da humanidade, embora pareça que sua incidência e impactos tenderam a aumentar de forma relativamente vertiginosa a partir das últimas décadas do século passado¹.

Desastre é uma interrupção grave do funcionamento de uma comunidade ou sociedade que causa perdas humanas e/ou importantes perdas materiais, econômicas ou ambientais. Caracteriza-se por exceder a capacidade de resposta do governo local utilizando seus próprios recursos². Na perspectiva da saúde pública, os desastres definem-se por seu efeito sobre as pessoas; de outra forma os desastres seriam simplesmente fenômenos geológicos ou meteorológicos interessantes. Para a Saúde Pública, os desastres caracterizam-se pelo seu efeito sobre as pessoas e os serviços de saúde³.

A explicação para o aumento contínuo das perdas e do impacto nas economias pode estar não em um aumento do número de eventos naturais extremos, mas no aumento do número da população, infraestrutura e produção localizada em áreas de ameaça. As populações vulneráveis são suscetíveis de sofrer danos e perdas de grande magnitude enfrentando sérias dificuldades para se recuperar por conta própria. A falta de planejamento e a degradante forma de intervenção no ambiente natural criaram novas ameaças do tipo socioambiental. A vulnerabilidade interage com as ameaças, produzindo novas condições de risco, dimensionadas de diferentes formas em cada território¹.

Risco pode ser definido pela probabilidade de consequências prejudiciais ou perdas esperadas (mortes, lesões, propriedades, meios de subsistência, interrupção de atividades econômicas ou de degradação ambiental), resultado de interações entre ameaças naturais ou antropogênicas e as condições de vulnerabilidade².

Os desastres de origem natural estão intimamente vinculados com os processos de desenvolvimento das atividades humanas. Provocados por fenômenos naturais, os desastres põem em risco as vantagens oferecidas pelo desenvolvimento econômico. Por outro lado, as decisões que os indivíduos, comunidades e nações tomam em relação aos modelos de desenvolvimento podem implicar uma distribuição desigual do risco de desastre⁴.

O nexos entre desenvolvimento econômico, degradação ambiental, construção do risco e concretização de desastres nos países em desenvolvimento impulsionaram a ideia de que o desenvolvimento sustentável somente poderia ser alcançado se a redução e a previsão do risco fossem componentes do desenvolvimento setorial e territorial em nível internacional, nacional e local. Neste âmbito surgem as primeiras consi-

derações a um novo paradigma de intervenção, que supere a prevenção e mitigação de desastres e aborde a redução do risco. Em 1996 surge, então, o conceito de Gestão do Risco¹.

A gestão de risco de desastres caracteriza-se por ser um conjunto de decisões administrativas, de organização e conhecimentos operacionais desenvolvidos pelas sociedades e comunidades para implementar políticas, estratégias e fortalecer suas capacidades, a fim de reduzir o impacto de ameaças naturais e de desastres ambientais e tecnológicos consequentes². A gestão de risco de desastres subdivide-se em prospectiva, corretiva e reativa.

Gestão corretiva – sua prática tem como ponto de referência o risco já existente, produto de ações sociais diversas implantadas no passado. Assentamentos humanos localizados em áreas de inundação, escorregamentos ou construídos com técnicas inadequadas. Parte do risco existente é produto de intervenções e práticas recorrentes e inadequadas no passado. Contudo, também podem existir condições de risco que são produtos de alterações socioambientais surgidas posteriormente ao desenvolvimento. Em ambos os casos, a intervenção para a redução do risco nas condições já existentes será corretiva¹.

A intervenção corretiva pode ser de natureza conservadora, somente propondo ações sobre alguns dos fatores de risco identificados, sem pretensão de maiores transformações nos elementos sob risco. Esse é o caso, por exemplo, quando se constrói uma represa para proteger a produção ou uma comunidade localizada nas áreas de inundação de um rio, mas sem pretensão de transformação das condições sociais básicas de vida e produção.

Por outro lado, a intervenção pode ter aspectos transformadores buscando estimular mudanças no ambiente, com o objetivo da redução da vulnerabilidade e a transformação das condições sociais de vida em nome da sustentabilidade. Esta seria a situação do processo de recuperação de bacias hidrográficas através do reflorestamento, para aumentar a produtividade do meio, reduzindo a erosão, a sedimentação em rios e as inundações e deslizamentos. Aqui se estabelece uma premissa básica no sentido de que a mera redução corretiva do risco não pode, por si só, promover o desenvolvimento nem esperar eliminar a pobreza. A gestão do risco é um complemento para a conquista de condições sustentáveis.

Gestão prospectiva – diferentemente da gestão corretiva, a gestão prospectiva se desenvolve em função do risco ainda não existente e pode ser praticada por meio de novas iniciativas de investimento e desenvolvimento, estimuladas pelo governo, iniciativa privada, ONGs, associações de desenvolvimento, famílias ou indivíduos. A gestão prospectiva do risco é um componente integral da gestão do desenvolvimento,

contemplando a gestão de projetos de investimento e a gestão ambiental. A gestão prospectiva é uma prática que procura evitar erros do passado¹.

A gestão prospectiva estabelece uma relação imediata e direta com os processos de planejamento do desenvolvimento ao constituir o risco em um fator a considerar-se no estímulo e promoção de novos projetos. A gestão corretiva, na medida em que supera a intervenção conservadora e pontual e se constitui em uma intervenção transformadora, deve estar inserida no planejamento, para não promover ações avulsas.

Na medida em que o risco ainda não foi gerado num determinado território pode-se antecipar o desenvolvimento de ações que busquem garantir que os novos processos de desenvolvimento não construam novos fatores de risco⁵.

Em relação ao um estabelecimento de saúde, a gestão reativa aplica-se quando as outras gestões (corretiva e prospectiva) não foram aplicadas. Nesse caso, resta formular um plano de resposta para atender uma situação de emergência, com os recursos disponíveis.

Um estudo apontou que as maiores ocorrências de desastres por chuva, no Brasil, no período de 2003 a 2007 estavam associadas às enxurradas e enchentes, mas também ocorreram ciclones, escorregamentos, granizos, tornados e vendavais. Todos os estados brasileiros, com exceção do Distrito Federal, tiveram processos de situação de emergência ou estado de calamidade pública reconhecidos pelo Ministério da Integração Nacional. Esse estudo também apontou que municípios pequenos, com até 50.000 habitantes, foram os mais afetados por esses fenômenos nesse período⁶.

Para caracterizar uma Situação de Emergência ou de Estado de Calamidade Pública é necessário analisar os fatores preponderantes e agravantes. Os critérios preponderantes estão relacionados com a intensidade dos danos (humanos, materiais e ambientais) e a ponderação dos prejuízos (sociais e econômicos). Essa análise não deve ser baseada somente na visão subjetiva da pessoa, nem servem os modelos matemáticos. A realidade é extremamente complexa, com inúmeras variáveis relacionadas com o fenômeno indutor do desastre, o cenário e a vulnerabilidade das pessoas e instalações expostas, que interferem no impacto. Deve-se, também, analisar as necessidades relacionadas aos recursos humanos, materiais, institucionais e financeiros; comparando com os recursos disponíveis.

A partir de 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) vêm trabalhando no sentido de gerar uma consciência pública acerca do tema da segurança para os estabelecimentos de saúde com a proposta denominada "Hospitais seguros frente a desastres". Os países da América Latina e de todos os outros continentes adotaram essa

proposta como uma política nacional de redução de riscos, com o objetivo de conseguir que todos os novos estabelecimentos assistenciais de saúde se construam com um nível de segurança que garanta sua capacidade de continuar funcionando, e podendo ter sua capacidade de atendimento ampliada nas situações de desastre, e que implantem medidas adequadas de mitigação para reforçar os estabelecimentos de saúde existentes, especialmente os que oferecem atenção primária⁷.

Para a OPS/OMS, um estabelecimento de saúde é seguro quando seus serviços permanecem acessíveis e funcionando em sua máxima capacidade instalada, e na mesma infraestrutura, logo após a ocorrência de um fenômeno destrutivo de origem natural⁷.

Este estudo tem como objetivo geral introduzir o conceito de gestão prospectiva do risco de desastres nas decisões relativas à infraestrutura da rede de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Os objetivos específicos são: identificar as legislações, no âmbito do SUS, pertinentes ao tema dos desastres e serviços de saúde; identificar, no âmbito do SUS, os órgãos que têm conexão com a rede de saúde, e sugerir formas de inclusão do conceito de rede de saúde segura nos novos empreendimentos do SUS.

Esta avaliação foi realizada tendo como base uma revisão bibliográfica sobre saúde e desastres utilizando documentos disponíveis nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme), *Centro Regional de informaciones sobre desastres (CRID)*, *Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro em casos de Desastres da OPAS/OMS* e Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (Datassus), utilizando-se como descritores: desastres, gestão prospectiva, hospitais seguros e saúde. Também foram utilizados documentos técnicos do próprio SUS e da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Efeito dos desastres na infraestrutura da saúde

A América Latina e Caribe, região de ocorrências de furacões, inundações, terremotos, deslizamentos de terra e erupções vulcânicas têm aproximadamente 50% dos 15.000 hospitais localizados em áreas de risco⁸.

De acordo com a publicação *Hospitales Seguros ante Inundaciones* da OPAS, essa região é submetida aos efeitos de diversos tipos de ameaças naturais, que têm ocasionado problemas significativos no setor saúde e, em alguns casos, chega a configurar verdadeiros desastres pela destruição da infraestrutura do sistema de saúde, pelo aumento drástico da demanda sobre estes serviços e pela degradação das condições de atendimento à população⁹.

As enchentes e enxurradas afetam tanto estabelecimentos de grande porte quanto os de pequeno porte, de hospitais a

unidades básicas de saúde, mas é a infraestrutura de saúde de menor complexidade a que, geralmente, é mais afetada².

O dano está estreitamente relacionado às características de construção (materiais empregados e qualidade técnica da obra) e com sua localização.

Os impactos que os estabelecimentos de saúde sofrem depois da ocorrência de um fenômeno natural dependem de diversos fatores, dentre eles:

- da ameaça (chuva, vendaval, granizo, escorregamento);
- da localização do edifício: topografia e estabilidade do terreno, geologia, capacidade de absorção e evacuação das águas;
- do edifício em si: materiais empregados, tecnologia construtiva aplicada, estado de conservação, entre outros⁹.

Ainda, segundo a OPS/OMS, experiências recentes nessa região têm demonstrado que os sistemas de saúde são vulneráveis a enchentes ou enxurradas. Por isso, a necessidade de fortalecer a infraestrutura com medidas de mitigação e preparação para responder da melhor forma aos eventos, garantindo que os serviços de saúde estejam disponíveis nos momentos em que a população mais necessita⁹.

Em 18 de junho de 2010, enxurradas atingiram os estados de Pernambuco e Alagoas, na região Nordeste. Esse desastre resultou em 53.584 pessoas desabrigadas, 103.540 desalojados e 337.738 afetadas¹⁰.

Em Alagoas, a devastação causou a destruição quase total da área urbana de vários municípios, incluindo a destruição de prédios públicos, dentre eles, os estabelecimentos de saúde (assistenciais e administrativos). Esse ocorrido fez com que as esferas federal e estadual do SUS, incluindo outras secretarias estaduais, tivessem de aportar recursos (humanos e materiais) para complementar a assistência à saúde da população atingida. Dois hospitais de campanha tiveram de ser instalados para prestar serviço de urgência e emergência nos municípios de Santana do Mundaú e Branquinha¹¹.

A avaliação dos danos na infraestrutura da rede de saúde desse Estado foi realizada por um engenheiro e um arquiteto disponibilizados pelo Núcleo de Eventos Ambientais Adversos à Saúde (NEAS), da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, que desenvolveram o formulário “Avaliação Rápida de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde em Desastres”, tendo por base publicações específicas da OPAS e adaptadas para o SUS, com o apoio do Ministério da Saúde. Esse formulário contempla seis eixos: a) identificação do estabelecimento; b) características; c) comprometimento da identificação; d) danos a equipamentos e mobiliário; e) qualificação global; e f) observações gerais¹².

Em Alagoas foram vistoriados 34 estabelecimentos, em oito municípios, totalizando 7.674 m² de área destruída. Desses, quatro estabelecimentos foram totalmente destru-

ídos. O levantamento apontou, também, que 32 estavam construídos em áreas de risco e receberam recomendação para reconstruir em outro local de cota segura.

Os estabelecimentos afetados e com maior área construída localizavam-se nos municípios de Branquinha e Paulo Jacinto. O Posto de Saúde Central Francisco José, de Branquinha, foi um dos que resultou totalmente destruído. Ele tinha 1.600 m² de área construída¹². Esse Posto oferecia serviço de atenção básica e média complexidade e contava com 37 profissionais de saúde¹³.

No município de Paulo Jacinto, a Unidade Mista Marina Lamenha, que presta serviço de atenção básica e média complexidade (ambulatorial e hospitalar), dispõe de 16 leitos, em três especialidades: Clínica Geral, Obstetrícia Clínica e Pediatria Clínica¹³. Essa Unidade teve a lavanderia destruída e as fundações da parte de trás do prédio ficaram sem base, com risco de colapso. Por precaução, foi sugerida a interdição de parte do edifício¹².

A Tabela 1 destaca as especialidades da infraestrutura afetada pelo desastre e a área total construída, por município.

Normas, ferramentas gerenciais e programas do SUS

O SUS dispõe de normas específicas que tratam da infraestrutura da rede de saúde, a saber:

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 50/2002. Essa RDC normatiza a elaboração de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). De acordo com essa RDC, todos os EAS construídos, reformados ou ampliados devem seguir essas normas, a fim de se integrarem de forma efetiva e eficiente à rede assistencial adotada, tanto pelos estabelecimentos públicos quanto pelos privados¹⁴.

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 51/2011. Ela estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de Estabelecimentos de Saúde pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Em seu art. 3º diz: “Esta Resolução se aplica aos projetos físicos de todos os estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) no país, sejam eles públicos, privados, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa, compreendendo: I – as construções novas de estabelecimentos assistenciais de saúde; II – as áreas a serem ampliadas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes; III – as reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes; IV – as adequações de edificações anteriormente não destinadas a estabelecimentos assistenciais de saúde”¹⁵.

Portaria MS Nº 372/2005, publicada no *Diário Oficial da União (DOU)* de 11/03/05, cria comissão com a finalidade de “executar as atividades de planejamento, gerenciamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde no tocante ao atendimento emergencial aos estados e municípios acometidos por desastres naturais e/ou antropo-

Tabela 1. Estabelecimentos assistenciais de saúde danificados ou destruídos no estado de Alagoas, por especialidade e área total construída, junho 2010

Quant.	Município	Especialidade	Nome	Área total/m ²
1	Murici	PSF	Antônia Batista de Melo	300
2		Centro de Diagnóstico	Durval M. de Oliveira	600
3		PSF	USF Amaro Vito de Lima	80
4		PSF	USF Floriano Peixoto	60
5		PSF	USF Geraldo Virgílio	160
6		PSF	USF II	120
7	Rio Largo	Almoxarifado	Almoxarifado	100
8		PSF	Diógenes Jucá	130
9		PSF	Gustavo Paiva	200
10		Análises Clínicas	Laboratório	60
11		PSF	João Mendonça	120
12		PSF	Pedro Jacinto	120
13	Santana do Mundaú	CEO	Centro de Especialidades Odontológicas	125
14		PSF	PSF III - Mungubá	80
15		PSF	PSF IV Barro Branco	80
16		Administração	SMS, farmácia e almoxarifado	80
17		PSF	USFM I e II	200
18		PSF	USFM III e IV	84
19		PSF	USFM V	100
20		VIG	Vigilância de Endemias e Laboratório	70
21		VISA	Vigilância Sanitária	75
22	União dos Palmares	PSF	Várzea Grande	120
23		PSF	Tereza Romana	90
24		PSF	José Correa de Lima	220
25	Branquinha	Esp. clínicas	Posto de Saúde Central Francisco José	1.600
26		Administração	Coordenação de Endemias	40
27		SMS	SMS + Farmácia + Centro de Convivência	200
28		Odontologia	Centro de Especialidades Odontológicas	240
29	Quebrangulo	Odontologia	Centro de Especialidades Odontológicas	320
30		Administração	Secretaria Municipal de Saúde	280
31	São José da Laje	PSF	PSF I e II - Douglas Buarque	160
32		PSF	Artur Orlando Bezerra de Andrade	160
33		Administração	Secretaria Municipal de Saúde	300
34	Paulo Jacinto	Unidade Mista	Marina Lamenha	1.000
	Total m²			7.674

Fonte: MOTA; DIAS, 2010.

gênicos, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde¹⁶.

Também foram identificadas as seguintes ferramentas de gerenciamento da rede de saúde, a saber:

Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foi instituído pela Portaria MS/SAS nº 376/2000, publicada no *DOU* em 04/10/2000. Após acordo na Comis-

são Intergestores Tripartite, essa Portaria permaneceu em consulta pública até dezembro de 2000. Com a incorporação das sugestões recebidas dos gestores estaduais e municipais do SUS e da sociedade em geral, editou-se em 29/12/2000 a Portaria SAS nº 511/2000 que passa a normatizar o processo de cadastramento dos estabelecimentos de saúde em todo o território nacional¹³.

Esse cadastro abrange a totalidade dos estabelecimentos de saúde existentes no País, públicos ou privados.

Ainda, de acordo com o CNES, o número de estabelecimentos da Administração Direta da Saúde (Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde), no mês de maio de 2010 é de 59.679 unidades, sendo 210 hospitais especializados, 1.577 hospitais gerais e 39 hospitais dia. Os estabelecimentos da Atenção Básica – Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde somam 29.327 unidades¹³.

O Sistema de Apoio à elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde – Somasus – é uma ferramenta que permite a realização de consultas acerca dos aspectos relacionados à estrutura física dos estabelecimentos assistenciais de saúde. Ele também possibilita a classificação desses por ambientes e serviços objetivando a elaboração de projetos mais condizentes com a realidade local e com as exigências técnicas estabelecidas para a aprovação de projetos. O Somasus considera características como a população a ser atendida, a demanda regional, o perfil epidemiológico e os recursos humanos e financeiros disponíveis¹⁷.

O SUS ainda dispõe de um Programa que se relaciona com o tema da rede de saúde:

Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos Desastres de Origem Natural (Vigidesastres). Dentre seus objetivos gerais consta “Reduzir os danos à infraestrutura sanitária e de saúde” (Brasil, 2006)¹⁸.

Órgãos no âmbito do Ministério da Saúde que têm interface com o tema da rede de saúde segura

Secretaria-Executiva: Cabe à Coordenação de Investimentos em Saúde, dentre outras: planejar, orientar e coordenar as atividades de análise técnica de projetos de investimentos de infraestrutura física e tecnológica no âmbito do SUS; formular estratégias de administração, coordenação e avaliação de projetos de investimentos em infraestrutura física e tecnológica da saúde e disseminar aos Estados, Distrito Federal e Municípios; e, coordenar, manter, aprimorar e divulgar o Somasus.

Secretaria de Atenção à Saúde: cabe ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC) e a Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI) o cadastramento de unidades hospitalares, ambulatoriais, serviços de diagnose e terapia do Sistema Único de Saúde e os Sistemas Ambulatoriais e Hospitalares (SIH-SUS).

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa): cabe à Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde.

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): cabe ao Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e a Coordenação

Geral de Vigilância em Saúde Ambiental a coordenação de ações de intervenção, a serem adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública, visando à redução do risco de desastres e consequente redução das doenças e agravos.

De acordo com a Portaria MS nº 3.252/2009, a manutenção do repasse dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária está condicionada ao cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no CNES e ao preenchimento mensal da Tabela de Procedimentos de VISA no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS)¹⁹.

■ DISCUSSÃO

De acordo com o *Guía del Evaluador de Hospitales Seguros*, os desastres provocam danos significativos para a rede de saúde dos municípios ou dos estados, enquanto seus serviços essenciais precisam continuar operando para proteger a vida e o bem-estar da população, especialmente nos momentos imediatamente após a ocorrência de um desastre. A interrupção do funcionamento dos serviços de saúde pode ser o diferencial entre a vida e a morte, por isso, torna-se prioritário conseguir que todos os estabelecimentos de saúde disponham de uma edificação resistente aos impactos dos fenômenos naturais, que seus equipamentos não sofram danos, que os serviços essenciais (água, eletricidade, gases medicinais, coleta dos resíduos de saúde, saneamento, telecomunicações, acesso etc.) sigam funcionando e que o pessoal de saúde seja capaz de continuar oferecendo atenção médica nos momentos em que a população mais necessita⁷.

A destruição de um estabelecimento de saúde não se restringe à perda da estrutura física – a parte tangível – ela atinge, também, equipamentos, mobiliários, medicamentos, insumos e, dependendo do tipo de fenômeno causador do desastre (enxurrada, deslizamento), pode causar danos aos pacientes, aos visitantes e aos profissionais de saúde que se encontram naquele local. Felizmente, não foi registrada a perda de vidas humanas dentro dos estabelecimentos de saúde do SUS em decorrência de desastres de origem natural em Alagoas.

O caso de Alagoas, citado neste estudo, mostra que os estabelecimentos prestadores de serviços de atenção primária encontram-se localizados nas áreas de perigo (enxurradas), com um alto grau de vulnerabilidade (infraestrutura e supraestrutura). Com a ocorrência da enxurrada, uma grande parcela desses estabelecimentos resultou danificado ou destruído, deixando a população local sem assistência. Nesse período, as gestões municipal e estadual de saúde dependeram da assistência humanitária das outras esferas de governo, de ONG e de voluntários.

A ocorrência de desastres no Brasil tem revelado vulnerabilidades, tanto em relação à localização dos estabelecimentos

quanto na infraestrutura física e funcional da rede de saúde do SUS.

A falta de planejamento na escolha do local de implantação e na construção dos estabelecimentos assistenciais de saúde do SUS tem gerado perda de capacidade de resposta pelos municípios no momento em que a sociedade mais necessita de assistência médica, gerando despesas significativas para os cofres públicos na reconstrução dos prédios e na reposição dos equipamentos e insumos.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS dispõe de instrumentos que facilitam a articulação entre os diversos órgãos que estabelecem normas para a construção, gerenciamento e monitoramento dos estabelecimentos de saúde. Esses instrumentos facilitam o monitoramento dos estabelecimentos da rede de saúde pelas três esferas de gestão do SUS, permitindo a aplicação das gestões de risco corretiva e prospectiva.

Os formulários do Índice de Segurança Hospitalar, propostos pela OPAS-OMS, disponíveis na publicação *Índice de Seguridad Hospitalaria*, contemplam os aspectos relacionados com a localização geográfica, segurança estrutural e não estrutural e com a segurança baseada na capacidade funcional propostas pela OPS-OMS²⁰.

A aplicação desse índice, nos estabelecimentos existentes, permite avaliar o grau de risco a que ele está exposto, orientando as intervenções para diminuir o impacto de um fenômeno natural ou indicar a sua realocação para um terreno mais seguro.

O CNES também poderá agregar o formulário de *Avaliação Rápida de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde em Desastres*, já testado nos estados do Rio Grande do Sul, Santa

Catarina, Alagoas e Pernambuco. Essa avaliação permitirá aos gestores das três esferas de governo quantificar os danos nos estabelecimentos, monitorar a situação dos serviços de saúde após a ocorrência de um desastre e indicar as medidas a serem tomadas em relação aos estabelecimentos que foram danificados ou destruídos.

Para estabelecimentos já existentes, deve-se aplicar a gestão corretiva, por meio da aplicação do *Índice de Segurança Hospitalar* e para os estabelecimentos novos ou que receberam a recomendação de realocação, a gestão prospectiva do risco por meio da construção ou locação de edifícios em áreas seguras levando em conta as ameaças existentes na região (fenômenos geológicos, hidrometeorológicos, sociais, sanitário-ecológicos, químico-tecnológicos) e as propriedades geotécnicas do solo, além dos aspectos da segurança estrutural e não estrutural, com relação ao terreno e a funcionalidade do estabelecimento.

De acordo com o exposto na Portaria MS nº 3.252/2009, um dos requisitos para a manutenção do repasse dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária está condicionado ao cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no CNES, pelas VISA municipais ou estaduais. Sendo assim, a inserção desses novos itens na *Ficha Cadastral de Estabelecimento de Saúde* torna viável a avaliação dos estabelecimentos de saúde de uma forma mais eficiente¹⁵.

■ AUTORIA

(1) Contribuiu substancialmente para a concepção e planejamento deste estudo.

(2) Contribuiu substancialmente na revisão crítica do conteúdo.

■ REFERÊNCIAS

1. Lavell A (org.). La gestión local del riesgo: nociones y precisiones en torno al concepto y la práctica. Programa Regional para la Gestión del Riesgo en América Central. CEPREDENAC-PNUD; 2003.
2. Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (EIRD). Vivir con el riesgo: Informe mundial sobre iniciativas para la Reducción de desastres. Geneva CH; 2004
3. Noji EK. Impacto de los Desastres en la Salud Pública. Colombia: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Un Informe Mundial. La Reducción de Riesgos de Desastres – um Desafio para el Desarrollo. New York NY; 2004.
5. Narváez L, Lavell A, Ortega GP. La Gestión del Riesgo de Desastres: un Enfoque Basado en Procesos. Peru: Secretaría General de la Comunidad Andina; 2009.
6. Cerutti DF. Análise dos Danos Humanos Decorrentes de Desastres Associados a Chuvas, Ventos, Granizo e Escorregamentos, no Brasil, entre 2003 e 2007. [Monografia]. UNB; 2007.
7. Organización Panamericana de la Salud. Índice de seguridad hospitalaria: Guía del Evaluador de Hospitales Seguros. Washington, DC: OPS; 2008. (Serie Hospitales Seguros frente a desastres, 1)
8. Organización Panamericana de la Salud. Protección de las nuevas instalaciones de salud frente a desastres naturales: Guía para la promoción de la mitigación de desastres. Washington, DC; OPS/Banco Mundial; 2003.
9. Organización Panamericana de la Salud. Hospitales seguros ante inundaciones. Washington, DC: OPS; 2006. (Serie Mitigación de Desastres)
10. Brasil. Ministério da Integração Nacional. Defesa Civil atualiza dados do desastre em Pernambuco e Alagoas. [cited 2010 Jun 28]. Available from: <http://defesacivil.gov.br/noticias>

11. Brasil. Relatório Inundações em Alagoas e Pernambuco. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Mota PRE, Dias VO. Avaliação Rápida de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde em Desastres – Alagoas. Rio Grande do Sul: Centro Estadual de Vigilância em Saúde; 2010.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
14. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – 2ª ed. Brasília: ANVISA; 2004.
15. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 51. Diário Oficial da União nº 195, de 10 de outubro de 2011 – seção 1.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 372, 10 de Março de 2005. Diário Oficial da União nº 48, de 11 de março de 2005 – seção 1.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26501&janela=1
18. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Decorrentes dos Desastres de Origem Natural – Vigidesastres. Brasília, 2006. [cited 2010 Jul 1]. Available from: <http://www.saude.gov.br/svs>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252, 22 de dezembro de 2009. Diário Oficial da União nº 245, de 23 de dezembro de 2009 – seção 1.
20. Índice de seguridad hospitalaria: Formularios para la evaluación de hospitales seguros. Washington, DC: OPS, 2008. (Serie Hospitales Seguros frente a desastres, 2).

Recebido em: 28/07/2011

Aprovado em: 09/11/2011