



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

DANIELLE PERDIGÃO OLIVEIRA E RIBEIRO

Ações de Saúde em áreas impactadas pós desastres ambientais: O caso de
Teresópolis.

GOIÂNIA
2013

DANIELLE PERDIGÃO OLIVEIRA E RIBEIRO

Ações de Saúde em áreas impactadas pós desastres ambientais: O caso de
Teresópolis.

Dissertação apresentada ao Mestrado em
Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia
Universidade Católica de Goiás para obtenção
do título de Mestre em Ciências Ambientais e
Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Meio
Ambiente.

Orientadora: Prof. Dr^a. Lícia Maria Oliveira
Pinho

GOIÂNIA
2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ribeiro, Danielle Perdigão Oliveira e.
R484a Ações de saúde em áreas impactadas pós desastres ambientais [manuscrito] : o caso de Teresópolis / Danielle Perdigão Oliveira e Ribeiro. – 2013.
118 f. ; il. ; grafs. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Departamento de Saúde e Meio Ambiente, 2013.
“Orientadora: Profa. Dra. Lícia Maria Oliveira Pinho”.

1. Desastres ambientais – Teresópolis (Rio de Janeiro) . 2. Cuidados de enfermagem. I. Título.

CDU: 616-083(043)

Nome: RIBEIRO, Danielle Perdigão Oliveira e
Título: Ações de Saúde em áreas impactadas pós desastres ambientais: O caso de
Teresópolis.

Dissertação apresentada à Pontifícia Universidade Católica de
Goiás para obtenção do título de Mestre em Ciências
Ambientais e Saúde

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a Maira Barberi

Instituição: PUC Goiás

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a Maria Alves Barbosa

Instituição: FEN UFG

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Vanessa da Silva Carvalho Vila (suplente) Instituição: PUC Goiás

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A todas **as vítimas** da tragédia ambiental ocorrida em janeiro de 2011 em Teresópolis, RJ. A eles, todo meu carinho e respeito.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ser sublime e supremo em minha vida.

A minha amada mãe **Leida**, que me fez acreditar nas pessoas e na luta por um mundo mais solidário e a quem devo grande parte das coisas boas que aconteceram na minha vida, por me mostrar que, mais importante do que saber para onde vai, é saber de onde se veio e que se tem para onde voltar.

Ao meu pai "**Perdigão**", que me fez entender, que mesmo do seu jeito, seu coração fecunda amor por mim.

Ao meu marido **Gustavo** pelo apoio, incentivo e parceria constante.

Ao meu filho **Henrique** inigualável obra prima, em todas as acepções possíveis e imagináveis da expressão, cujo amor alimenta meu espírito. Sua presença me faz sentir o desejo de continuar, a cada dia merecendo-o.

Aos meus irmãos **Rafael, Marcelo e Ricardo**, a minha cunhada **Iva**, aos meus queridos sobrinhos **Rafinha e Guilherme**, que mesmo distantes se fazem presentes, constantemente, em minha vida.

A minha orientadora Dr.^a **Lícia** por me acolher e me ajudar com suas preciosas e incisivas pontuações, propiciando-me a oportunidade de partilhar conhecimentos, pelo braço forte em todos os momentos e pela simplicidade com que passa seu grande conhecimento.

A **Kenia**, amiga com a qual a vida me presenteou, parceira nos momentos de lazer e de trabalho, que abriu mão da companhia de sua doce "Manú" para me acompanhar durante as entrevistas.

A Enfermeira, **Adriana**, Diretora do Departamento de Higiene e Saúde Coletiva/Vigilância em Saúde, pela confiança, autorizando a realização da presente pesquisa.

Aos colegas, **enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família** de Teresópolis que permitiram que entrássemos em suas vidas e partilhássemos de suas histórias. Sem eles a pesquisa não seria possível.

Às minhas eternas mestres **Ana Paula, Selma e 'Reginha'** (*in memoriam*), fontes eternas de inspiração profissional e pessoal que me ensinaram que ao menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.

Aos **amigos**, pela paciência e compreensão com todas as minhas ausências durante esses dois anos. Não poderia citar todos sem correr o risco e sob o receio de esquecer algum, mas, aos que me acompanharam nessa jornada, agradeço em especial aos amigos **Diego e Margarida**, pelo carinho e socorro providencial na finalização da minha dissertação, a **Dannyele** grande amiga com a qual a vida me presenteou, companheira que me proporcionou a primeira de muitas oportunidades recebidas em Goiânia, e a doce **Rosimar** por sua disponibilidade em me substituir em sala de aula, em virtude do mestrado, todas as vezes que necessitei.

Aos **colegas** de trabalho **da Unimed** Goiânia, que nos simples gestos diários de admiração me fortaleceram com doses de ânimo e auto-estima.

A **Faculdade Padrão**, pelo estímulo por meio da compreensão, todas as vezes que necessitei estar ausente.

Ao Programa de **Pós graduação Ciências Ambientais e Saúde** da Pontifícia Universidade Católica de Goiás por me ensinar a compreender que o desvelar diário de limitações e desafios é necessário para a construção teórica de conceitos.

EPÍGRAFE

"A natureza criou o tapete sem fim que recobre a superfície da terra. Dentro da pelagem desse tapete vivem todos os animais, respeitosamente. Nenhum o estraga, nenhum o róí, exceto o homem."

Monteiro Lobato

RESUMO

RIBEIRO, D.P.O. **Ações de Saúde em áreas impactadas pós desastres ambientais: O caso de Teresópolis.** 2013. 118f. Dissertação. (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

Localizada no topo da Serra dos Órgãos, Teresópolis está implantada em uma área de relevo acidentado recoberto pela Mata Atlântica, onde os solos são mais instáveis e mais propensos a deslizamentos. Outros fatores presentes importantes são a perda da biodiversidade devido a fragmentação dos ambientes, a poluição da água e do solo e o modelo predatório de ocupação da terra. Em decorrência de sua demografia e de sua degradação, num curto intervalo de tempo, em função da acelerada urbanização, Teresópolis tornou-se palco de episódios catastróficos, expondo sua população a condições de vulnerabilidade. O episódio, que aqui destacamos, ocorreu na madrugada do dia 12 de janeiro de 2011. O objetivo geral da pesquisa foi compreender as ações realizadas pelos enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na prevenção e promoção da saúde das vítimas da catástrofe ocorrida em Teresópolis em janeiro de 2011. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo com enfoque fenomenológico. Com a finalidade de que os sujeitos revelassem sua experiência optamos pela entrevista semiestruturada. Os participantes foram 15 enfermeiros da ESF. As entrevistas foram transcritas na íntegra. A análise fenomenológica dos discursos levou-nos aos resultados expostos em cinco categorias. As ações dos enfermeiros foram e ainda são permeadas por uma série de barreiras. A superação dos desafios e obstáculos está sendo complicada, longa, colocando a prática em situações complexas expondo a todos a grandes temores humanos. São nessas circunstâncias, que os profissionais em questão assolados por tal violência destrutiva enfrentaram e enfrentam o estresse. Todos foram (são) vítimas, todos tiveram perdas, as famílias, a cidade e sua infra estrutura, os profissionais envolvidos nos atendimentos a essas vítimas. Diante das falas dos sujeitos da pesquisa evidenciamos alguns aspectos importantes que contribuíram para a dificuldade desses atendimentos, como despreparo da equipe e governantes, falta de um planejamento preventivo, que incluía a capacitação das equipes multidisciplinares no que tange a catástrofes ambientais, necessidade da (re)análise dos planejamentos por parte do Poder Público, falta de organização da atenção durante e após a catástrofe, necessidade de desenvolvimento de trabalhos com a comunidade (controle social) e com a academia (docentes/discentes) em relação as lacunas existentes sobre o assunto e a corrupção.

Descritores: Teresópolis. Acidentes Ambientais. Assistência de Enfermagem. Deslizamentos. Impactos ambientais.

ABSTRACT

RIBEIRO, D.P.O. **Health Action in impacted areas after environmental disasters: The case of Teresopolis.** 2013. 118f. Dissertation. (Master of Environmental Science and Health) - Catholic University of Goiás, Goiânia, 2013.

Located at the top of the Organ Mountains, Teresopolis is located in a hilly area covered by Atlantic Forest, where soils are unstable and prone to landslides. Other important factors are present biodiversity loss due to fragmentation of habitats, the pollution of water and soil and predatory model of land occupation. Because of its demographics and its degradation in a short interval of time, due to rapid urbanization, Teresopolis became the scene of catastrophic episodes, exposing its population to conditions of vulnerability. The episode, which we highlight here, occurred at dawn on January 12, 2011. The overall goal of the research was to understand the actions taken by nurses of the Family Health Strategy (FHS) in prevention and health promotion of the victims of the catastrophe in Teresopolis in January 2011. This is a qualitative study, descriptive phenomenological approach. In order to reveal that subjects experience we chose semi-structured interview. Participants were 15 nurses FHS. The interviews were transcribed in full. A phenomenological analysis of discourses led us to the results presented in five categories. Nurses' actions were and still are permeated by a series of barriers. Overcoming the challenges and obstacles is complicated, long, putting the practice in complex situations exposing all the great human fears. It is in these circumstances that the professionals concerned plagued by such destructive violence faced and are facing stress. All were (are) victims, all had losses, the families, the city and its infrastructure, the professionals involved in the care of these victims. Given the statements of the subjects evidenced some important aspects that contributed to the difficulty of these cases, as the staff and governors unpreparedness, lack of a preventive planning, which includes the training of multidisciplinary teams in relation to environmental disasters, the need for (re) analysis of plans by the government, lack of organization of care during and after the disaster, the need to work with the development community (social control) and academia (teachers / students) for the gaps on the subject and corruption.

Descriptors: Teresopolis. Environmental Accidents. Nursing Care. Landslides. Environmental impacts.

RESUMEN

RIBEIRO, D.P.O. **Acción Sanitaria en las áreas afectadas después de los desastres ambientales: el caso de Teresópolis**. 2013. 118 septies. Disertación. (Maestría en Ciencias Ambientales y de la Salud) - Universidad Católica de Goiás, Goiania, 2013.

Situado en la cima de las montañas Organ, Teresopolis se encuentra en una zona de colinas cubiertas por la Mata Atlántica, donde los suelos son inestables y propensas a deslizamientos de tierra. Otros factores importantes son la pérdida de biodiversidad presente debido a la fragmentación de los hábitats, la contaminación del agua y del suelo y el modelo depredador de ocupación del suelo. Debido a sus características demográficas y su degradación en un corto intervalo de tiempo, debido a la rápida urbanización, Teresopolis convirtió en el escenario de los episodios catastróficos, exponiendo a la población a condiciones de vulnerabilidad. El episodio, que destacamos aquí, se produjo en la madrugada del 12 de enero de 2011. El objetivo general de la investigación fue conocer las acciones realizadas por los enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en la prevención y promoción de la salud de las víctimas de la catástrofe en Teresopolis en enero de 2011. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, con enfoque fenomenológico. Con el fin de mostrar que la experiencia de los sujetos que elegimos entrevista semi-estructurada. Los participantes fueron 15 enfermeras FHS. Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad. Un análisis fenomenológico de los discursos nos ha llevado a los resultados que se presentan en cinco categorías. Acciones de los enfermeros eran y siguen siendo atravesada por una serie de barreras. La superación de los retos y obstáculos que es complicado, largo, poner la práctica en situaciones complejas exposición de todos los temores humanos grandes. Es en estas circunstancias que los profesionales interesados plagada de este tipo de violencia destructiva enfrentado y enfrentan el estrés. Todos eran (son) víctimas, todos tenían pérdidas, las familias, la ciudad y su infraestructura, los profesionales implicados en la atención a estas víctimas. Ante las declaraciones de los sujetos evidenciaron algunos aspectos importantes que contribuyeron a la dificultad de estos casos, ya que la falta de preparación del personal y los gobernadores, la falta de una planificación preventiva, que incluye la formación de equipos multidisciplinarios en relación con los desastres ambientales, la necesidad de (re) el análisis de los planes por parte del gobierno, la falta de organización de la atención durante y después de la catástrofe, la necesidad de trabajar con la comunidad de desarrollo (control social) y las universidades (profesores / estudiantes) para las lagunas en la materia y la corrupción

Descriptores: Teresópolis. Accidentes ambientales. Cuidados de Enfermería. Los deslizamientos de tierra. Impactos Ambientales

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – Dedo de Deus.....	15
Imagem 2 – Vista panorâmica do bairro Granja Florestal.....	19
Imagem 3 – Cemitério Municipal de Teresópolis – Carlinda Berlin.....	20
Imagem 4 – Morro do Espanhol.....	46
Imagem 5 – Ponte Nova Friburgo.....	55
Imagem 6 – Vista Panorâmica Teresópolis.....	85
Imagem 7 – Bairro Granja Florestal.....	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação de Unidades de Programa de Saúde da Família Teresópolis	51
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
3.1 A Saúde no Brasil	20
3.2 Processo Saúde - Doença no Brasil.....	26
3.3 Problemas Ambientais Relacionados a Ocupação de Risco.....	38
3.4 A Promoção da Saúde como instrumento para Populações Saudáveis...	43
3.4 Relação Meio Ambiente e Saúde.....	45
4 MÉTODO.....	46
4.1 Tipo e Natureza da Pesquisa.....	46
4.2 Aspectos Éticos.....	50
4.3 O Cenário da Pesquisa.....	51
4.4 Participantes do Estudo.....	51
5 O DESVELAR DO FENÔMENO.....	55
5.1 A (re)construção do significado de cuidar/assistir sob o olhar dos enfermeiros o PSF de Teresópolis – RJ.....	55
5..2 As ações de saúde: Uma difícil tarefa para a equipe.....	63
5.3 A (re) construção versus Políticas de Saúde.....	72
5.4 O cuidar com amor supera desafios.....	76
5.5 Vivenciar a morte de frente.....	80
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	103
APÊNCIDE B – INSTRUMENTO COLETA DE DADOS.....	105
APÊNDICE C – PARECER APROVAÇÃO CEP.....	106
ANEXO A - RESOLUÇÃO Nº 196 DE 10 DE OUTUBRO DE 1996.....	107

1 INTRODUÇÃO

Reportando a minha cidade natal, onde vivi vários anos de minha vida e, nela, concretizei meu sonho de ser Enfermeira pela Fundação Educacional Serra dos Órgãos – FESO – torna-se inevitável não lembrar a minha infância feliz, onde passeava pela mata Atlântica e encantava-me com variados tons de verdes, suas flores e fauna que envolviam a cidade de Teresópolis, localizada na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, a 871 metros acima do nível do mar.

A cidade está localizada no topo da Serra dos Órgãos, formada de montanhas e picos conhecidos em todo o mundo, como o Dedo de Deus, o marco do alpinismo ou a Pedra do Sino (TERESÓPOLIS, 2008).

A Mata Atlântica, com suas árvores e flores e uma rica fauna, ainda não totalmente identificadas, decoram todo o entorno da cidade de Teresópolis.

De acordo com Ferradeira (S/D), as origens da cidade datam da primeira metade do século XIX. Embora a primeira descrição oficial tenha sido feita em 1788, por Baltazar da Silva Lisboa - que em seu relato descrevia a serra e também a Cascata do Imbuí - foi a partir de 1821 que a região começou a ser ocupada. Nessa época, o português de origem inglesa, George March, adquiriu uma grande gleba dando o nome de Fazenda Modelo de Santo Antônio do Paquequer. Assim, esse primeiro povoado se formou ao longo do caminho que ligava a Corte à província das Gerais. Foi o início do desenvolvimento da agricultura, da pecuária e do veraneio da região.

Lentamente, o povoado foi se desenvolvendo, passando à categoria de freguesia - Freguesia de Santo Antônio do Paquequer - em 1855. Entretanto, somente em 06 de julho de 1891, através do decreto de nº 280, do então Governador Francisco Portela, a freguesia é alçada à condição de município, passando a denominar-se Teresópolis (FERRADEIRA, S/D, p. 04).

Segundo Féo, (2010) a cidade recebeu esse nome em homenagem a Imperatriz Teresa Cristina, casada com D. Pedro II. Segundo relatos da história, o mesmo descreve que possivelmente a família imperial tenha se encantado com as belezas naturais e o clima da serra e, em terras de Teresópolis, tenha desfrutado de períodos de férias.

Hoje sua população é de aproximadamente 160.000 habitantes e, devido a acelerada urbanização, a Mata Atlântica, em Teresópolis, ocupa uma área bastante reduzida em relação a época do descobrimento (IBGE, 2010). Contudo, de

acordo com Rocha (1999), ainda preservam áreas significativas da floresta que são muito importantes sob o ponto de vista, ecológico, social e econômico, no que se refere ao lazer e turismo, certificando uma qualidade de vida plena à população.

A Mata Atlântica compreende a região costeira do Brasil essa região possui clima equatorial ao norte, quente temperado e úmido ao sul, tem temperaturas médias elevadas durante o ano todo e não apenas no verão. A alta pluviosidade nessa região deve-se à barreira que a serra constitui para os ventos que sopram do mar. Seu solo é pobre e a topografia é bastante acidentada e é conhecida como Serra do Mar. Sua altitude média é de 900 metros. Apresenta-se entre largos trechos entremeados de espaços bem estreitos. Afasta-se do mar em alguns pontos, se aproximando dele em outros. Os ventos úmidos que sopram do mar em direção ao interior do continente ao subirem resfriam-se e perdem a umidade que possuem; o excesso condensa-se e se precipita, principalmente nas partes mais altas da serra, formando nevoeiro ou chuvas (ALMEIDA E CARNEIRO, 1998).

Conforme laudo realizado pela Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Energia, Indústrias e Serviços do Rio de Janeiro (2011), a destruição do solo e a retirada da floresta rompem com o sistema natural de ciclagem de nutrientes. A remoção da cobertura vegetal traz consequências à superfície do solo tornando-a mais aquecida. Esse aquecimento aumenta as oxidações da matéria orgânica que se transforma rapidamente em materiais inorgânicos, solúveis ou facilmente solubilizados. Os solos deixam também de ser protegidos da erosão pelas chuvas. O laudo em questão cita sobre estudos realizados pela Embrapa onde constatam que, dos 3,5 milhões de hectares de pastagens que substituíram a floresta, 500 mil se degradaram num intervalo de tempo de 12 anos, além das queimadas e carvoeiros instalados.

A região serrana é formada por montes cobertos pela Mata Atlântica, onde os solos são mais instáveis e mais propensos a deslizamentos; além disso, outros fatores presentes importantes são a perda da biodiversidade devido a fragmentação dos ambientes (que leva ao desaparecimento de algumas espécies e à remoção de parte da vegetação), a poluição da água e do solo e o modelo predatório de ocupação da terra (GONÇALVES, 2009). A construção de casas e prédios em vales, próximos a rios, também facilita a formação de enchentes.

Em decorrência da demografia, da degradação do solo e da acelerada urbanização, Teresópolis tornou-se palco de episódios catastróficos, expondo sua população a condições de vulnerabilidade.

O episódio, considerado por órgãos competentes, como a maior catástrofe natural desde 1967, (SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, ENERGIA, INDÚSTRIAS E SERVIÇOS, 2011), ocorreu na madrugada do dia 12 de janeiro de 2011 quando ocorreu um deslizamento de terras, enxurradas arrastando árvores, casas, estradas inteiras, atingindo moradores, tomando bairros inteiros, inundando prédios em segundos.

Regiões de Teresópolis, Nova Friburgo e Petrópolis ficaram destruídas ou cobertas pela lama, em um cenário semelhante ao provocado pelo furacão Katrina, que devastou a cidade americana de Nova Orleans, nos Estados Unidos, em 2005.

Famílias inteiras morreram com a força da enchente ou com deslizamentos. Em alguns pontos, rios subiram até 5 metros e invadiram casas enquanto os moradores dormiam. Centenas de casas foram varridas pela terra que desceu das encostas, arrastando árvores e pedras.

O número exato, das mortes causadas pela catástrofe, até hoje, é duvidoso, pois as prefeituras das três cidades mais atingidas admitem que as equipes de resgates tiveram dificuldades de acesso aos locais de desmoronamento.

Segundo a Prefeitura Municipal de Teresópolis (2011), este foi o município com o maior registro de mortes, de acordo com a defesa civil 17 bairros foram atingidos por enchentes e deslizamentos. A periferia da cidade foi a área mais afetada.

Diante de tal catástrofe, uma equipe multidisciplinar foi mobilizada, promovendo ações de cunho variáveis, a fim de atender as vítimas em suas diferentes necessidades físicas, psicológicas e econômicas.

Além das dificuldades evidentes em relação ao estado geral dessa população, existia a barreira estrutural dos locais de atendimento. A princípio, os desabrigados e desalojados foram encaminhados ao Ginásio Poliesportivo Pedro Jahara, que logo alcançou sua capacitação máxima, sendo necessário o encaminhamento das vítimas para outros abrigos improvisados.

Sendo assim, com respaldo na realidade descrita e por mim observada, mergulhada na angústia das circunstâncias em que se encontram as vítimas dessa catástrofe que acometeu minha cidade natal, surgiram questionamentos que me

causaram inquietação: Quais as ações que deverão ser realizadas pela equipe de Saúde, em especial pelos enfermeiros, da Estratégia Saúde da Família (ESF), na prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde física e mental dessas vítimas? Considerando o quantitativo das famílias vítimas da catástrofe que necessitam de atendimento da ESFs da cidade de Teresópolis, questiona-se: de que precisam os profissionais da equipe de saúde da família, para contribuir com a população, sujeitos do seu cuidar em situação de fragilidade, decorrente de uma vida inteira destruída por uma catástrofe ambiental?

Evidentemente, catástrofes nem sempre são previsíveis, mas compreender o contexto em que ocorreram, pode reforçar sentimentos positivos e reduzir, minimizar os negativos, ao mesmo tempo contribuir para tomada de decisões adequadas à situação.

Em busca das respostas a essas indagações, movida por um inexorável sentimento de impotência diante de tantas vidas envolvidas nesse cenário de tristeza e destruição, emergiram os problemas supracitados. Espero que esse estudo provoque um (re)pensar das políticas públicas de saúde e meio ambiente das cidades que compõem a região serrana do estado do Rio de Janeiro, contribuindo para o entendimento da importância de planejamentos em relação a catástrofes ambientais.

2 OBJETIVOS

2.1 – Geral

Compreender as ações realizadas pelos enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na prevenção e promoção da saúde das vítimas da catástrofe ocorrida em Teresópolis em janeiro de 2011.

2.2 – Específicos

Desvelar as dificuldades enfrentadas adotadas pela equipe do Programa de Saúde da família em relação ao atendimento a essas vítimas da catástrofe em Teresópolis.

Verificar a existência de capacitação, apoiada numa concepção pedagógica, oferecida aos profissionais enfermeiros do PSF para atender essa população.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A Saúde no Brasil

3.1.1 de 1960 ao fim da ditadura militar

Em 1963, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde, instituída por lei já em 1937, objetivando oferecer orientações sobre as políticas de saúde. Essa Conferência teve como um dos seus objetivos primordiais uma análise realista das dificuldades enfrentadas, dos erros cometidos, das vitórias assinaladas em relação a luta contra os males que afligiam a população brasileira (BRASIL, 1963).

Foi nessa época que se registrou a maior participação do Ministério da Saúde no orçamento global da união, apesar das grandes tendências à sua diminuição (BERTOLOZZI E GRECO, 1996).

João Goulart promoveu importantes reformas de base administrativa, além da proposição de reforma agrária radical, estatização do abastecimento, nacionalização dos monopólios estrangeiros, bem como controle direto sobre o sistema de livre iniciativa e propriedade privada capitalista (BERTOLOZZI E GRECO, 1996).

O Instituto Nacional de Previdência Social conseguiu na década de 60 o terceiro orçamento da nação, ocupando o espaço primordial da prestação da assistência médica, paradoxalmente a esse quadro, houve no INPS, um déficit orçamentário devido a inúmeras fraudes que ocorreram na compra de serviços privados de assistência à saúde mascarando, de fato, o volume de unidades de serviço (BERTOLOZZI E GRECO, 1996).

Os autores supracitados, lembram que em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, centralizando e reforçando ainda mais a dominância do modelo clínico assistencial e curativista. Na verdade, justificou-se essa medida pela importância política e financeira que o antigo INPS tinha no cenário da época.

Paralelo a criação do Ministério da Previdência Social foi instituído, pela Lei nº 6168 de 09.12.74, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que representou importante estratégia de ação do Estado na área social, por apoiar financeiramente o desenvolvimento de programas e projetos de interesse do setor público nas áreas de saúde e saneamento, educação, trabalho, previdência e assistência social, além de projetos de cunho social voltados para pessoas físicas

junto ao setor privado (BRASIL, LEI Nº 6.168 - DE 9 DE DEZEMBRO DE 1974 - DOU DE 10/12/1974).

Em 1975, como resultado da V Conferência Nacional de Saúde, foi regulamentada a Lei 6.229 de 17 de julho, que criou o Sistema Nacional de Saúde, o qual legitimava e institucionalizava a pluralidade institucional no setor. Através dessa Lei foram definidas as responsabilidades das várias instituições, cabendo à Previdência Social, a assistência individual e curativa, enquanto que, os cuidados preventivos e de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BERTOLOZZI E GRECO, 1996).

Em 1976, foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. A Vigilância Ambiental, começou a ser pensada e discutida, a partir da década de 1990, especialmente com o advento do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – VIGISUS (BRASIL, 1998 E EPSJV, 2002).

Em decorrência de um quadro epidemiológico que passou a evidenciar-se havia coexistência de doenças infecto-contagiosas e doenças crônico-degenerativas, além de doença de Chagas, esquistossomose e malária, dentre outras que eram mais comuns em zona rural, passaram a afligir também as cidades, aumentando a demanda por consultas médicas ambulatoriais. Diante disso foram propostos programas que tiveram um impacto político importante, como o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAM) e Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Tratavam-se de programas voltados, na teoria, para a atuação preventiva, na tentativa de buscar eliminar as condições causadoras das enfermidades. O PRONAM estava sendo lançado numa segunda tentativa e, desta vez, não mais centrava suas ações sobre a industrialização de alimentos, mas sim tinha em vista a compra de insumos e o estímulo à oferta dos alimentos básicos. Já o PIASS propunha-se a implementar e operar uma estrutura básica de saúde e saneamento (BERTOLOZZI E GRECO, 1996).

Segundo Bertolozzi e Greco (1996) Em 1977, efetivou-se mais um movimento burocrático administrativo, na tentativa de promover a reordenação do sistema de saúde, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que congregava diversas entidades previdenciárias, como o Instituto de Administração Financeira (TAPAS) que gerenciaria o Fundo de Previdência de

Assistência Social, o INPS - a quem competiria a concessão de benefícios e outras prestações em dinheiro, além de programas assistenciais -, o INAMPS - que se responsabilizaria pela prestação de assistência médica individual aos trabalhadores urbanos e rurais -, além da Fundação Legião Brasileira de Assistência - voltada para a prestação de assistência social população carente, da Central de Medicamentos (CEME) e da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor, dentre outras.

Em 1978, aconteceu a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, a mesma foi o ponto culminante na discussão contra a elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais. Na conferência, reafirmou-se ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e que reconhecesse a sua determinação intersetorial (BRASIL, 2011).

No início dos anos 80 ainda, com a crise financeira no setor da saúde, que se expressava na seguridade social e no modelo privatizante, para o caso específico do Brasil, o resultado não esperado pelas alterações do pós-64 foi a instabilidade dos arranjos de políticas sociais que foram ampliadas para um universo de beneficiários extremamente pulverizado, massificando-se a possibilidade de acesso, tornando os subsistemas de proteção reféns da situação (COSTA, 1996). Nessa década iniciou-se com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. As propostas alternativas ao modo oficial de atenção à saúde caracterizam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização (BRASIL, 2011).

Conforme descrito por Bertolozzi e Greco (1996) em consequência do acirramento da crise política, um grupo de técnicos, composto por representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, formulou um Programa, o Prev-Saúde - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, elaborado em 1980. Este teve como objetivos gerais, a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, saneamento e habitação. Tinha como pressupostos básicos a hierarquização das formas de atendimento, de forma tal que a atenção primária se constituísse na porta de entrada dos clientes no sistema de saúde. Além disso, colocavam-se também como pressupostos básicos, a participação comunitária, a integração dos serviços existentes (público e privado) e a regionalização definida por área e população.

Em decorrência às suas propostas, consideradas pela maioria como "progressistas" esse projeto foi rejeitado e severamente discriminado. Posteriormente, foi constituído o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) com o objetivo de reorientar as proposições do Prev-Saúde, para que fossem reduzidos os custos da assistência médica. É importante mencionar que a criação desse Conselho foi feita de forma bastante autoritária, pois não contemplava na sua composição, a participação expressiva de trabalhadores da saúde e da comunidade. O plano proposto pelo Conselho representava um reforço nas políticas racionalizadoras e na organização da assistência médica pela Previdência. Apresentava como princípios, a priorização das ações primárias com ênfase na assistência ambulatorial, a integração das instituições nos três níveis - federal, municipal e estadual - a partir de um sistema regionalizado e hierarquizado, bem como a utilização plena da capacidade de produção e a participação na introdução do Plano (BERTOLOZZI E GRECO, 1996).

Segundo Bertolozzi e Greco (1996) o Governo assumiu a crítica ao modelo de saúde previdenciária vigente, fazendo com que o mesmo viesse a representar uma opção de política de saúde, o que deu início ao processo de mudanças na medicina privada e mercantil. Na impossibilidade de conciliar os interesses e adiar a solução das questões emergentes, em 1981 o Governo constituiu uma proposta, o Plano de Ações integradas de Saúde (AIS) como uma estratégia governamental, que contemplava interesses municipais e estaduais e que conferia maior racionalidade aos serviços básicos do setor público, através do estabelecimento de convênios com o Ministério da Previdência e Assistência Social, que porém, apesar da vontade política de certos setores no sentido de expandir rapidamente aos seus princípios, o que se verificou foi uma lenta adesão dos municípios ao convênio. Essa morosidade era decorrente, além de outras causas, da carência de informações para a definição do Plano de Aplicação Municipal, bem como e, acima de tudo, pela postura do INAMPS que impunha determinadas exigências.

3.1.2 da "nova república" até a atualidade

Devido a morte precoce do então Presidente da República Tancredo Neves, José Ribamar Sarney assumiu o posto presidencial, tendo início a chamada "Nova República". No intuito de conter a extensa crise inflacionária vivida pelo país, surgiram várias propostas em relação a planos econômicos, que pouco transformaram a realidade econômica e social da nação, ainda privilegiando os setores mais ricos, em detrimento da maciça população brasileira (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

Com o início desse governo de "transição", desencadearam-se no setor saúde, diferentes medidas que tinham o objetivo de alterar as políticas que privilegiavam a atenção privatizante em detrimento das ações do setor público (FIGUEIREDO, 2003).

Intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário desencadearam o processo de reforma sanitária, impulsionando à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Em decorrência desse processo, em 1986, o Ministério da Saúde convocou a VIII Conferência Nacional da Saúde. Ao contrário das Conferências de Saúde que haviam sido convocadas até então, e que discutiam questões de caráter essencialmente técnico. A VIII Conferência Nacional de Saúde inovou, no que toca escolha da temática - Direito Saúde. Sistema de Saúde, participação da sociedade civil e ao processo preparatório que envolveu profissionais da saúde, intelectuais, usuários e membros de partidos políticos e sindicatos (BRASIL, 1986).

Dessa forma, a VIII Conferência representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado:

Em seu sentido mais abrangente, a SAÚDE é o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Os princípios definidos nesse grande encontro entre governo, produtores de serviços de saúde públicos, privados e filantrópicos e usuários foram definitivamente

garantidos, em forma de lei, pela Constituição Federal, publicada em 1988, segundo a qual a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. É no capítulo “Saúde” que fica criado o Sistema Único de Saúde, o SUS (BRASIL, 1988).

Entretanto cabe explicitar que o Estado se antecipou a implementação do SUS, criando em julho de 1987 o decreto que aprovou a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que incluía a redução da máquina previdenciária do nível estadual, a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios e o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo. Além disso, a implementação do SUDS dependia do grau de compromisso dos governantes. O processo de mobilização da sociedade teve continuidade nos trabalhos de elaboração da nova constituição democrática, que culminou com aprovação de um capítulo inédito da Constituição que versava sobre a saúde, no qual se refletia, em parte, o pensamento e a luta do movimento sanitário (ESCOREL, 1999).

Dessa maneira, vale ressaltar alguns pontos importantes na Carta Magna de 1988 – O direito universal à saúde: a saúde como um dever do Estado: a constituição do SUS, integrando todos os serviços públicos em uma rede: além da preservação dos princípios aprovados pela VIII Conferência e a participação do setor privado no SUS de forma complementar. bem como a proibição da comercialização de sangue e de seus derivados (BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil- Carta Magna, 1988). (Re)definindo o conceito de saúde em sua complexidade, como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade e hierarquização (BRASIL, 2006).

Além dos pontos destacados pelo autor supracitado, Figueiredo (2003) enfatiza que a década de 1980 teve como grande marco a abertura política com o fim da ditadura. Em âmbito econômico, no entanto, configurou-se uma profunda recessão, com altas taxas inflacionárias, desemprego e subemprego demonstrado pela ampliação do mercado informal. Todo esse contexto contribuiu ainda mais para o aprofundamento da crítica crise financeira já existente.

3.2 Processo Saúde - Doença no Brasil

3.2.1 a dimensão ambiental na política de saúde

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária expôs, no marco da VIII Conferência Nacional de Saúde segundo o qual esta seria decorrente de condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, emprego, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986). É importante frisar a incorporação do meio ambiente como elemento constitutivo da saúde humana. De igual maneira, as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas desde 1986, também chamam atenção para a íntima relação entre a saúde humana e a saúde ambiental (FIGUEIREDO, 2003).

Em 1995, foi publicado pelo Ministério da Saúde o Plano Nacional de Saúde e Ambiente (PNSA), apoiado em três dos princípios do Sistema Único de Saúde: Universalidade, integralidade e equidade. Porém, esse plano se caracterizou pela ambigüidade na formulação de suas propostas, que até hoje não conseguiram sair do papel. Por outro lado, o referido plano é desconhecido de praticamente todos os setores da sociedade brasileira, inclusive dos profissionais de saúde, o que, compromete sensivelmente sua possibilidade de implementação (FIGUEIREDO, 2003).

Herculano *et al.* (2000) apresentam alguns aspectos que compõem o quadro ambiental brasileiro, os quais estão relacionados às mudanças ambientais globais e importantes impactos na saúde.

O Brasil é o quinto país do mundo em termos de toneladas de pesticidas lançadas no ambiente; é aquele que mais despeja mercúrio em águas continentais; é o segundo no ranking mundial em termos de número absoluto de óbitos no trânsito e tem uma elevada taxa de urbanização (cerca de 75% de sua população).

Dentro desse contexto, o processo saúde-doença, bem como seus desfechos, é influenciado por diversos fatores – biológicos, psicossociais, culturais, ambientais, sociais, entre outros – determinantes das condições que podem predispor o indivíduo a um resultado positivo (bem-estar, cura) ou a um resultado negativo (doença, sequela, morte). É importante compreender que tais fatores interagem, tornando os indivíduos mais ou menos vulneráveis a certos tipos de agravos à saúde (SENAC, 2009). Desequilíbrios nos diversos tipos de ambiente onde o ser humano transita – seja social, de trabalho, dos serviços de saúde e outros – estão

intimamente relacionados a fatores que favorecem a persistência das doenças, em especial, as transmissíveis.

Outro fator que interfere no processo de adoecimento está relacionado às alterações no clima da Terra. A ação do homem no decorrer do século XX aumentou em cerca de 30% a presença de gases do efeito estufa na atmosfera em comparação com a era pré-industrial. Essas mudanças representam uma ameaça sem precedentes ao desenvolvimento humano (Relatório do Desenvolvimento Humano, 2006).

A história mostra que o homem sempre utilizou os recursos naturais para o desenvolvimento da tecnologia e da economia e, com isso, garantir uma vida com mais qualidade (SENAC, 2009).

Entretanto, é fácil constatar que essa equação (exploração dos recursos naturais = desenvolvimento econômico e tecnológico = qualidade de vida) não vem se revelando verdadeira. Isso porque os recursos oriundos da natureza estão sendo aproveitados de forma predatória, causando graves danos ao meio ambiente e refletindo negativamente na própria condição de vida e de saúde do homem (MORAES, 2004).

Nesse sentido, Moraes (2004, p.36) expõe que "tudo se tornou válido em nome do progresso, do bem estar da sociedade e da vida mais confortável".

Sendo assim, a autora supracitada enfatiza que a busca do homem por uma vida melhor está lhe trazendo doenças, problemas sociais e comprometendo seu futuro na Terra, já que suas ações são altamente degradantes.

Diante desse quadro, fica claro que meio ambiente e saúde são temas completamente indissociáveis, sendo certo que o ordenamento jurídico nacional contempla tal relação (GRANZIERA E DALLARI, 2005).

As interações homem-ecossistema devem ser avaliadas constantemente a fim de que possa ser identificado e quantificado o impacto de um sobre o outro (SOARES *et al*, 2004).

Dessa forma, é certo que qualquer dano causado ao meio ambiente provoca prejuízos à saúde pública e vice-versa. "A existência de um é a própria condição da existência do outro" (GRANZIERA E DALLARI, 2005).

Os efeitos deletérios das influências ambientais sobre a saúde da população vêm atraindo a atenção daqueles que se preocupam com a saúde pública em todo o mundo. Se por um lado a industrialização proporcionou uma melhora da qualidade

de vida da população em geral, de outro, a localização de parques industriais nas periferias das grandes cidades, frequentemente, são responsáveis pela liberação de substâncias químicas nocivas à saúde que contaminam o ar, a água, e o solo (SILVA *et al*, 2002).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2000), existem hoje “perigos tradicionais e modernos” decorrentes das relações entre o meio ambiente e saúde. O primeiro está relacionado à pobreza e ao subdesenvolvimento: falta de acesso à água potável e ao saneamento básico em geral, contaminação dos alimentos por microrganismos patogênicos, catástrofes naturais como inundações, terremotos e secas, eliminação deficiente dos resíduos sólidos, entre outros. Já o segundo tem a ver com o desenvolvimento insustentável característico das sociedades modernas, que traz como consequência a poluição do ar, da água e do solo, desmatamentos, mudanças climáticas, riscos químicos e radioativos, entre outros.

Sendo assim, o conceito de conservação ambiental diz respeito à utilização racional de um recurso qualquer de modo a permitir a obtenção de determinado rendimento, garantindo-se, entretanto, a renovação dos recursos (SENAC, 2009). Dessa forma deve-se prever a ação de conservar de maneira que o meio ambiente seja utilizado de modo apropriado, afirma o autor supracitado. O mesmo enfatiza que tal ação deverá ser realizada dentro dos limites capazes de manter sua qualidade e seu equilíbrio em níveis aceitáveis.

Porém, Por outro lado temos a degradação ambiental, termo utilizado para definir tudo que põe em risco a saúde do planeta e de seus habitantes. Qualifica as alterações e os desequilíbrios provocados no meio ambiente que prejudiquem os seres vivos ou impeçam os processos vitais que ali existiam antes dos danos. Embora os desequilíbrios provocados no meio ambiente possam ser causados por efeitos naturais, a forma de degradação que mais preocupa governos e sociedades é aquela causada pela ação humana. Esta em geral, tem impactos negativos sobre os recursos naturais e a saúde das pessoas. O ar, as águas, o solo e o meio sociocultural são afetados. Algumas das formas mais conhecidas de degradação ambiental proveniente da ação humana são a desestruturação física do solo (erosão), a poluição e a contaminação do ambiente (SENAC, 2009).

Outro fato que contribui para a degradação sob a abordagem de Jacobi (1990) é a distribuição da população no espaço urbano que segue os padrões de

desigualdade. De um lado, a periferia da cidade, sem infra-estrutura urbana básica, é ocupada por grupos menos privilegiados, de baixa renda e piores condições de saúde. Do outro, áreas com acesso total às facilidades urbanas, ocupadas por grupos de alta renda, vivendo em moradias satisfatórias e com melhores padrões de saúde.

A urbanização desenfreada, sem mecanismos regulatórios e de controle, típica dos países periféricos, trouxe consigo enormes repercussões na saúde da população. Problemas como a insuficiência dos serviços básicos de saneamento, coleta e destinação adequada do lixo e condições precárias de moradia, tradicionalmente relacionados com a pobreza e o subdesenvolvimento, somam-se agora à poluição química e física do ar, da água e da terra, problemas ambientais antes considerados "modernos". Novamente, é sobre as populações mais carentes que recai a maior parte dos efeitos negativos da urbanização, gerando uma situação de extrema vulnerabilidade, desigualdade e iniquidade ambiental e em saúde (GOUVEIA, 1999).

Na linguagem corrente Deschamps e Rodrigues (2009) descrevem vulnerabilidade como "qualidade de vulnerável", ou seja, o lado fraco de um assunto ou questão, ou o ponto por onde alguém pode ser atacado, ferido ou lesionado, física ou moralmente, por isso mesmo vulnerabilidade implica risco, fragilidade ou dano.

No que tange o conceito de vulnerabilidade social de uma população, de acordo com Confalonieri (2003) esse tem sido utilizado para a caracterização de grupos sociais que são mais afetados por estress de natureza ambiental, inclusive aqueles ligados ao clima.

Sob a concepção do autor supracitado o estudo da vulnerabilidade social e ambiental das populações sujeitas aos efeitos dos impactos climáticos na sua integridade física e bem-estar é de fundamental importância para a orientação de ações preventivas. Essa situação vem desenvolvendo conceitos sobre vulnerabilidade, vindos de comunidades científicas que estudam os efeitos e a prevenção de impactos dos chamados desastres naturais.

Diante de tal realidade, Confalonieri (2003) destaca que os impactos na saúde estão representados principalmente pela morbimortalidade decorrente dos deslizamentos de terra que ocorrem em áreas habitadas de alto risco e também pelos surtos epidêmicos de leptospirose em áreas habitadas alagáveis. Essa

situação decorre das formas precárias de ocupação e uso do solo urbano, com seus conhecidos determinantes socioambientais e, no caso da leptospirose, da precariedade da infra-estrutura de saneamento (drenagem, coleta de lixo dentre outros).

Deschamps e Rodrigues (2008) destaca que as condições geofísicas dos solos, da disponibilidade de equipamentos e serviços públicos, de fatores logísticos associados aos requisitos das atividades econômicas, das políticas públicas de transporte e de ordenação de uso do solo, da herança histórica do processo de ocupação territorial e das estratégias dos movimentos especulativos, direcionaram o processo de urbanização e integração das malhas urbanas de municípios vizinhos, adensando o espaço tipicamente metropolitano e expandindo a malha urbana. A par dessas características, as condições preexistentes no meio ambiente, a demografia, o sistema social e a infra-estrutura estão entre os principais fatores de vulnerabilidade.

Sendo assim destacamos um crescimento diferenciado em determinados espaços metropolitanos que marcam o aprofundamento da segregação socioespacial. Populações de baixa renda têm ocupado, legal ou ilegalmente, áreas ambientalmente vulneráveis, estando, dessa forma, expostas a um outro processo intraurbano: o da “segregação ambiental” (DESCHAMPS E RODRIGUES, 2009).

Dentro de uma concepção embasada na preocupação com os aspectos destacados, Marc Lalonde, ministro da Saúde canadense, em 1979, chamou a atenção para os excessivos gastos com os serviços de saúde e destacou a importância do estilo de vida, da biologia humana e dos fatores ambientais como os principais determinantes do processo saúde/doença (COSTA E CARBONE, 2004).

Em 1978, a Conferência de Alma Ata (na antiga União Soviética) estabeleceu as estratégias da atenção primária à saúde, objetivando alcançar a “Saúde para todos no ano 2000” (BRASIL, 1978).

A partir da Agenda 21, em 1992, ao conceito de promoção da saúde une-se ao de cidade saudável, entendida em sua dimensão tríplice; Saúde – alicerçada na qualidade de vida, intersetorialidade e participação popular. Nesse contexto, a estratégia da saúde da família proposta pelo governo brasileiro elege a família como núcleo social alvo em um território definido e agrega ainda os princípios da responsabilidade social, interdisciplinaridade e intersetorialidade além da vigilância em saúde (COSTA, 2004).

No debate sobre promoção da saúde e qualidade de vida, um especial destaque deve ser dado ao tema das políticas públicas saudáveis, da governabilidade, da gestão social integrada, da intersectorialidade, das estratégias dos municípios saudáveis e do desenvolvimento local. Para Buss (2000) estes são mecanismos operacionais concretos para implementação da estratégia da promoção da saúde e da qualidade de vida, com ênfase particular no contexto do nível local.

A história mostra que o homem sempre utilizou os recursos naturais para o desenvolvimento da tecnologia e da economia e, com isso, garantir uma vida com mais qualidade. Diante de tal afirmativa, as interrelações entre população, recursos naturais e desenvolvimento têm sido objeto de preocupação social e de estudos científicos constatando que meio ambiente e saúde são temas completamente indissociáveis.

Dentro desse contexto Campbel (1992) afirma que a saúde e o meio ambiente são categorias sociais construídas no jogo das relações sociais, compreendendo sempre a natureza e a vida. No mundo moderno, estas questões estão colocadas em estreita relação com a questão da concentração das populações nas cidades. A intensa urbanização em curso no final deste século assume proporções inusitadas. Neste contexto, a problemática saúde e meio ambiente revela-se particularmente importante para as populações das periferias das grandes metrópoles. Aí parecem precipitar-se e condensar-se todos os aspectos do problema, bem como suas implicações práticas e teóricas.

3.2.2 SUS – sistema único de saúde

Em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e aprovado pela Lei Federal nº 8080/90 (BRASIL, 1990) e nº 8.142 Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 1996), norteado pelos princípios da universalização da assistência, equidade no acesso aos serviços de saúde, integração e regionalização dos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, a descentralização das ações de saúde, integração dos serviços de saúde, implementação de distritos sanitários, constituição e o pleno desenvolvimento de instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde (BRASIL, 2008). Dessa forma, foi na VIII Conferência Nacional de Saúde que se recomendou a criação de um Sistema Único de Saúde, que se constituísse em um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à Previdência Social (BRASIL, 1986).

Como síntese das discussões sobre políticas de saúde e direito à saúde, o SUS procura unificar todas as instituições e serviços de saúde num único sistema – um comando único no governo federal (Ministério da Saúde), um comando único nos estados (Secretarias Estaduais de Saúde) e um comando único nos municípios (Secretarias Municipais de Saúde). O objetivo era tentar resolver a dicotomia entre a saúde pública (mais preventiva) e a assistência médica (mais curativa), oferecendo uma atenção integral à saúde. Esse sistema de saúde, propõe a descentralização de recursos, decisões e responsabilidades para os estados e municípios e a criação de mecanismos para o chamado controle social, no qual a população participa dos conselhos gestores que administram o SUS através de representantes, manifestando seus interesses quanto a planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde (FIGUEIREDO, 2003).

Diante do contexto apresentado, o SUS foi definido como um conjunto de ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 1998).

A Lei 8.080/90 determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

- I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II – no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente
- III – no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1998).

Quanto ao SUS, CONSTA NO art. 198 da Constituição de 1988, o SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – Participação da comunidade.

Parágrafo Único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recurso do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

Sendo assim, o texto Constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as

necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania (BRASIL, 2011).

Porém, segundo Costa (2004), atualmente, existe no mundo inteiro, uma pressão sobre o sistema de saúde motivada pelo aumento da demanda por serviços, sendo os principais fatores: mudanças demográficas – o envelhecimento da população, visto que estudos feitos na Europa demonstram que as pessoas acima de 65 anos consomem entre 5 a 12 vezes mais medicamentos que as pessoas abaixo dessa idade. As pessoas idosas geralmente padecem de mais de uma patologia crônico-degenerativa (diabetes, hipertensão, artroses etc.), as quais demandam consultas e controle freqüentes e exames mais sofisticados. Novas doenças como a AIDS, Hepatite C, estresse, doenças cardiovasculares, traumas etc., que demandam diagnósticos e tratamentos sofisticados, assim como novos tratamentos, como os recentes avanços na área do câncer e dos transplantes, que prolongam a sobrevida e aumentam a pressão pelo acompanhamento médico, também são fatores que contribuem na pressão existente no sistema de saúde.

3.2.3 saúde da família – objetivos do modelo

Criado pelo Ministério da Saúde em 1994, através do Sistema Único de Saúde (SUS), implantou o Programa de Saúde da Família (PSF) a fim de propor uma ruptura epistemológica com o velho modelo assistencial de saúde, contribuindo para a construção de um novo paradigma (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde em documento “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” (BRASIL, 1997), de acordo com o autor em questão, os objetivos da implantação do modelo de saúde da família são: prestar assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida; estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. Sendo assim, fica claro que o seu principal propósito é reorganizar a prática

da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida e o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2006).

O programa cresceu rapidamente e, a partir de 1997, passou a ser interpretado como uma estratégia e atividade assistencial integrada à rede e que deveria funcionar como porta de entrada para o sistema de saúde (BRASIL, 2000). A partir de então, a Estratégia Saúde da Família, assumindo um caráter substitutivo do modelo tradicional, apresentou expansão acentuada no número de suas equipes em todo o País. Esse crescimento redefiniu sua importância no processo de reorganização da atenção primária à saúde (APS) e estimulou o discurso sobre questões relacionadas à qualificação e à resolubilidade das equipes de saúde. O Ministério da Saúde passou então a incentivar atividades de monitoramento e avaliação, buscando a institucionalização de processos avaliativos (FELISBERTO, 2006).

Apesar das inúmeras polêmicas que cercam a discussão sobre a estratégia “Saúde da Família”, ela vem se consolidando como uma Política Nacional, existindo hoje, aproximadamente um total de 28.100 equipes em todo o país, atendendo mais de 90 milhões de pessoas. Essa reorganização do modelo assistencial do SUS, na rede básica de saúde, âmbito municipal, tem alcançado bons resultados, quando os gestores se empenham na manutenção da operacionalização do programa. Com isso a população é beneficiada, pois se rompe o paradigma de consultório e hospitalização, o atendimento extrapola os limites das instituições e ganha caminhos

rumo ao ambiente onde vive o indivíduo o que possibilita um entendimento melhor da causa das doenças que acometem as famílias (BRASIL, 2008).

3.2.3.1 funcionamento das unidades de saúde da família

Segundo Costa e Carbone (2004), as Unidades de Saúde da Família funcionam norteadas por algumas diretrizes operacionais e conceitos próprios, como: Adscrição da clientela – cada unidade é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adscrita) a uma área (território de abrangência). Cada unidade de saúde da família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Uma equipe é responsável por uma área onde residam entre 600 a 1.000 famílias, com um limite máximo de 4.500 habitantes. Cadastramento – As equipes deverão realizar o cadastramento das famílias através de visitas aos domicílios, de acordo com a área territorial que foi preestabelecida para a adscrição. Integralidade e hierarquização – A unidade de saúde da família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, chamado atenção básica. Necessita estar vinculada à rede de serviços, de forma que seja garantida atenção integral aos indivíduos e às famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para níveis superiores de complexidade. Equipe multiprofissional – Cada equipe é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais como dentistas, assistentes sociais e psicólogos, podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio

3.2.3.2 atribuições dos membros da estratégia de saúde da família

As equipes de saúde da família devem estar capacitadas para identificar a realidade epidemiológica e sociodemográfica das famílias adscritas; reconhecer os problemas de saúde prevalentes e identificar os riscos aos quais a população está exposta; planejar o enfrentamento dos fatores desencadeantes do processo saúde/doença; atender à demanda programada ou espontânea; utilizar corretamente o sistema de referência e contra-referência; promover educação à saúde e melhorar o auto cuidado dos indivíduos; incentivar ações intersetoriais para enfrentar os problemas identificados (BRASIL, 2006).

3.2.3.3 composição das equipes de saúde da família

a) O profissional médico - Segundo Costa e Carbone (2004), deve ter sólida formação geral visto ter por função atender a todos os componentes das famílias, independente do sexo ou idade. Deve procurar acompanhar os indivíduos, as famílias e a sociedade em todas as fases do seu ciclo vital, e não apenas nos momentos do adoecer.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), suas principais atribuições são: Prestar assistência integral aos indivíduos, valorizar a relação médico/paciente/família como parte do processo terapêutico, aproveitar os contatos com a comunidade para abordar aspectos de educação em saúde, empenhar-se em manter as pessoas saudáveis, executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em seu território, executar as ações de assistência, inclusive primeiros atendimentos nas urgências e pequenas cirurgias, promover a qualidade de vida, ajudar a desenvolver junto à equipe e à comunidade o conceito de cidadania, participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades.

b) Enfermeiro – O enfermeiro desenvolve seu processo de trabalho em dois locais: na unidade de saúde, junto à equipe de saúde e na comunidade, onde apoia e supervisiona o trabalho dos agentes comunitários de saúde e assiste às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), suas atribuições básicas são: No nível de sua competência, responsabilizar-se pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica, capacitar os agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, aproveitar os contatos com a comunidade para promover ações de educação em saúde, promover a qualidade de vida, e contribuir para tornar o meio ambiente saudável, discutir junto à equipe da unidade e com os indivíduos e famílias de sua área de atuação as relações existentes entre cidadania e saúde, programar e planejar as ações e a organização do trabalho da unidade, em conjunto com os demais profissionais da equipe.

c) Auxiliar de enfermagem – O auxiliar de enfermagem desenvolve suas ações na unidade de saúde, nos domicílios e na comunidade. Ainda, sob a luz do Ministério da Saúde, suas principais atribuições são: junto com os agentes comunitários de saúde (ACS), atuar na identificação das famílias de risco, auxiliar os ACS nas visitas domiciliares, acompanhar as consultas de enfermagem, executar, segundo sua

qualificação profissional, procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica, participar das discussões e organização do processo de trabalho da unidade de saúde (BRASIL, 2006).

d) Agente comunitário de saúde – Desenvolve ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e participa da programação das unidades onde, também, suas atividades são supervisionadas. De acordo com o Ministério da Saúde (2006), suas principais funções são: mapear sua área de atuação, cadastrar as famílias de sua área, mantendo o cadastro sempre atualizado, identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco, realizar visitas domiciliares mensais, colher dados para análise da situação das famílias acompanhadas, desenvolver ações básicas de promoção da saúde e prevenção de doenças, promover educação em saúde e mobilização comunitária para melhorar a qualidade de vida, incentivar a formação de conselhos locais de saúde, informar a equipe da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades, participar do processo de programação e planejamento local das ações de saúde. Sendo assim, o agente comunitário de saúde é o elo entre a USF e a comunidade (BRASIL, 2006).

e) Profissionais de saúde bucal – De maneira genérica, o Ministério da Saúde (2006) atribui as seguintes responsabilidades aos profissionais de saúde bucal: participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe, identificar as necessidades e expectativas da população com relação à saúde bucal, executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal, executar ações básicas de vigilância epidemiológica, sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal, desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

f) Cirurgião dentista – Segundo o Ministério da Saúde (2006), são atribuições do cirurgião dentista: Realizar exames clínicos para diagnóstico epidemiológico, realizar os procedimentos clínicos previstos pela Norma Operacional Básica – NOB-SUS/96 e Normas Assistenciais à Saúde – NOAS – MS/2001, encaminhar, quando necessário, os usuários para níveis de maior complexidade, realizar atendimento inicial nas urgências, realizar pequenas cirurgias, prescrever medicamentos de sua área de atuação, emitir documentação sobre assuntos de sua competência, estabelecer plano de prioridades locais, coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal, supervisionar seus auxiliares.

Porém, é importante ressaltar, conforme destaca Beluci (2009) que a intenção do Governo Federal do Brasil de duplicar o número de Equipes de Saúde da Família no país, traz para os gestores municipais, coordenadores e encarregados da formação acadêmica das Equipes de Saúde da Família, de imediato, a preocupação com os profissionais necessários para esse esforço, de forma que o quantitativo não se sobreponha ao qualitativo, o que, aos olhos do autor em questão, seria um ponto negativo no que tange o grande poder de mudança do PSF.

Diante do exposto, entendemos que a construção social do novo sistema de saúde exige mudanças na concepção do processo saúde/doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária, que deixa de ser focada na concepção saúde/doença e passa a ser centrada na prevenção, promoção e proteção da saúde (FIGUEIREDO,2003).

De acordo com Costa (2004) o paradigma sanitário deixa de ser flexneriano e passa a privilegiar a produção social da saúde. A prática sanitária não se fixa na atenção médica meramente curativa, e mantém a vigilância da saúde.

Sendo assim:

Cada equipe de saúde da família é capacitada para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável e para elaborar, com a participação da comunidade, um plano local que vise enfrentar os determinantes do processo saúde/doença (BELUCI, 2009).

3.3 Problemas Ambientais Relacionados a Ocupação de Risco

De acordo com Araújo (1992), a partir das últimas quatro décadas do século passado, seguindo tendência mundial, têm-se observado, no Brasil, processos de transição que produziram e ainda produzem importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes na população. A chamada Transição Demográfica, um desses processos, resultou em significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, no aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. A Transição Epidemiológica, um segundo processo verificado, redundou em novo perfil de morbimortalidade, condicionado à diversidade regional quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, um "modelo polarizado de transição."

Segundo Malta *et al.* (2006), a Transição Epidemiológica, por sua vez, decorre da urbanização acelerada, do acesso a serviços de saúde, dos meios de

diagnóstico e das mudanças culturais, expressivos nas últimas décadas, entre outros fatores.

O cenário epidemiológico brasileiro é complexo. Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se redução progressiva; em 2003, essas doenças já responderam por apenas 5% dessas mortes, aproximadamente. As doenças cardiovasculares, contudo, representavam somente 12% das mortes na década de 30, são, atualmente, suas principais causas em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço de nossos óbitos. Em segundo lugar, estão os cânceres e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violências (BARBOSA *et al.*, 2003).

Diversos fatores, como redução da mortalidade precoce e aumento da expectativa de vida, impulsionaram essa mudança no padrão de mortalidade, inclusive a própria mudança demográfica do País. O Brasil apresenta, em suas cinco macrorregiões – Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste –, uma heterogeneidade demográfica e socioeconômica bastante grande, que se reflete em distintos padrões de mortalidade e de morbidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Seu enfrentamento, tanto na prevenção quanto na atenção às pessoas já acometidas, exige respostas diferenciadas por parte dos gestores estaduais e municipais, adequadas à realidade encontrada em cada caso (MALTA *et al.*, 2006).

O movimento da medicina preventiva propôs uma mudança da prática médica através de reforma no ensino médico, buscando a formação de profissionais médicos com uma nova atitude nas relações com os órgãos de atenção à saúde; ressaltou a responsabilidade dos médicos com a promoção da saúde e a prevenção de doenças; introduziu a epidemiologia dos fatores de risco, privilegiando a estatística como critério científico de causalidade (TORRES, 2002).

A Portaria nº 48 de 21 de junho de 1972 da Secretaria de Assistência Médico-Social do Ministério do Trabalho e Previdência Social, publicada em 1972, causou grande impacto no modelo de saúde, uma vez que esse documento determina que a assistência médica a ser prestada pelos órgãos da Previdência Social "deverá ser preventiva, curativa e organizada de modo a se coordenar, no que for indicado, com os demais serviços gerais de saúde".

A partir da publicação do referido documento, a assistência médica previdenciária integra-se, então, na mais moderna visão de atendimento médico da comunidade. Em função da Portaria referida, a Coordenação de Assistência Médica da Superintendência Regional do INPS, em São Paulo, preparou um documento em que se colocam princípios básicos por que se deve pautar a assistência médica a ser oferecida aos segurados da Previdência Social. A proposição não visa enfatizar os aspectos preventivos da assistência médica pela criação de serviços separados; bem ao contrário, procura desenvolver as atividades preventivas já existentes e induzir outras novas, porém, integrando-as nas estruturas já presentes, de modo a oferecer serviços de assistência médica integral dentro dos recursos disponíveis (LIMA-GONÇALVES *et al.*, 1973).

As propostas de promoção da saúde em Leavell e Clark privilegiavam ações educativas normativas voltadas para indivíduos, famílias e grupos (BUSS, 2003).

Czeresnia (2003) destaca que as ações de promoção da saúde, apresentadas como componente da prevenção primária, estão bem aquém da contundente compreensão da relação entre saúde e sociedade expressa nos estudos de medicina social no século XIX. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe-se a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

A concepção de níveis de prevenção foi incorporada ao discurso da Medicina Comunitária no Brasil na década de 1960 e orientou o estabelecimento de níveis de atenção nos sistemas e serviços de saúde que vigora até hoje. Foi amplamente difundida durante os anos 70 e 80 juntamente com as propostas de Atenção Primária em Saúde e a ideia de “saúde para todos no ano 2000”, contida na declaração de Alma-Ata (Declaração de Alma Ata, 1978).

Contudo, o desenvolvimento da medicina no Brasil manteve a predominância de uma prática individual, com enfoque curativo dos problemas de saúde e as dicotomias teoria-prática; psíquico-orgânico; indivíduo sociedade (TORRES, 2002).

Reportando aos fatores de prevenção, a década de 1920 foi o período caracterizado, na esfera da saúde, pela ação conjunta dos Estados brasileiros e norte-americanos, através, respectivamente, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e da Fundação Rockefeller. A cidade do Rio de Janeiro foi o palco

das ações empreendidas por médicos brasileiros e enfermeiras da missão norte-americana visando a construção dos emblemas e sinais de distinção da profissão de enfermagem. A criação de uma escola e a delimitação de um campo de prática profissional constituíram os pré-requisitos necessários para que fossem retirados do cenário público os visitantes de saúde — agentes ‘leigos’ que assistiam à população com conhecimento empírico, sem organização e controle formais, regulamentando-se, ao mesmo tempo, a enfermagem como profissão estratégica na organização sanitária da cidade. Tais iniciativas alinhavam-se com o programa de educação e saúde em torno do qual se arrematavam os sanitaristas, preocupados com a prevenção de doenças e a criação de hábitos de higiene no ‘corpo’ social (MOREIRA, 1998).

No início de 1922, o DNSP foi criado e junto a ele o Serviço de Enfermeiras, sob a direção de uma superintendente-geral, a enfermeira-chefe Kieninger, que trouxe consigo dos Estados Unidos sete enfermeiras de saúde pública para levar a cabo a missão. Elas atuaram como professoras das enfermeiras visitantes já empregadas nas divisões de Tuberculose, Doenças Contagiosas e Higiene Infantil. A exigência de que cada divisão possuísse um serviço de enfermagem independente foi um problema. O acordo que pôde ser negociado adequou-se à organização da cidade, que estava dividida em cinco zonas, cada uma delas subdividida em distritos, com um visitador ou uma visitadora de saúde para cada distrito. Em cada zona uma enfermeira norte-americana ficou responsável pela Divisão de Enfermagem, tendo sob sua direção dois grupos de visitadoras de saúde, para higiene infantil e tuberculose. As visitadoras de saúde do Serviço de Doenças Venéreas, a que estava diretamente subordinado o Serviço de Enfermeiras, trabalhavam independentemente, sob supervisão, também, de uma das enfermeiras norte-americanas. Estas cuidavam do ensino, da organização, do aperfeiçoamento, enfim, das visitadoras, respondendo por seu trabalho perante os diretores dos outros serviços. Um curso de seis meses foi organizado, em caráter de emergência, para as visitadoras de saúde (MOREIRA, 1998).

Dentro desse contexto de prevenção, em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP que foi responsável até 1960 pelo cuidado continuado da saúde em termos clínicos e preventivos em vastas regiões do interior; diferente da Sucam, que atuava especificamente nas campanhas contra a malária. Embora se

insira nos acordos Brasil e Estados Unidos para a produção de matéria-prima no contexto da Segunda Guerra Mundial, o SESP – concebido como uma agência bilateral provisória, restrita ao período da Segunda Guerra Mundial, a ser mantida com recursos de ambos os países – desenvolveu ações de saúde a partir de uma perspectiva que tinha na ideia de comunidade e de educação sanitária o seu eixo (TEIXEIRA, 2007).

Já nos primeiros anos de sua existência, o SESP criou uma Divisão de Educação Sanitária (1944) responsável tanto pelo treinamento de educadores em saúde (profissionais da saúde, engenheiros e auxiliares) quanto pela ação nas localidades: nas habitações, espaços comuns, associações e escolas. Neste processo, assumiram destaque os guardas sanitários e as visitadoras sanitárias por seu contato direto e permanente com a denominada “comunidade”. Esses eram arregimentados entre os moradores, a partir de um conjunto de pré-requisitos que envolviam desde escolaridade até atributos de personalidade e hábitos de higiene. Sob o argumento inicial da falta de educação sanitária, da necessidade de manutenção dos equipamentos e da carência de enfermeiras, a função de guardas e visitadoras foi introduzida no âmbito do SESP (TEIXEIRA, 2007).

Teixeira (2007) destaca que as mulheres passaram a ser selecionadas para fazer o curso de formação de visitadoras e, os homens, o de guarda sanitário. Tal divisão enfatiza a visão tecnicista do trabalho dos guardas, uma vez que a educação para hábitos civilizados parecia ter se tornado competência das visitadoras.

O curso de formação das visitadoras sanitárias desde seu início fora estruturado para ter a duração de seis meses, dividido em uma parte teórica e outra prática, implicando, tal qual no dos guardas sanitários, um período de internato na localidade onde o curso era ministrado, no caso em foco, Itacoatiara/AM, durante o qual recebiam uma pequena bolsa para sua manutenção. O conteúdo do curso, com adaptações e ênfases locais, contemplava os seguintes tópicos: “Higiene pessoal”; “Centro de Saúde”; “Nutrição”; “Higiene escolar”; “Ética”; “Higiene pré-natal, infantil e pré-escolar”; “Treinamento e supervisão das práticas higiênicas das “curiosas””; “Doenças contagiosas (práticas em técnicas isoladas)”; “Saúde comunitária”; “Curso de Laboratório”; “Primeiros socorros”; “Saneamento ambiental” (TEIXEIRA, 2007 p. 970-71).

A seleção privilegiava mulheres jovens (entre 16 e 28 anos), solteiras e viúvas (casadas somente com o consentimento do marido), das quais se exigia o primário completo, além de outros atributos e habilidades de ordem pessoal (TEIXEIRA, 2007).

3.4 A Promoção da Saúde como instrumento para Populações Saudáveis

A Carta de Ottawa, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em 1986, afirma oficialmente a constatação de que os principais determinantes da saúde são exteriores ao sistema de tratamento. Esse documento postula a ideia da saúde como qualidade de vida resultante de complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como, entre outros, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação. No Brasil, a conceituação ampla de saúde assume destaque nesse mesmo ano, tendo sido incorporada ao *Relatório Final da VIII CNS* (1986):

“Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (BRASIL, 1986).

Buss (2000) destaca que a nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido.

É conquista inegável o reconhecimento oficial dos limites do modelo sanitário restrito à medicina, estimando-se que ele deve estar integrado às dimensões ambiental, social, política, econômica, comportamental, além da biológica e médica (CARVALHO, 1996). De acordo com Czeresnia (2003) as ações próprias dos sistemas de saúde precisam estar articuladas, sem dúvida, a outros setores disciplinares e de políticas governamentais responsáveis pelos espaços físico, social e simbólico. Essa relação entre intersectorialidade e especificidade é, não obstante, um campo problemático, pois sustenta uma tensão entre a demarcação dos limites da competência específica das ações do campo da saúde e a abertura exigida à integração com outras múltiplas dimensões.

A criação de ambientes favoráveis à saúde implica o reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre diversos setores. A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a

escola e a própria cidade, passam a compor centralmente a agenda da saúde (BUSS, 2000).

Apesar de configurar avanço inquestionável tanto no plano teórico quanto no campo das práticas, a conceituação positiva de saúde traz novo problema. Ao considerar-se saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos (CZERESNIA, 1999).

A Carta de Ottawa (1986) aponta questões muito amplas como condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, recursos sustentáveis, justiça social, equidade. Ao mesmo tempo, define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Esta ampla gama de pré-requisitos se expressa nos cinco campos de ação preconizados para a promoção da saúde (BRASIL, 1986):

- 1- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis.
- 2- Criação de ambientes favoráveis à saúde.
- 3- Reforço da ação comunitária.
- 4- Desenvolvimento de habilidades pessoais
- 5- Reorientação do sistema de saúde.

Inúmeros eventos internacionais, publicações conceituais e resultados de pesquisas práticas foram elaborados no decorrer dos últimos 15 anos evidenciando a grande diversidade de perspectivas contempladas no campo da promoção da saúde.

Segundo Cezeresnia (2003), os conceitos de prevenção de doenças e de promoção da saúde não se distinguem claramente na prática do setor saúde. As práticas em promoção da saúde, da mesma forma que as de prevenção de doenças, fazem uso do conhecimento técnico e científico específico do campo da saúde.

Sendo assim, o conceito de saúde nos permite identificar nitidamente a questão da intersectorialidade, que tem marcado desde então o discurso da promoção da saúde, bem como a idéia de responsabilização do setor público, não só pela políticas sociais que formula e implementa (ou pelas consequências quando deixa de fazê-lo), como também pelas políticas econômicas e seu impacto sobre a situação de saúde e do sistema de saúde (BUSS, 2000).

3.5 Relação Meio Ambiente e Saúde

Para Silva et al (2002, p. 06), 'meio ambiente é a interação do conjunto de elementos naturais, artificiais e culturais que propiciam o desenvolvimento equilibrado da vida em todas suas formas'.

Na legislação pátria, o inciso I, do artigo 3º, da Política Nacional do Meio Ambiente (Lei Federal nº 6.938/81), define meio ambiente como "*o conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química e biológica, que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas*" (BRASIL, Legislação Pátria do Meio Ambiente, 1981).

Para Lima et al (2000), meio ambiente é definido como conjunto de fatores naturais, sociais e culturais que envolvem um indivíduo e com os quais ele interage, influenciando e sendo influenciado por eles.

Dessa forma Neves e Tostes (1992) sintetizam o conceito de meio ambiente como tudo o que tem a ver com a vida de um ser...ou de um grupo de seres vivos... os elementos físicos..., os elementos vivos..., elementos culturais..., e a maneira como esses elementos são tratados pela sociedade. Compõem também o meio ambiente as interações destes elementos entre si, e entre eles as atividades humanas. Assim entendido, o meio ambiente não diz respeito apenas ao meio natural, mas também às vilas, cidades, todo o ambiente construído pelo homem.

Tais definições demonstram que a busca por um meio ambiente equilibrado, passa pela qualidade do local onde vivemos, incluindo-se aí moradias dignas, água de boa qualidade, coleta e tratamento de esgotos e lixo, lazer, livre acesso à cultura, à educação, aos esportes, entre outros fatores relacionados à qualidade de vida. Ou seja, a noção de meio ambiente hoje, para o ser humano, inclui a cidade e sua qualidade de vida (FERREIRA, 2004).

Assim, entende-se que a expressão "meio ambiente" deve ser interpretada de uma forma ampla, não se referindo apenas à natureza propriamente dita, mas sim a uma realidade complexa, resultante do conjunto de elementos físicos, químicos, biológicos e sócio-econômicos, bem como de suas inúmeras interações que ocorrem dentro de sistemas naturais, artificiais, sociais e culturais (CUNHA, 2005).

4 MÉTODO

4.1 Tipo e Natureza da Pesquisa

A pesquisa qualitativa

O objeto de estudo desta pesquisa busca o desvelar de um fenômeno vivido por um grupo de pessoas. Por se tratar da compreensão do vivido, optamos pela abordagem qualitativa descritiva.

Segundo Minayo (2010):

As abordagens qualitativas se conformam melhor as investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos (Minayo, 2010, p. 57).

Pope e Mays (2009) exemplificam que a mensuração, na pesquisa qualitativa, está geralmente relacionada com *taxonomia* ou classificação. A pesquisa qualitativa responde a perguntas como “o que é X, como X varia em circunstâncias diferentes e por que?. Ou seja, está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como as pessoas compreendem este mundo. Tenta, portanto, interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos etc) em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem. Outro aspecto distinto da pesquisa qualitativa é que ela frequentemente emprega diversos métodos qualitativos diferentes. Observar as pessoas em seu próprio território implica, assim, o encadeamento entre observar, juntar-se a elas, conversar com as pessoas e ler o que elas escreveram/falaram.

Espera-se, então, com a opção pela abordagem em questão, o desvelamento do fenômeno por si mesmo, em relação a processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2010).

Sob a ótica acerca das abordagens qualitativas, Martins e Bicudo, (2005) vêem o pesquisador como aquele que deve perceber a si mesmo e perceber a realidade que o cerca em termos de possibilidades, nunca só de objetividades e concretudes, a partir do que a pesquisa qualitativa, dizem, dirige-se a fenômenos, não a fatos. *Fatos* são eventos, ocorrências, realidades objetivas, relações entre

objetos, dados empíricos já disponíveis e apreensíveis pela experiência, observáveis e mensuráveis no que se distinguem de *fenômeno*.

Desse modo, Stake (2011) descreve sobre algumas características do estudo qualitativo:

1 O Estudo qualitativo é interpretativo. Fixa-se nos significados das relações humanas a partir de diferentes pontos de vista. Os pesquisadores se sentem confortáveis com significados múltiplos. Eles respeitam a intuição. Os observadores em campo se mantêm receptivos para reconhecer desenvolvimentos inesperados. Esse tipo de estudo reconhece que as descobertas e os relatórios são frutos de interações entre o pesquisador e os sujeitos.

2 O estudo qualitativo é experiencial. É empírico e está direcionado ao campo. Enfoca as observações feitas pelos participantes e leva mais em consideração o que eles veem do que o que sentem. Esforça-se para ser naturalístico, para não interferir nem manipular para obter os dados. Sua descrição oferece ao leitor do relatório uma experiência indireta (vicária). Está em sintonia com a visão de que a realidade é uma obra humana.

3 O estudo qualitativo é situacional. É direcionado aos objetos e às atividades em contextos únicos. Defende que cada local e momento possuem características específicas que se opõem à generalização. É mais holístico do que elementar, não analítico de forma redutiva. Seu planejamento raramente destaca comparações diretas. Seus contextos são descritos em detalhes.

4 O estudo qualitativo é personalístico. É empático e trabalha para compreender as percepções individuais. Busca mais a singularidade do que a semelhança e honra a diversidade. Busca o ponto de vista das pessoas, estruturas de referência, compromissos de valor. Os problemas retratados geralmente são *emic* (surgem das pessoas) e não *etic* (levantados pelos pesquisadores). Mesmos nas interpretações, prefere-se o uso da linguagem natural, em vez de construções mais elaboradas.

5 Os pesquisadores são éticos, evitando intromissões e riscos aos sujeitos. O pesquisador geralmente é o principal instrumento de pesquisa.

Dessa forma Pope e Mays (2009) destacam que os métodos qualitativos têm muito a oferecer aos que estudam a atenção à saúde e os serviços de saúde. Entretanto, os mesmos autores afirmam que esses métodos têm sido tradicionalmente empregados nas ciências sociais, profissionais da atenção à saúde

e pesquisadores com uma formação biomédica ou em ciências naturais onde esses podem não estar familiarizados com o referido método. Os métodos qualitativos podem parecer 'alienígenas' ao lado dos métodos quantitativos experimentais e observacionais utilizados na pesquisa clínica, biológica e epidemiológica.

Diante do exposto, Garnica (1997) afirma que a pesquisa qualitativa, pode ser efetivada em várias modalidades. Sendo assim, esse cuidado em levantar as origens do termo fenômeno aproxima-se (e aproxima a pesquisa qualitativa) da visão fenomenológica de mundo: é também pela apreensão do termo fenômeno que Husserl apresenta sua fenomenologia. A pesquisa qualitativa, porém, pode ser efetivada em outras várias modalidades que não as de perspectiva fenomenológica. Sendo assim, para a análise deste estudo fizemos a opção pela fenomenologia.

A fenomenologia

A Fenomenologia é, neste século:

"um nome que se dá a um movimento cujo objetivo precípua é a investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados conscientemente, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível de pressupostos e de preconceitos" (Martins e Bicudo, 2005, p.68).

É descrita por Streubert e Carpenter (2002) como uma ciência cujo propósito é descrever um determinado fenômeno ou aparência das coisas enquanto experiências vividas. Os autores enfocam a fenomenologia como sendo um campo integral de pesquisa que atravessa as disciplinas de filosofia, sociologia e psicologia. Este método rigoroso, crítico sistemático de investigação, é uma abordagem qualitativa reconhecida, aplicável ao estudo de fenômenos importantes. A pesquisa fenomenológica traz a linguagem, as percepções da experiência humana com todos os tipos de fenômeno que se mostram.

Bicudo (2011) destaca que ao afirmar que o fenômeno é o que se mostra em um ato de intuição ou de percepção, a Fenomenologia está demonstrando que não se trata de um objeto objetivamente posto e dado no mundo exterior ao sujeito e que pode ser observado, manipulado, experimentado, medido, contado por um sujeito observador.

Sendo assim não se trata, portanto, de tomar sujeito e objeto como geneticamente separados no desenrolar do processo de conhecer. Mas está afirmando que fenômeno é o que se mostra no ato de intuição efetuado por um

sujeito individualmente contextualizado, que olha em direção ao que se mostra de modo atento e que percebe isso que se mostra nas modalidades pelas quais se dá a ver no próprio solo em que se destaca como figura de um fundo. A figura, delineada como fenômeno e fundo, carregando o entorno em que o fenômeno faz sentido (BICUDO, 2011).

Dentro desse contexto, Husserl pretendeu inicialmente fazer da filosofia uma ciência rigorosa. Mais tarde, o que significou uma renúncia às suas declarações primeiras, voltou-se para a investigação do “mundo vivido” pelos sujeitos considerados isoladamente (TRIVIÑOS, 1987).

Segundo Triviños (1987), a ideia fundamental, básica, da fenomenologia é a noção de intencionalidade. Esta intencionalidade é da consciência que sempre está dirigida a um objeto. Isso tende a reconhecer o princípio que não existe objeto sem sujeito.

Sob a ótica de Garnica (1997) em relação a essência do que se procura nas manifestações do fenômeno nunca é totalmente apreendida, mas a trajetória da procura possibilita compreensões. Fenômenos nunca são compreendidos sem que sejam inicialmente interrogados: disponíveis na percepção, são questionados e, na perspectiva fenomenológica, qualquer forma de manifestação ou objetividade implica um relacionamento intersubjetivo. O questionamento põe-nos frente ao manifesto, em atitude de abertura ao que se mostra na intenção de conhecer, própria da consciência. O fenômeno, assim, é sempre visto contextualizadamente.

Stake (2011) destaca que os fenômenos estudados pelos pesquisadores geralmente são longos, casuais e envolventes. Normalmente demora muito tempo até se entender o que está acontecendo, como tudo funciona. A pesquisa requer muito trabalho. Para muitos estudos, isso é um trabalho de amor mais do que ciência. Algumas descobertas são esotéricas.

Dessa forma, a medida que a experiência vivida se torna descrição de um fenômeno específico, o investigador assume responsabilidades específicas na interpretação das informações. Subsequente a essa interpretação o investigador transforma o que é visto e ouvido numa compreensão da experiência original, uma vez que uma pessoa nunca pode experimentar exatamente da mesma maneira o que outra pessoa experimentou, é necessário confiar nos dados que os participantes compartilharam sobre uma determinada experiência, e a partir destes, desenvolver sua própria transformação (STREUBERT ECARPENTER, 2002).

Dentro desse contexto, cercados pelas coisas do mundo, entre as tantas com as quais nos defrontamos, optamos por investigar o objeto, buscando compreender o fenômeno ao colocá-lo em suspensão. Com o fenômeno em suspensão, e tendo tematizado o que dele se procura compreender e interpretar, o objetivo do passo seguinte desta pesquisa será buscar sua essência ou estrutura, que se manifesta nas descrições ou discursos dos sujeitos. Buscando apreender aspectos do fenômeno por meio do que dele dizem outros sujeitos com os quais vive, interrogando-os de modo a focar seu fenômeno (GARNICA, 1997).

Em consonância com os conceitos elencados, como desenho de pesquisa, utilizamos a abordagem qualitativa, descritiva com enfoque fenomenológico, uma vez que a prática em saúde está submersa nas experiências de vida das pessoas, optamos pela fenomenologia como método, de análise, por ser bem adequada à investigação proposta no presente estudo.

4.2 Aspectos Éticos

O estudo foi elaborado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde), aprovado pela Prefeitura Municipal de Teresópolis e submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEP/PUC GO), com aprovação nº 45366 datado de 20 de junho 2012.

Os enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE – (Apêndice A) no qual constam todas as explicações necessárias acerca deste trabalho.

Os nomes dos participantes foram mantidos em sigilo, sendo garantido seu anonimato, ressaltamos que foram usados nomes que buscaram homenagear algumas vítimas da catástrofe. Informamos que os dados obtidos terão finalidade acadêmica e de publicação.

4.3 O Cenário da Pesquisa

O cenário da pesquisa foi a cidade de Teresópolis, localizada a 87 km do Rio de Janeiro.

A cidade de Teresópolis conta, atualmente, com 13 Unidades de PSF, representadas por 16 equipes de PSFs, esclarecendo que em 3 Unidades, devido a sua vasta área de abrangência, funcionam 2 equipes cada.

Quadro 1 – Relação de Unidades de Programa de Saúde da Família Teresópolis - RJ (2011)

BAIRROS – UNIDADES PSF	NÚMERO DE EQUIPES
Araras	01
Barra do Imbui	01
Beira Linha	01
Fonte Santa	02
Granja Florestal	01
Granja Guarani	01
Meudon	02
Pimenteiras	01
Quinta Lebrão	01
Perpétuo	01
Rosário	02
Vargem Grande – rural	01
Venda Nova – rural	01

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Teresópolis – RJ

4.4 Participantes do Estudo

Os sujeitos desta pesquisa foram todos os enfermeiros que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF), da referida cidade, que se dispuseram a colaborar voluntariamente do estudo, que atuaram/atuam no atendimento às familiares vítimas da catástrofe causada pelas chuvas de janeiro de 2011 e que consentiram em gravar entrevista. A amostra foi constituída de 15 enfermeiros da ESF de Teresópolis, foi excluído um enfermeiro que não se encaixou nos critérios de inclusão, por estar de licença maternidade durante o período da catástrofe.

Critérios de Inclusão

Os sujeitos da pesquisa elegíveis para a presente pesquisa foram 15 enfermeiros que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF), da referida cidade, que consentiram em gravar entrevista, em condições físicas que permitissem sua participação.

Critérios de Exclusão

Foi excluída da pesquisa uma enfermeira que no momento da catástrofe encontrava-se em licença maternidade que por esse motivo não participou dos atendimentos às vítimas no período da catástrofe.

O Trabalho de Campo

A coleta de dados teve início no mês de julho de 2012, por meio de entrevistas gravadas.

Para coleta das informações, almejando que os sujeitos revelassem sua experiência foi utilizada a entrevista semi-estruturada, que segundo Triviños (1987 p. 145-6) “é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta de dados”, embora, saibamos que o enfoque qualitativo, nos permite usar a entrevista estruturada ou fechada, a semi-estruturada e a entrevista livre ou aberta, privilegiamos a entrevista semi-estruturada, pois esta, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. Além de serem conduzidas com base em uma estrutura flexível, constituindo em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente e, a partir da qual, o entrevistador ou a pessoa entrevistada podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou resposta em maiores detalhes (POPE E MAYS, 2009).

Em busca do fenômeno a ser desvelado, iniciamos uma conversa informal e sensível à linguagem e aos conceitos usados pelos entrevistados, objetivando ir além da superfície do tópico que estava sendo discutido, explorando os discursos dos sujeitos de forma tão detalhada quanto possível almejando revelar novas áreas ou ideias não previstas no início da pesquisa com as seguintes questões norteadoras:

1 Fale para mim como foi ou está sendo para você fazer parte da (re) construção das famílias vítimas da catástrofe ocorrida em janeiro de 2011, vivenciada por você.

2 Descreva para mim o que tem significado para você, lutar por ações de promoção da saúde nas condições que vocês e as famílias assistidas se encontram.

O contato com os sujeitos da pesquisa foi realizado pessoalmente, momentos antes das entrevistas nas unidades de saúde onde trabalham, com exceção da

enfermeira da Granja Florestal que me atendeu no bar onde, geralmente prestam alguns atendimentos à população devido a inexistência do Posto de Saúde em decorrência da destruição do mesmo pela catástrofe. Foram entrevistados 15 enfermeiros que corresponderam aos critérios de inclusão.

Análise dos Dados

Todos os dados coletados devem ser considerados e analisados de maneira precisa, conforme descrito pelo sujeito. Devendo o pesquisador despir-se de seus preconceitos e verdades na busca por mais significados que os entrevistados estão tentando explicitar (MARTINS E BICUDO, 2005). Sendo assim a descrição da análise fenomenológica não é algo pronto acabado, cujos significados estão ali contidos, é preciso seguir um caminho atento aos objetivos e objeto que se quer pesquisar (BICUDO, 2011).

Dentro desse contexto, os dados foram tratados e analisados à medida que as entrevistas foram acontecendo, a partir daí todas as entrevistas foram transcritas literalmente pelo pesquisador.

A análise dos discursos seguiram os quatro passos propostos por Bicudo (2011), seguindo os moldes da análise qualitativa.

(1) Leitura minuciosa das descrições na íntegra, onde a leitura das entrevistas devem ser feitas do início ao fim, sem buscar, ainda, qualquer interpretação das falas ou tentativa de identificar características ou elementos contidos nelas. Essa leitura deve ser feita tantas quantas vezes forem necessárias para compreender o sentido das experiências vividas pelo sujeito;

(2) Em seguida evidenciamos os sentidos das descrições norteando-se pela pergunta de pesquisa e identificando dessa forma as “Unidades de Sentido” numa perspectiva científica, com ênfase no fenômeno em estudo. Tais unidades são demonstradas, diretamente na descrição, sempre que o investigador perceber uma mudança no significado da situação experienciada e relatada pelo sujeito;

(3) Na sequência constituímos as “Unidades de Significado” depois de estabelecidas as “Unidades de Sentido” conforme descrito na fase anterior. Tal constituição se dá a partir da formulação de frases relacionadas entre si, as quais indicam momentos diferenciados na totalidade do texto da descrição. Diante disso, pode-se afirmar que as “Unidades de Significado” não estão prontas no texto transcrito, mas são

articuladas pelo pesquisador. Todo esse processo visa encontrar tendências que desvele a realidade vivenciada;

(4) Por fim, sistematizamos as unidades de significado em proposições sólidas referentes às vivências dos sujeitos, objetivando à estrutura do fenômeno, ou seja, as estruturas das experiências vividas que mostram a forma de ser do fenômeno.

Considerando as informações a cerca da análise proposta por Bicudo (2011), consideramos indispensável a atenção nos momentos de análise e procedimentos anteriormente recomendados para que esses não fossem seguidos a risca como uma sequência linear e hierárquica, mas sim entendidos como movimento do pensar que se concretiza no percurso do pensamento investigativo.

5 O DESVELAR DO FENÔMENO

Após finalizar o processo de análise dos discursos dos participantes deste estudo foi possível desvelar o cuidar pós catástrofe revelados por Enfermeiros da ESF que vivenciaram a catástrofe ocorrida em 2011, no Município de Teresópolis RJ. Os resultados serão apresentados e discutidos, conforme o método escolhido, em cinco categorias temáticas.

5.1 A (re)construção do Significado de Cuidar/Assistir Sob o Olhar dos Enfermeiros da ESF de Teresópolis - RJ

Somos únicos, mas unidos pela mesma essência. Seria por isso que as histórias alheias nos ensinam e nos tocam? Sempre me encanto com as pessoas que, depois de viver um momento difícil, ainda são capazes de crescer em compaixão e sabedoria para ajudar aos que precisam. O modo “valente” com que as pessoas vivem essas experiências faz refletirmos sobre a diferença de como observamos essas catástrofes e como a vivemos cotidianamente; frente aos desabrigados que perderam tudo que construíram ao longo dos anos. Fico a pensar: o que somos? Para que vivemos? Para onde vamos?

As equipes de saúde da família que ali estava revela como está sendo difícil acompanhar o cotidiano de cada família e manter a singularidade, individualidade e necessidades de cada indivíduo. Descrevem o que sobrou após a catástrofe como: difícil, triste, sem referencia, complicado, delicado, impossível reconstruir, acomodar a todos dignamente, como podemos ler a seguir:

Eu não sei se posso me considerar no processo de reconstrução porque eu não vejo essa reconstrução (Aline).

Não vejo essa reconstrução, tenho famílias que foram vítimas de 2011 que vieram morar aqui (na área) e que agora devido ao deslizamento que ocorreu nesse ano, aqui na comunidade ficou desabrigado novamente, ou seja, foi vítima duas vezes, está passando pela mesma situação pela segunda vez (Aline).

Acredito que as reconstruções são lentas, até porque não estamos falando apenas de bens materiais, falamos de vidas, vidas que foram modificadas por perdas. E hoje, mais de um ano pós a catástrofe ainda vemos pessoas tentando reconstruir suas vidas, e nós, dentro das nossas limitações atuamos como coadjuvante nessa tentativa, que nem sempre é da forma que as vítimas gostariam que fosse, mas é o que conseguimos fazer (Rayssa).

O ser humano tem um poder de regeneração muito grande, isso é uma coisa que agente percebe, o de dar a volta por cima, o cidadão consegue força, consegue dar a volta por cima se reestruturando (Ana Beatriz).

Assim como foi descrito pelos participantes deste estudo, Villa e Aranha (2009) relatam significados semelhantes encontrado em seu estudo; o profissional exercita, o tempo todo, uma gestão de si, uma gestão que envolve escolhas, valores, arbitragens. Cada uma dessas micro-escolhas é feita partindo de valores que podem ser explícitos ou permanecer obscuros, fazendo com que cada situação de trabalho, por mais idêntica que possa parecer, seja única. Assim, o trabalhador ao gerir sua singularidade faz uso de características próprias, buscando o equilíbrio entre a prescrição e sua maneira de cuidar, que normalmente é individual e integral independente de ser individual ou coletivo. Isso significa que diuturnamente seu cuidar necessita de exercer conhecimento técnico, científico e ir mais além por muitas vezes busca o assistir de forma cognitiva e afetiva, num processo constante de recriação da atividade, de aquisição e reconstrução de saberes.

Interessante ressaltar as palavras de Pinho (2011) em que a mesma descreve que cotidianamente, ouvimos e falamos em qualidade de vida, assistência humanizada, integralidade do cuidar, mudanças de paradigmas. Contudo, existe a necessidade de compreendermos que o homem nunca esteve tão carente, no que tange ao repensar sua existência, na busca e na atribuição de significados para sua vida.

No que diz respeito a reconstrução a abordagem de Chaves *et al* (2008) destaca o envolvimento da sociedade de vida moderna e globalizada, colaborando com a degradação ambiental desenfreada, destacando o risco de colapso ecológico, a desigualdade social e a pobreza extrema, como responsáveis por uma grave crise de civilização em um mundo de questões complexas e urgentes, além de geradores de grandes incertezas; o que pode ser um dos fatores que dificultam tal reconstrução.

Reis (2009), nos lembra que o uso do solo urbano reflete a relação sociedade natureza, influenciado pela estrutura social complexa, destaca ainda que o espaço urbano reflete na sua ocupação as condições socioeconômicas da população.

Sendo assim Esteves (2011) relata que estes acontecimentos desastrosos têm suas origens calcadas em situações que interagem. Entre elas, destacam-se: a ocorrência de eventos naturais extremos, notadamente chuvas e ventos intensos, e a ocupação de áreas ambientalmente impróprias como terrenos naturalmente inundáveis e encostas íngremes. Ao último, somam-se outros fatores advindos da ação societária, tais como os desmatamentos e os impactos decorrentes das atividades produtivas e da urbanização, que incluem a impermeabilização do solo e as interferências nos sistemas de drenagens.

Paoluci e Pereira (2012) ressalta que durante os episódios de chuva persistente, as encostas ficam mais instáveis, por exemplo, em locais onde se encontram filitos e xistos e/ou onde a intervenção humana intensa retirou maciços e promoveu cortes de vegetação. Além disso, os riscos estão presentes onde a movimentação do solo é acelerada dada a existência de aterros sanitários que não controlam a infiltração do chorume e onde esgotos são lançados diretamente na natureza, sem quaisquer tratamentos.

As autoras em questão, destacam ainda, a obstrução dos canais de escoamento pluvial por acúmulo de detritos em episódios de chuva intensa, como outro motivo que também pode provocar transbordamento dos cursos d'água e acúmulo momentâneo das águas nas ruas.

Diante do exposto, explicitamos a combinação de aspectos ambientais, naturais e sociais como fatores que favorecerem a ocorrência de processos naturais perigosos, com uma distribuição desigual do risco hidrometeorológico no espaço urbano. Lembrando que o desemprego e o déficit habitacional afetaram parte significativa da população de menor poder aquisitivo em cidades brasileiras como Teresópolis, levando-as a ocupar áreas de risco localizadas nas vilas e favelas instaladas nas encostas instáveis e à margem dos cursos d'água.

Esses mesmos profissionais, em especial os enfermeiros do PSF, aprendem a conhecer os indivíduos, afeiçoam-se a eles, havendo sentimentos, muitas vezes, mútuos, pois os indivíduos passam a reconhecer o PSF e seus profissionais como uma referência.

Sem um espaço físico, a comunidade fica sem referência (Daniela).

É uma responsabilidade muito grande, porque trabalhamos com famílias em diferentes condições de saúde, psicológica, social e econômica. A tragédia, além de intensificar problemas de saúde já existentes na comunidade, ainda fez surgir a necessidade de atentarmos para outras doenças que poderiam surgir (Daniela).

As falas supracitadas deixam claro que a co-responsabilização por uma população adscrita propicia uma atenção compartilhada, com estabelecimento de objetivos comuns e criação de vínculo entre profissionais e usuários. No atendimento diário, cada trabalhador contribui com suas competências específicas, com recortes diferenciados do problema trazido, que vão conformar diferentes maneiras de cuidar, permitindo a troca de saberes, num fazer complementado pelo outro. Nesse sentido, os profissionais constroem e (re)constroem os seus saberes e rearticulam o processo de trabalho, ao mesmo tempo em que reafirmam o que já está estabelecido, de acordo com as suas possibilidades e aquelas oferecidas pelo meio (VILLA E ARANHA 2009).

A integralidade sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão da saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensível as dimensões do processo saúde /doença inscrita nos âmbitos da epidemiologia ou terapêutica (PINHO, SIQUEIRA E PINHO, 2006).

Porém, é importante destacar, conforme descrito por Guimarães (2001) que o surgimento de novos colaboradores (profissionais) não significa que o Estado possa se isentar de suas responsabilidades particulares em relação à regulamentação e articulação entre os diversos setores produtivos e da comunidade social, especialmente nas áreas de segurança, educação pública e meio ambiente.

Diante de tantas incertezas e escassez de apoio público, a tristeza é referida, muitas vezes, sendo explicitada pelos enfermeiros como uma experiência não muito fácil de ser enfrentada.

É muito triste você chegar dentro de uma casa que só tem água pra beber, ou só um kilo de arroz ou feijão pra comer e aquelas situações de risco ao lado (Elizabeth).

Sabe é até triste sentir que agente não consegue chegar em lugar nenhum (Daniele).

Eles precisavam mesmo era de apoio emocional, eles ficaram bem tristes (Bruna).

Uma verdadeira imagem de campo de guerra...Muito triste (Bruna).

Foi muito triste para todos, além disso, nós tínhamos uma agente de saúde que também ficou desabrigada, e acabou sendo transferida, só conseguiu um domicílio fora do bairro e por isso acabou sendo transferida de unidade (Daniela).

O socorro demorou a chegar...Sendo realizado pelos próprios moradores, retirada de corpos da rua, corpos soterrados...Muito triste (pausa) (Daniela).

De acordo com Wells (S/D) as características e a qualidade da habitação afetam diretamente a saúde física e mental das pessoas.

Dentro desse contexto, Bastos (2008) afirma que a severidade e a persistência do trauma mental não estão diretamente relacionadas com a magnitude da catástrofe ou mesmo da experiência traumática, mas com a forma com que ocupam a mente, e com os papéis que nela representam, havendo diferentes maneiras básicas de encarar uma tragédia.

Sendo assim a importância da articulação entre a atenção primária, a saúde mental/psicológica, segundo Barros (2006) vem ultimamente, sendo enfatizada com o propósito de modificações da prática assistencial visando a sua inserção e a integração dessa tríade por parte da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde.

Dessa forma a experiência de cuidar é também percebida como uma doação que envolve não só um sentimento de dever profissional e humano, mas também uma responsabilidade em fazer o melhor possível por essas pessoas.

É, tem sido complicado porque alguns pacientes nossos vieram dessas áreas de tragédia então nós tivemos no início uma mobilização com psicólogos, e isso tudo já acabou, entendeu? Morreu na 'casca do ovo' vamos dizer assim (Vitória).

Algumas famílias novas vieram também para a nossa área e agente ficou numa situação complicada. Como estar atendendo a essas famílias? Tanto as que saíram, e estavam desassistidas em outros locais porque o Programa não abrange o município todo, o Programa ainda não cobre 100%

do município e como dar alguma condição as famílias que estavam chegando? (Ana Beatriz).

É complicado porque agente acaba somatizando e não tem muito o que fazer, porque falta medicação, falta material não tem viaturas para realizar Visitas domiciliares (VD), estamos trabalhando em situações precárias mesmo, agente fica somatizando os problemas e sem ter muito o que fazer, o que é muito triste (Mariana).

Não deixamos de acompanhar a comunidade, realizamos as Visitas domiciliares, porém, os casos mais complicados, que precisam de encaminhamento, tornam-se mais difíceis, pois temos que lançar mão de recursos próprios como carro, gasolina, telefone. E isso, muitas vezes, nos coloca em uma posição delicada, pois nem sempre possuímos esses recursos próprios (Daniela).

Correia (2011) afirma que historicamente, a organização dos serviços de saúde foi marcada pela fragmentação e individualização do cuidado. Atualmente, há uma preocupação em assistir ao indivíduo como integrante de uma família e da comunidade. Dessa forma, a família e a comunidade passam a ser sujeito da atenção à saúde.

Diante dessa afirmativa, Patrício et al (2012) destaca que as propostas de atenção à saúde são focadas para além do modelo biomédico centrado no atendimento às doenças, o que determina uma mudança de abordagem do indivíduo e da coletividade, a valorização da variedade de fatores intervenientes, inclusive ambientais, e da integração com outros setores.

Percebemos que diferentes sentimentos vão emergindo durante a assistência às famílias. As consequências de uma catástrofe são obscuras e inesperadas. Os resultados se configuram sempre como uma fonte acelerada de estresse e representa uma ameaça à vida como fonte de destruição no momento da catástrofe, seguidos de algum tempo. Depois disso é comum nos depararmos com pessoas que preferem não acreditar, ou não pensar no porvir para não sofrer. Isso nos faz refletir que em pequenas doses vamos fazendo de conta que não percebemos as ameaças inerentes ao modo de viver e conviver com o meio ambiente. As dores das perdas vão ficando cada vez mais longe. As lutas, as revoltas com os governantes, tornam-se cansativas e sem esperança. O costume com o sofrimento é um escudo para não 'ralarmos na aspereza'.

Eu vejo uma população acomodada e sofrida também né (Joana D'arc).

Tem sido muito difícil, porque a gente depara com uma realidade onde os afetados parece que ainda não foram atingidos, eles estão se acostumando com essa realidade, então por exemplo, não saiu a casa que era pra sair, então eles se mudaram para casa de alguém, muitas vezes para a área daqui do nosso PSF (Joana D'arc).

Eu vejo muita dificuldade nesse processo, vejo tudo isso parado, passou, já tem mais de um ano, as pessoas falam, lembra, mas já não tem o mesmo impacto da época, tudo que aconteceu vai ficando esquecido, vai ficando esquecido (Aline).

A prevenção e promoção está inviável com todos esses problemas, a população em si está descrente (Maria José).

Entretanto os sujeitos deste estudo demonstram dualidade de sentimentos. Dessa forma Silva *et al* (2008) descreve que a manutenção de hábitos que produzem bem-estar é primordial para viabilizar autonomia econômica, social e cultural, condições que geralmente favorecem a interpretação positiva de qualidade de vida.

Silva (2005) destaca que quando há envolvimento cada ato ganha significado diferente. Colocar as intenções na aproximação, no toque, no olhar faz com que a qualidade das interações mude, muitas vezes, percebe-se que o paciente espera, apenas, pelo seu bom dia.

A esperança ainda está presente apesar de todas as dificuldades, é também gratificante o que conseguem fazer apesar de se ferirem ser considerado por eles, muito pouco frente ao que teria que ser feito. Como todo brasileiro, os enfermeiros dizem:

Eu sou a última das últimas a desanimar, por que eu aposto muito no Programa da Saúde da família, acredito muito. (Daniele).

É difícil viver sem esperança né? As pessoas sem esperança, você motivar... Até porque onde que eu vou atuar, se você ainda tivesse uma coisa boa pra falar, do tipo: Olha as casas vão sair! Mas a gente não tem nada pra falar. Então às vezes a gente desanima (Aline).

A aceitação faz com que esses profissionais identifiquem a realidade percebida, num primeiro momento, como negativa, porém, essa realidade desperta pressentimento de que algo de positivo pode vir a despontar. Gerando, por conseguinte, uma perspectiva de esperança.

A esperança adquire-se pagando o preço de repetidos esforços e de uma longa paciência. Para encontrar a esperança é necessário ir além do desespero.

Compartilhando com a ideia Cutcliffe e Grant (2001) que classificam a esperança como dinâmica, multidimensional, central à vida, altamente personalizada, orientada para o futuro, e está relacionada com a ajuda externa, o cuidar e o conceito de fé. Para Milne (2007) a esperança é uma dimensão essencial para o êxito no lidar com problemas complexos, como a morte; encarada por Stephenson (1991) como um processo ativo de antecipação, acompanhado pelo desejo e expectativa de um possível futuro positivo. Por outro lado, a esperança é definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0 (2006), como a confiança nos outros, o entusiasmo pela vida, a expressão de razões para viver, a paz interior, o otimismo, o traçar de objetivos e a mobilização de energia.

Agrupados aos sentimentos positivos expostos, a responsabilidade, o esforço e a doação ofertada pelos enfermeiros dos PSFs de Teresópolis RJ parecem ser recompensados e muito significativos.

É uma responsabilidade muito grande, porque trabalhamos com famílias em diferentes condições de saúde, psicológica, social e econômica (Daniela).

Quando eu entrei, pra mim foi gratificante (Elizabeth).

Ainda sob a luz de Silva (2005) cabe destacar que encontrar significado numa tarefa familiar muitas vezes nos permite ir além, descobrindo na mais rotineira das tarefas um profundo senso de alegria e até mesmo de gratidão.

Colaborando com a fala exposta, Barros (2006) afirma que o cotidiano dos profissionais que atuam no PSF é bastante peculiar e, diferente dos demais profissionais que atuam na rede pública de saúde, visto que, ao lidarem com uma clientela previamente definida, através do princípio de territorialização, aos poucos vão conhecendo a dinâmica desta comunidade; seus comportamentos, costumes,

valores, inter-relações e seus agravantes, condicionantes e determinantes de saúde. A referida autora afirma que esse processo é extremamente positivo, pois dessa forma pode-se interferir no processo saúde-adoecimento local, desenvolvendo ações específicas naquela dada comunidade e desenvolvendo vínculos efetivos e afetivos junto as suas famílias, percebendo e interferindo junto as suas necessidades de saúde.

5.2 As Ações de Saúde: Uma Difícil Tarefa para a Equipe.

Os sujeitos da pesquisa revelam no que se refere às ações de saúde e ao trabalho em equipe sentimentos de: Impotência, angústia, somatização, dignidade, limitação, superficial, incômodo e resistência.

As falas vão deixando mais clara a relação do esforço de cada profissional com a dedicação, em relação o respeito ao cuidado, mesmo sem o apoio esperado pelos órgãos públicos, eles persistem:

Nosso papel não chega a ser efetivo, a gente colabora mais na parte referente à saúde, no atendimento à saúde dessa população (Ana Beatriz).

Reiniciamos a união da equipe, achando onde cada um estava, pois como nosso posto acabou fomos distribuídos aleatoriamente. Ficamos mais ou menos uns três dias pra encontrar o médico da Unidade que também morava na comunidade, que ficou ilhado, não conseguia sair do bairro diante da situação (Daniela).

O que nos fortalece, é a própria equipe, que quando um começa a esmorecer, o outro sempre vem com uma palavra de incentivo (Daniela).

Na época recebemos muitas doações, então a equipe se engajou não somente nos atendimentos à saúde, mas também na parte assistencial (Daniela).

O mais difícil é que além do sofrimento da comunidade, também existiu o sofrimento alheio dos colegas de trabalho, que nós procuramos resolver entre a equipe, procuramos segurar a barra de cada um (Daniela).

Sob o enfoque de Santos (2004) o enfermeiro tem enfrentado o desafio de construir seu processo de trabalho com base em: Vínculo e responsabilização (como resultado do processo de relações estabelecidas entre o profissional e o usuário)

trabalho em equipe (que envolve ações específicas e grupais para responder as necessidades da comunidade), incorporação a sua atuação do processo de acolhimento (que se volta a uma atenção mais humanizada).

Carvalho *et al* (2005, pág. 32) realiza uma abordagem sobre as relações de cuidado, a referida autora afirma que as relações de cuidado não podem ser generalizadas, elas se dão de diferentes formas, algumas com mais sucesso do que outras, justamente porque as pessoas são diferentes e as situações em que se processam também variam. O que deve ser evitado veementemente são as relações de não cuidado que, vias de regra, tornam-se traumáticas.

Sendo assim, enfatizamos que o compromisso político com essas famílias no que diz respeito a tríade moradia/alimentação/saúde são necessários para fomentar o aumento da sustentabilidade das comunidades atingidas, além de diminuir o impacto causado à elas.

Eu fui lá diversas vezes eu tenho feito a visita domiciliar cuidando dessa parte da patologia, ajudando né, no que fosse possível mas a gente se sente impotente (Vitória).

Me sinto muito angustiada porque as demandas estão aí, ainda tem pessoas em aluguel social, nem todas receberam, as coisas não estão sendo resolvidas como deveriam ser (Aline).

A Parte assistencialista mesmo, cuidando dos exames, tentamos amenizar um pouquinho o sofrimento, mesmo sabendo que a angústia toda deles é em relação a casa, eles querem casa, querem voltar a ter sua dignidade (Aline).

Meu papel, se é uma ajuda, eu procuro ouvir. Não tenho poder de dar outra casa pra eles (Aline).

A gente acaba somatizando e não tem muito o que fazer, porque falta medicação, falta material não tem viaturas para realizar Visitas domiciliares (VD), estamos trabalhando em situações precárias mesmo, agente fica somatizando os problemas e sem ter muito o que fazer, o que é muito triste (Mariana).

As ações de saúde são praticadas dentro dos nossos limites, e sabemos que ele é superficial, às vezes tão superficial que não conseguimos enxergar os resultados positivos dessas ações (Marcelo).

Não estamos conseguindo fazer nem a metade do que deveríamos, hoje a coordenação do PSF preocupa mesmo com a quantidade de pacientes que você atendeu e não na qualidade, não quer saber (Mariana).

Se você não consegue exercer suas obrigações mínimas com a população a equipe fica desacreditada, impotente diante da comunidade, e tudo se torna muito mais difícil (Mariana).

É preciso perder a família para repensar os meus atos? Não sei...A gente como profissional de saúde, eu particularmente, me sinto muito impotente (Laura).

É uma limitação, eu acho que a gente tem uma limitação muito grande. Não adianta você ter o desejo de fazer, e não ter um suporte pra isso (Maria José).

Como que você vai desenvolver um trabalho se você não tem apoio? Você não tem se quer a presença de um médico na equipe! Não tem materiais suficientes, falta até papel higiênico pra você trabalhar. Como posso fazer alguma coisa assim? (Maria José).

Cunha e Magajewski (2012) relembra que a Política Nacional de Humanização preconiza a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), com fomento da autonomia e do protagonismo dos mesmos no âmbito setorial e social. Além disso, estratégias indutoras de aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, a identificação das necessidades de saúde, a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde, o compromisso com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e de atendimento são outras iniciativas associadas com a essa política.

O estudo realizado por Cambota (2012) destaca que o acesso desigual a serviços de cuidados de saúde relacionados à renda, representa uma limitação à capacidade dos indivíduos de adquirirem boa saúde. Tendo em vista que a renda representa um fator capacitante ao acesso a serviços de saúde. Porém, Ruiz e Gerhardt (2011) ressaltam que a melhoria da saúde das pessoas não se restringe somente à ação direta no cuidado biológico e na prevenção às doenças, mas igualmente à compreensão (e atendimento) das necessidades em saúde, que são

diversas e mais amplas. Na prática, isso significa considerar a mobilização de recursos individuais, sociais, institucionais e comunitários disponíveis no contexto social, político, econômico, ambiental e cultural no qual as populações estão inseridas.

Reportando às questões de cunho social. É importante ressaltarmos sobre a necessidade de se criar um ambiente de negociação em torno da evacuação das áreas de risco, a qual, atualmente, baseia-se num ambiente impositivo, que muitas vezes desconsidera os elementos psicossociais envolvidos no abandono da moradia. O desabrigo implica em dimensões de sofrimento que vão muito além das perdas materiais da casa, pois expõe aqueles que não encontram os vínculos necessários para fazer valer uma rede de apoio familiar ou de comunidade.

Em decorrência ao desastre, a casa torna-se um elemento de (in)segurança, visto que, num primeiro momento, ela é onde a família se sente unida e abrigada das águas das chuvas.

O que nos incomoda mesmo, hoje, com maior intensidade, é realmente a falta de um espaço físico para realizarmos nossas ações de saúde básicas. Também fomos vítimas da chuva, também somos desabrigados (Daniela).

A resistência de sair de suas casas é muito grande, para elas e até mesmo para nós, teoricamente, não existe lugar mais seguro do que nossa casa não é mesmo? (Daniela).

Se você pensar no macro, se você pensar assim: Poxa, mas é uma tragédia o que eu vou fazer? Você fica parado, porque sozinho não faz muita coisa mesmo não, mas o trabalho em equipe, se você parar pra pensar que às vezes as pessoas só querem te contar, te mostrar uma foto dos entes que ela perdeu...E pra isso, toda equipe deve estar preparada (Vitória).

A saúde da família, enquanto estratégia de política pública para o setor de saúde, tem imposto um conjunto de reflexões na direção de se repensar a transformação do processo de trabalho em saúde focando a produção de práticas de saúde por uma equipe multiprofissional, que assuma uma postura de construção interdisciplinar desenvolvendo práticas mais cuidadoras, ou seja, práticas nas quais, além da clínica, estão presentes também atos de fala e escuta consolidando o acolhimento ao usuário, o vínculo com o mesmo (KAWATA, 2007).

Considerando os estudos de Melo e Santos (2011) tais práticas são pertinentemente aplicadas considerando o fato de que os desastres implicam geralmente em perdas materiais, e socioeconômicas, que frequentemente deixam impactos nas vidas dos seres humanos.

Diante desse quadro de sentimentos heterogênicos, encontramos também os que dizem que tem que continuar com toda a garra possível, pois é preciso levar a vida a diante acreditando assim que aos poucos podem ajudar os mais fragilizados. Como podemos conferir nas falas abaixo:

Você lida com um paciente a princípio muito fragilizado logo assim após a tragédia, e agora você começa a lidar com um paciente que está tentando tocar a vida dele; aí o PSF, nós aqui, tentamos oferecer o máximo do que agente pode, até onde agente pode né, o cuidado em saúde, e a conversa, muitos que vieram aqui ficaram conversando muito tempo com a gente, mas eu vejo muita fragilidade e ao mesmo tempo a gente está se acostumando com várias tragédias (Joana D'arc).

O contato foi pouco com essas famílias, mas o pouco que tivemos, nós pudemos fazer um acolhimento, passar uma palavra amiga, colocar o posto de saúde a disposição (Bruna).

Dessa forma, com a saúde da família, é esperado que essa lógica seja substituída pela lógica de produção de cuidado cujas ações de saúde são caracterizadas por relações humanas com o estabelecimento de vínculo, acolhimento e responsabilização (KAWATA, 2007).

Gonçalves (2009) lembra que esse vínculo proporciona entender e perpassar à população que o intenso contato humano com o meio ambiente pode gerar uma série de sinergias, em que os indivíduos e os grupos, agindo em seus próprios interesses, colhem efeitos inesperados, e por vezes, adversos ao interagir com os outros. Um desses efeitos é o desastre. Infelizmente somente depois de constatados os danos e verificado o aumento de sua probabilidade, é que se cria uma estrutura organizacional para atender a esses perigos, riscos e vulnerabilidades.

O autor em questão destaca também que as alterações na biodiversidade causadas pelos homens estão acontecendo mais rapidamente nos últimos cinquenta anos do que em nenhum outro momento da história. O desmatamento prossegue a taxas alarmantes nas florestas, onde habitats naturais, estão cada vez mais fragmentados, afetando sua capacidade de manter a biodiversidade e fornecer

benefícios à vida no planeta proporcionados pelo funcionamento saudável dos ecossistemas.

Nesse sentido, Deschamps e Rodrigues (2009) atentam a um crescimento diferenciado em determinados espaços metropolitanos que marcam o aprofundamento da segregação socioespacial. Populações, em especial, as de baixa renda, têm ocupado, legal ou ilegalmente, áreas ambientalmente vulneráveis, estando, dessa forma, expostas a um outro processo intraurbano: o da “segregação ambiental”. O referido autor complementa descrevendo sobre o processo desconcentração populacional em poucos espaços do território nacional, implicando na chegada de grandes fluxos de pessoas para esses espaços, e ainda a intensa mobilidade intraurbana fazem com que esses deslocamentos atinjam, cada vez mais, áreas sujeitas a riscos ambientais.

É oportuno citar o estudo de Mendonça (2004) em que o mesmo pontua que os problemas derivados da interação entre a sociedade e a natureza sempre marcaram os espaços de aglomeração humana, sendo mais evidentes nas cidades quando comparados aos espaços rurais contíguos ou distantes.

O Negócio é tentar fazer com que não aconteça de novo, quer dizer, tragédias sempre vão acontecer, como sempre aconteceram, mas não na proporção que foi a última né... Talvez se a população soubesse melhor, tivesse um conhecimento melhor as coisas podiam ter sido evitadas (Ana Beatriz).

Depois da tragédia a gente vai nas escolas, conversamos com as crianças para que elas não joguem lixo nos rios porque esse lixo pode causar enchente e invadir as suas casas, somos vulneráveis a catástrofes (Laura).

E com as crianças e os adolescentes, a gente pode transmitir esses recados de forma mais eficaz aos demais da população, mas isso é muito complicado, a gente vê no dia a dia, que manter uma conduta e um comportamento ambientalmente correto é difícil, passamos pelas pessoas nas ruas jogando papelzinho de bala nos rios, por quê não colocam na bolsa? Nos bolsos? Se não houver conscientização das pessoas, de uma forma geral, esse problema nunca irá sanar (Laura).

É complicado porque a gente sabe que o ser humano é difícil...Deveria ser assim: O que eu não quero pra mim eu não quero pra você, mas infelizmente é justamente o contrário: eu não quero pra mim e você que se dane (Laura).

Desde então estamos trabalhando com prevenção de novas catástrofes através da educação em saúde com enfoque ambiental, orientando a população pela rádio que possuímos aqui na comunidade, distribuímos panfletos, livretos explicativos, fazemos trabalhos nas salas de espera (Rayssa).

Apesar de a temática ambiental estar presente na sociedade e em alguns ambientes educacionais há várias décadas, os documentos brasileiros oficiais surgiram somente a partir de 1996, com a publicação, pelo Ministério da Educação (MEC), dos Parâmetros Curriculares (PCNs) e, em 1999, a partir do lançamento da Política Nacional de Educação Ambiental (PNEA). É comum verificarmos que a real incorporação de documentos oficiais no âmbito escolar acontece morosamente. O que é justificável quando refletimos sobre todo o processo que ocorre desde a publicação dos mesmos até sua chegada às escolas e, principalmente, o estabelecimento de informações complementares para esclarecer seus usos. Isto exige tempo de reflexão e conhecimento aprofundado sobre tais documentos (FAHT, 2011).

Teresópolis é palco constante de tragédias ambientais, como foi em 2011, nesse ano também, embora mais leve, porém, atingiu outros lugares, e o ano que vem? O que será que irá acontecer? Onde será que vai acontecer? Estamos esperando sempre uma tragédia, somos muito vulneráveis...(Ana Beatriz).

Fatos como esses, ganham destaque no estudo de Jacobi et al (2011) em referência ao elevado número de mortes e milhares de "refugiados ambientais", bem como os prejuízos socioeconômicos, ambientais e na infraestrutura dos municípios e dos estados levando a acreditar que essas tragédias poderiam ter sido amenizadas, se: por um lado, a educação ambiental sobre as questões da sustentabilidade, vulnerabilidade e efeitos das mudanças climáticas fossem discutidas na formação de professores e estudantes em todos os níveis de escolaridade. E, por outro lado, vidas teriam sido preservadas se a legislação e gestão ambiental fossem cumpridas, evitando a destruição da mata ciliar nas margens dos rios, as ocupações irregulares nas regiões urbanas, morros e Áreas de Preservação Permanente (APP) e Unidades de Conservação (UC), que agravam os problemas ambientais.

Sendo assim o Binômio Homem - Meio Ambiente deve ser tratado como um processo dinâmico, dependendo da articulação histórica dos processos culturais e tecnológicos, um nativo das relações sociais de produção, uma vez que as

modificações causadas pelas sociedades na natureza têm enorme potencial transformador, por muitas vezes destrutivo (CHAVES *et al*, 2008).

Esteves (2011) descreve que essas modificações expõem a sociedade a riscos ambientais que torna parcelas da população vulneráveis a eventos dessa natureza. Nesse caso, a vulnerabilidade pode ser entendida como a probabilidade de o indivíduo (ou grupo) ser afetado negativamente por um evento natural/ambiental, ou contaminado via um elemento da natureza.

Para Castro *et al* (2005) o risco pode ser tomado como uma categoria de análise associada a priori às noções de incerteza, exposição ao perigo, perda e prejuízos materiais, econômicos e humanos em função de processos de ordem "natural" (tais como os processos exógenos e endógenos da Terra) e/ou daqueles associados ao trabalho e às relações humanas. O risco refere-se, portanto, à probabilidade de ocorrência de processos no tempo e no espaço, não constantes e não-determinados, e à maneira como estes processos afetam (direta ou indiretamente) a vida humana.

No que tange ao conceito de vulnerabilidade social de uma população, para Confalonieri (2003) esse termo tem sido utilizado para a caracterização de grupos sociais que são mais afetados por stress de natureza ambiental, inclusive aqueles ligados ao clima.

Os principais desenvolvimentos conceituais da vulnerabilidade têm vindo da comunidade científica que estuda os efeitos e a prevenção de impactos dos chamados desastres naturais. Nesse segmento destacamos a definição de vulnerabilidade proposta por Blaikie *et al* (2005), que conceituam vulnerabilidade como características de uma pessoa ou grupo em termos de sua capacidade de antecipar, lidar com, resistir e recuperar-se dos impactos de um desastre climático. Os autores demonstram, ainda, que as pessoas em geral vivem em áreas físicas de perigo que é proporcional à sua estabilidade econômica.

Outra abordagem exposta por Pelling e Uitto (2001), é o de que a vulnerabilidade tem como premissa o produto da exposição física a um perigo natural e da capacidade humana para se preparar para e recuperar-se dos impactos negativos dos desastres.

É triste mas é verdade, eu vejo uma cidade cada vez pior, porque Teresópolis é uma bacia, um vale, em torno dela, e isso vai cada vez ficar pior...Então eu não vejo uma solução...É realmente muito triste (Vitória).

Em distintas abordagens, Deschamps e Rodrigues (2009) lembra que a noção de vulnerabilidade está estreitamente vinculada à pobreza (reflexo da grande quantidade de movimentos de entrada e saída dessa condição) e como componente de crescente importância dentro do complexo de desvantagens sociais e demográficas que se delineiam na “modernidade tardia”. Também a noção de vulnerabilidade no âmbito das relações entre população e desenvolvimento pode ser vista como o aspecto negativo mais relevante do modelo de desenvolvimento baseado na liberalização da economia e na abertura comercial e, como a manifestação mais clara da carência de poder que experimentam grupos específicos, mas numerosos, da humanidade. Seja qual for a definição de vulnerabilidade traçada pelos autores, Blakie *et al* (2005) destacam que vulnerabilidade aos riscos não só afetam a capacidade de lidar com um desastre, mas também, afetam os meios de uma pessoa em relação a mitigação (pré-desastre evento) e recuperação (pós-desastre evento).

Em termos gerais, Esteves (2011) relata que a vulnerabilidade envolve um conjunto de fatores que pode diminuir ou aumentar o(s) risco(s) no qual o ser humano, individualmente ou em grupo (vulnerabilidade social), está exposto nas diversas situações da sua vida. Essas situações podem ser, por exemplo, uma enchente, um deslizamento, a perda de um emprego, uma despesa não esperada, uma doença, a marginalização social, uma recessão econômica, entre outras.

Retomando a breve citação do autor acima sobre a vulnerabilidade social, Abramovay *et al* (2002) a descreve como uma situação em que os recursos e habilidade de um dado grupo social são insuficientes e inadequados para lidar com as oportunidades oferecidas pela sociedade. Essas oportunidades constituem uma forma de ascender os maiores níveis de bem-estar ou diminuir probabilidades de deterioração das condições de vida de determinados atores sociais.

Enfocamos os fenômenos do descuido, do descaso e do abandono como os sintomas mais dolorosos da crise civilizacional. O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. O cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro.

5.3 A (re) construção Versus Políticas de Saúde

Os enfermeiros participantes deste estudo relatam: falta de apoio (desmotivador e como um retrocesso); corrupção (desafio); desconstrução e agressão ao meio ambiente.

É importante reforçarmos que prover informações a respeito de saúde para as pessoas é importante, porém, não suficiente para motivá-las a efetuar mudanças. Para algumas questões mais significativas, parece não haver respostas prontas, elas são únicas para cada pessoa, pois cada problema é único.

Eu vejo equipes, enfermeiros e os médicos, a equipe de modo geral, bastante assim...Desmotivada (Daniele).

Olha...Para mim, no meu PSF eu acho que a gente está sem apoio, apesar de quando aconteceu a catástrofe nós tivemos reuniões e tudo, mas foi tudo depois. Nós ficamos assim...Meio sem o pé no chão porque eu acho que agente teria que ter feito um trabalho antes da catástrofe (Irene).

Desmotivador. Trabalhar com educação em saúde sem ter muito o que oferecer. Às vezes as pessoas não estão querendo ouvir informações sobre saúde naquele momento, estão querendo mesmo é resolver os problemas delas (Mariana).

Mas com toda essa tragédia, toda essa tristeza, a nossa realidade, hoje, não mudou muito não...Continuamos sem um espaço físico, ou seja, mais de uma ano após a tragédia que acabou com nossa unidade, e até hoje não possuímos outra (Daniela).

Então tudo isso é muito difícil pra gente porque a gente vai a um determinado local, a gente orienta, sabe que aquela casa está em risco, que aquela família está passando necessidade, e a gente não tem apoio porque não é só a promoção de saúde, a gente precisa de um apoio de fora também (Irene).

Temos uma Secretaria de Saúde acéfala, nós ficamos sem coordenador de PSF por mais de seis meses, não tem coordenador de Atenção Básica, ninguém se comunica, não tem uma viatura pra fazer VD mais longe.. Não temos um sistema que flui, hoje está tudo assim (Mariana).

Realizar ações de saúde no Brasil já é difícil, imagine nas condições em que nos encontramos? (Daniela).

Para mim, particularmente, não está sendo fácil, é um grande desafio, pois por mais que a gente fale para eles o que precisam saber, muitas vezes não é só isso que eles querem

naquele momento, eles querem um apoio governamental, eles querem um apoio político, ter de volta o que perderam, então pra mim, não está sendo uma atividade fácil de ser realizada (Rayssa).

Diante de desses relatos Palma (2009, p. 94) revela: “O que decepciona aqui não é a população, não são os funcionários, não é o nosso trabalho. O que decepciona aqui são os governantes...”

Correia (2011) nos lembra de que o trabalho dos profissionais da ESF no território pressupõe tarefas com sentidos diferentes e complementares, pois geram: o reconhecimento da população, da dinâmica social existente na área e do ambiente, demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços, e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e outras relações verticais com centros de referência. Frente essa prática profissional, nos deparamos com dificuldades do relacionamento da equipe com o paciente e os familiares, principalmente, quando a expectativa das intervenções realizadas serem tão milagrosas quanto à impotência que sentiam diante de tantas dificuldades encontradas.

Além das dificuldades pontuadas por Correia (2011), destacamos a corrupção política como influências na forma como a definição das prioridades orçamentárias de um governo são estabelecidas, de maneira a beneficiar interesses pessoais, tendendo assim a criar prioridades de governo em desalinho com as necessidades da maioria dos cidadãos. Tais distorções levam a um aprofundamento das desigualdades sociais.

Esses tumultos como corrupção, gente pegando mercadoria que veio para doação, então tudo isso é uma coisa assim que a gente fica muito triste e eu vejo que pra mim morar em Teresópolis era uma coisa de orgulho e hoje em dia é uma tristeza agente morar em uma cidade em que entrou por essa situação entendeu? (Vitória).

É tem sido assim, um desafio muito grande porque eu vejo que a tragédia maior não foi o fenômeno da natureza. É claro que foi, mas o fenômeno maior, a tragédia maior foi o que aconteceu depois em Teresópolis, escândalos e corrupções (Vitória).

Sodré e Alves (2010) enfocam a falta de capacidade técnica das instâncias governamentais em promover uma gestão efetiva e bem controlada em especial nas instâncias municipais.

Boff (2012) realizou uma abordagem de forma pontual sobre o assunto em questão, o mesmo afirma que há um descuido e um descaso pela coisa pública. Organizam-se políticas pobres para os pobres; os investimentos sociais em seguridade alimentar, em saúde, em educação e em moradia é, em geral, insuficiente. Há um descuido vergonhoso pelo nível moral da vida pública marcada pela corrupção e pelo jogo explícito de poder de grupos, chafurdados no pantanal de interesses corporativos.

Sendo assim, Weintraub (2011) salienta que a existência de inúmeras questões que surgem a partir de qualquer intervenção, não é diferente quando esta ação tem lugar num contexto muito complexo.

Alguém poderia argumentar que a própria existência de uma intervenção pode ser questionada, uma vez que corre o risco de substituir a responsabilidade (não) existente das autoridades para cuidar dos cidadãos.

É perceptível o descuido e o descaso, por parte dos políticos, pela vida inocente de crianças, pelo destino dos pobres e marginalizados da humanidade, pela sorte dos desempregados e aposentados. Há um abandono da reverência, indispensável para cuidar da vida e de sua fragilidade. Sem esquecer-se do descaso generalizado na forma de organização das habitações, pensadas para famílias minúsculas, que sem opção, vivem em cômodos insalubres. Milhões são condenados a viver em favelas com péssima qualidade de vida, obrigada a conviver sob a permanente ameaça de deslizamentos, que fazem a cada ano milhares de vítimas.

Entendemos que o SUS não seja um modelo ideal para todos, em função da dificuldade em implantá-lo. Tampouco existiria 'o' modelo, superior em todos os aspectos a outras formas de organizar a atenção em tempos de catástrofes.

Eu vejo assim, uma desconstrução do Programa de Saúde da Família, muitos diziam que o PSF era a primeira linha de Teresópolis, eu acho que já foi, eu acho que hoje em dia não está tendo investimento no PSF, nós estamos trabalhando no básico mesmo...É triste porque eu gosto muito do que faço, eu gosto de trabalhar nessa área mas eu vejo mesmo uma desconstrução do PSF em Teresópolis (Vitória).

Eu acredito que de uns anos pra cá o PSF retroagiu, a saúde como um todo (Mariana).

Na abordagem de Campos (2005), modelos são arranjos variáveis de recursos (humanos, financeiros, de conhecimento etc.), objetivando incrementar a produção de saúde. Os aspectos problemáticos quanto ao gerenciamento e à articulação dos modelos com o sistema

A Constituição Federal de 1988, com o objetivo de garantir a saúde para a toda a população brasileira, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), único sistema público de saúde no mundo que oferece universalidade e integralidade na assistência. A literatura mostra que a despeito da oferta de uma cobertura universal, as desigualdades nas utilizações do cuidado relacionadas à renda são persistentes, constituindo iniquidades por serem consideradas injustas e passíveis de serem evitadas. Mais do que isso, indica que historicamente essas desigualdades são ampliadas por desigualdades regionais na distribuição de recursos físicos e humanos (CAMBOTA, 2012).

Vale ressaltar que a região serrana do Rio de Janeiro se caracteriza pela degradação e a ocupação desordenada do solo. Fato que tem provocado problemas às pessoas, a flora e a fauna, como por exemplo: o desaparecimento de espécies animais e vegetais, ou seja, o homem invade o ambiente dos outros animais e estes, por sua vez, invadem as cidades. São inúmeras espécies ameaçadas de extinção, várias já desapareceram totalmente. É lamentável que esse fato se dê devido a incompetência de nossos governantes e a ignorância humana!

A gente procura estar orientando, mas assim, é questão ambiental mesmo, de preservação do solo, o meio ambiente onde elas vivem. Teresópolis é uma cidade, hoje, que sabemos ter um solo vulnerável, então todo cuidado que a gente tiver aqui é pouco (Ana Beatriz).

A gente enfoca muito o meio ambiente mas no sentido de não jogar lixo nos rios por causa da dengue, sempre vinculado a alguma doença que possa surgir, antes disso tudo, não atentávamos para as catástrofes ambientais...Mas quando a gente vivencia o problema em si é que a gente percebe a necessidade de estar falando algumas coisas a mais (Mariana).

Alguns estudiosos afirmam que isso não acontecerá de novo, que foi questão também do planeta coisa e tal. Mas a gente sabe que houve a mão humana também (Laura).

Eu também não acho que a população deva viver isolada das questões ambientais, uma coisa não pode viver isolada da outra o ambiente tem tudo a ver com a saúde e a saúde tem tudo a ver com o meio ambiente, se você não tem um ambiente saudável você não tem saúde (Bruna).

O ambiente urbano não é o mesmo que o ecossistema natural, onde há uma interação entre seus diversos elementos como a temperatura, as águas, a vegetação, o tipo de solo, entre outros. Branco (2008) narra que nas cidades o homem e suas construções mudaram drasticamente o funcionamento desses elementos, rompendo o equilíbrio que antes havia. As cidades são as maiores propulsoras dos impactos que o homem causa na natureza e onde mais se alteraram os recursos naturais: Terra, água, ar e organismos.

Jacobi *et al* (2011) lembram que o grande desafio da mudança cultural para a mobilização ante as mudanças climáticas está, não somente nas percepções das conexões existentes entre nossas opções cotidianas de locomoção, mas na emissão de gases de efeito estufa e no consequente aumento da temperatura da Terra; entre o desmatamento da Amazônia e da Mata Atlântica e a desertificação em partes do Sul do país; a quantidade de resíduos produzidos e o aumento do nível dos oceanos; o assoreamento dos rios, a impermeabilização de solos e as enchentes; o consumo desenfreado e o esgotamento dos recursos naturais.

É oportuno explicitar que sábias são as palavras de Boff (2012) em afirmar que para cuidar do planeta precisamos passar por uma alfabetização ecológica e rever nossos hábitos de consumo. Importa desenvolver uma ética do cuidado com o planeta Terra, afinal temos unicamente ele para viver e morar.

5.4 O Cuidar com Amor Supera Desafios

O processo do cuidar é um aprendizado diário. Se entendermos que estamos nele para aprender a caminhar com alegria em meio as tristezas do mundo aprenderemos sobre amor (profissionalismo); superação (força, luta, regeneração, reconstrução, esperança, remanescente e reconstrução); boa vontade (força de vontade, garra, persistência, esforço), e esses foram alguns dos sentimentos que emergiram conforme as falas abaixo:

Eu tive a oportunidade de trabalhar em hospital, mas eu amo PSF é assim, a minha vida, eu sei que erro como ser humano, vou errar sempre, mas dentro do meu limite o que eu puder fazer...A minha vida é isso, não vou mudar nunca, eu gosto de trabalhar com a família (Elizabeth).

Então assim, orientação a gente dá só que eu acho que a gente tem que olhar muito o lado do ser humano, e se colocar no lugar dele porque a partir do momento que você não se coloca nesse lugar, você não um profissional não (Elizabeth).

Mas a gente faz por amor, tanto pelas pessoas, quanto pela profissão (Hiago).

Apesar de toda essa tragédia que nós passamos esse fenômeno da natureza que foi muito distinto e diferente, me considero uma pessoa de sorte em trabalhar num serviço público, porque afinal de contas a gente sempre tem algo a fazer, entendeu? (Vitória).

Os enfermeiros atuantes em um Programa de Saúde da Família afirmam que para trabalhar na Saúde da Família devam possuir características específicas como apresentar boa comunicação, conhecer a população e relacionar-se bem com a mesma, gostar do trabalho e de desenvolver trabalhos em grupos, envolvendo-se, com amor, com esses, apresentando dedicação e disponibilidade (KAWATA, 2007).

Nesse contexto é interessante ressaltar que o amor é o fundamento do fenômeno social e não uma consequência dele. Boff (2012) descreve o amor como origem à sociedade; o mesmo afirma que a sociedade existe porque existe o amor e não ao contrário, como convencionalmente acredita-se. Quando falta o amor (o fundamento) destrói-se o social. Se não obstante, o social persistir, ganha a forma de agregação forçada, de dominação e de violência de uns contra os outros, coagidos a encaixar-se. Por isso sempre que se destrói o encaixe e a congruência entre os seres, destrói-se o amor e, com isso, a sociabilidade. O amor é sempre uma abertura ao outro e uma con-vivência e co-munhão com o outro.

Sem o cuidado essencial, o encaixe do amor não ocorre não se conserva não se expande nem permite a consorciação entre os seres (BOFF, 2012).

Ainda sob essa ótica, Silva (2005) nos lembra que devemos lutar continuar lutando sempre, mas também agradecer, porque fomos presenteados com o melhor instrumento de cuidado que pode existir, nosso corpo, nossas mãos, ouvidos, nosso olhar carinhoso, nossa capacidade de dar atenção.

Está difícil, custoso, a gente está matando um leão por dia (Daniele).

Batalhas que às vezes são vencidas às vezes perdidas, porém, o que nos estimula é justamente a esperança em vencer essa luta (Marcelo).

Então tive que buscar forças, não sei de onde? Tive que ter forças para superar e ajudar todas as famílias que recorreram ao PSF (Marcelo).

A luta é constante e as batalhas são diárias... Mas continuamos aí, acreditando, idealizando e lutando para que realmente essas ações sejam efetivas e funcionais (Marcelo).

Então eu procuro, porque eu sou cristã, evangélica, então eu procuro fazer tudo com excelência, ainda que com todas as limitações, com todas as dificuldades eu procuro fazer o meu melhor e possível; eu não vou ser cobrada por pessoas ou gestores, pois há um Deus que vê todas as coisas então eu penso dessa maneira e Ele me vê 24 horas por dia então eu procuro dar o meu melhor (Vitória).

Mas ainda resta o remanescente bom aqui e eu creio que a gente pode levantar e dar a volta por cima (Vitória).

O ser humano tem um poder de regeneração muito grande, isso é uma coisa que a gente percebe, o de dar a volta por cima, o cidadão consegue força, consegue dar a volta por cima se reestruturando (Ana Beatriz).

O fato de não termos soluções para alguns problemas que enfrentamos, como o próprio espaço físico, entre outros diversos problemas, fez com que resolvêssemos lutar ainda mais, através da nossa união (Daniela).

Acredito que todo esse plantio resultará, justamente, na reconstrução não só dessas famílias, mas como de toda a população teresopolitana que não merecia passar por tudo isso...Não acredito que isso possa um dia ser esquecido, mas podemos fazer com que a catástrofe nos ensine a viver em comunhão com o meio ambiente, que é a nossa verdadeira fonte de vida, merecemos isso, o meio ambiente também (Rayssa).

Kawata (2007) menciona o Ministério da Saúde, em que o mesmo preconiza uma lista de atividades a serem realizadas por cada membro da equipe de Saúde da Família, indicando suas atribuições no desenvolvimento do trabalho. E define um conjunto de competências para o médico e o enfermeiro, sendo sujeitos a críticas, uma vez que parte de uma definição prévia sem que se considere o estabelecimento de relações entre o mundo do trabalho e a formação para o desenvolvimento de práticas profissionais. O risco que se corre nessa abordagem é o de impedir que cada trabalhador possa intervir criativamente e responsabilmente na vida da população visando à melhoria das condições de vida.

A presença da religiosidade ficou explícita em algumas falas. Bastos (2008) é enfático em afirmar que a religião é, de longe, o mais importante provedor de saúde mental no Brasil. Acolhimento, alívio, apoio e compreensão empática são elementos comuns a qualquer abordagem terapêutica eficaz. Além disso, também se inclui aí uma interpretação dos fatos, sentimentos e eventos de acordo com um arcabouço mitológico específico.

Nossa carreira nasce da pessoa que somos. Não somente a pessoa que somos nasce da nossa carreira, daí a necessidade de, mais do que um emprego, abraçarmos uma atividade na qual possamos expressar o que somos tendo a certeza de que a circunstância do ambiente nos influencia, significativamente, porém, somos responsáveis por nós mesmos, responsabilidade que refletirá em nossos atos.

Lutar por ações de promoção da saúde nas condições em que se encontram essas famílias tem significado muita boa vontade e garra (Marcelo).

É justamente por causa dessa dificuldade que nós refletimos, diariamente, sobre a necessidade do nosso esforço, da nossa persistência. O que pensamos ser pouco, às vezes é muito pra aquele que necessita (Daniela)

Ainda penso que com uma boa dose de boa vontade, uma equipe com pensamentos idealistas e muita criatividade, agente acaba conseguindo (Rayssa).

É um trabalho de formiguinha, é lento é mínimo, se formos analisar sob uma ótica macro. Mas é o que diante de toda essa dificuldade estamos conseguindo, envolvendo muito esforço, força de vontade e até mesmo recursos financeiros próprios (Rayssa).

Sendo assim observamos que a saúde da família impõe a reflexão acerca do trabalho desenvolvido pelos distintos trabalhadores, de forma que pensar no desempenho do enfermeiro em sua atuação na Saúde da Família, enquanto parte/constituente da equipe de saúde, significa pensar em resolutividade na rede básica (KAWATA, 2007).

5.5 Vivenciar a Morte de Frente

Apesar de sabermos que a morte é a única certeza que temos na vida, encará-la em uma catástrofe pode significar grandes perdas; de todos os tipos e intensidades. Perda (tragédia, catástrofe, desespero, medo, risco, incerteza, trauma, cicatrizes). Perdas geram dores. Dor é dor, independente de quem a sinta, e, se tivermos olhos para ver, seremos capazes de reconhecê-la no outro.

É difícil, eu vou falar pra você, porque assim, a gente falar sem estar no lugar da pessoa é muito fácil...Foram muitas perdas...E confesso que tenho medo porque Teresópolis, a gente tem que estar preparado para tragédias acredito que a tendência é aumentar (Elizabeth).

A princípio, nós da própria equipe, não conseguimos entender a proporção da catástrofe, cheguei para trabalhar, normal pela manhã, quando começaram a chegar as notícias...Tantos corpos encontrados até o momento... Uma repercussão nacional, e a gente aqui sem acreditar nisso (Irene).

Lutar por ações de promoção de saúde nas condições que se encontram essas famílias, foi e está sendo muito difícil, realmente muito difícil...Além de tudo que aconteceu, também perdi um grande amigo (pausa seguida de choro) (Marcelo).

Todos nós moradores de Teresópolis perdemos com tudo isso. Claro que a perda deles, é mais aparente, mas a gente sofre também, porque quando perde a cidade, perde os governantes, perde todo mundo"! Então a perda não é só de quem teve sua tragédia, sua morte, sua perda material e financeira, toda a cidade perde. É uma vergonha agente ver que Teresópolis tem estado na televisão só pra falar coisas ruins, é traumatizante (Vitória).

Se você ver a foto, você se amedronta, não sei para onde a gente vai? (Joana D'arc).

Teresópolis é palco constante de tragédias ambientais, como foi em 2011, nesse ano também, embora mais leve, porém,

atingiu outros lugares, e o ano que vem? O que será que irá acontecer? Onde será que vai acontecer? Estamos esperando sempre uma tragédia (Aline).

Sempre quando chega alguém que é vítima da tragédia a gente já até conhece, eles tem um olhar tão assim...Começam a conversar...Um olharzinho triste, aí você começa a conversar e você vê que é, as vezes, não pelo que passou, mas sim porque perdeu alguém, então eu vejo pessoas muito pra baixo, sem esperança (Aline).

Nós tivemos duas agentes que passaram por todo aquele horror, estavam dentro de casa, no escuro ouvindo gritos e gritos sem poder fazer nada, ficaram isoladas, porque o rio era na porta da casa delas e a ponte foi levada e elas ficaram isoladas! Foi uma derrota, só pra quem vivenciou mesmo. A população está traumatizada com tudo que aconteceu e isso é uma das maiores sequelas deixadas pela catástrofe, uma população assustada com a possibilidade de uma nova tragédia (Ana Beatriz).

No lugar onde foi mais atingido não tive coragem de ir até hoje (Bruna).

Tudo conspira para que desistíssemos, porém, todo o dia ganhamos energia, renovamos nossas energias através da própria lembrança do cenário desesperador que encontramos, muita tristeza, agonia, foi terrível, somente quem vivenciou para ter noção do que foi...(silêncio seguido de choro). Corpos que saíam de baixo da terra, corpos decompostos, de pessoas muitas vezes conhecidas.. A coisa é tão complicada que se você me perguntar quantas vítimas ao certo foram em nossa área, não vou saber te responder exatamente, posso estimar, mas exato não...Nem mesmo o total de vítimas em Teresópolis foi preciso (Daniela).

Tudo isso deixou cicatrizes irreversíveis. E dentro de todo esse contexto, lutar por ações de saúde torna-se cada vez mais difícil, pois nós do PSF sabemos o nosso poder em relação a essas ações, somos verdadeiros perpassadores e realizadores disso, porém, temos limitações, só podemos ir até um certo ponto (Daniela).

Hoje somos uma população assustada, traumatizada mesmo com tudo que aconteceu, mas vamos dar a volta por cima (Rayssa).

O desespero da cidade, das pessoas, dos voluntários foi tão intenso que agente acabou se perdendo, todo mundo fazia

muito, mas nada de forma organizada, a ponto de conseguirmos um benefício concreto (Maria José).

Só tive noção do tamanho da tragédia depois que fui no Pedrão, quando cheguei lá pensei: Gente, o que é isso? Parecia imagem de campo de guerra ...Muitas pessoas, parecia um pesadelo...Fiquei imaginando um terremoto, ninguém tinha estrutura, todo mundo batendo cabeça, chegavam donativos em caminhões e ninguém sabia pra onde mandar (Bruna).

Tivemos muitas perdas, famílias que perderam bens materiais e seus entes, filhos, netos, sobrinhos, mãe, pai...(pausa), porque não conseguiram segurar, a água arrastou tudo e todos! (Daniela).

No início acho que foi muito mais difícil, porque além da própria comunidade ter sofrido com a catástrofe, nós também fomos atingidos, nosso posto, nossos agentes comunitários, e isso foi muito difícil (Daniela).

Naquela quarta feira, 12 de janeiro de 2011, senti que a minha cidade passava pelo dia mais trágico de sua história. Corpos que não paravam de ser encontrados, bonecas e brinquedos no meio aos escombros, eletrodomésticos de uma casa que um dia esteve de pé e abrigou uma família que teve a sua história soterrada por toneladas de lama e pedras. A destruição era nítida, e o pouco que havia restado estava em risco.

E foi diante dessa realidade que vivenciei um emaranhado de sentimentos nunca antes experimentado. Ao ver a minha cidade em franca destruição, esses sentimentos despertaram em mim o meu temor mais profundo ao saber que toda a minha família e amigos estavam expostos aquele cenário de horror e, ainda, a impotência em estar tão distante de tudo e de todos. Foram 72 horas sem comunicação e a cada notícia anunciada pela mídia, emergia em mim um misto de pavor e desespero. A impotência, certamente foi um sentimento constante, o quê e como fazer algo de tão distante? Chegar a minha cidade e abraçar a minha família e amigos, constatando estarem todos salvos era tudo que eu mais almejava naquele momento, porém, como chegar a minha cidade se as principais estradas estavam interditadas? Até mesmo as doações de alimentos, roupas e água estavam embargadas devido aos deslizamentos e as chuvas.

Foi então que percebi que o funcionamento da família como um todo, quando é alterado, mesmo que uma parte, indubitavelmente afeta o geral, o conjunto. A angústia durante essas 72 horas sem notícias foi extrema, e a sensação de fracasso diante do inexorável que é a morte foi minha mais fiel companheira. Foi então, que finalmente no dia 15 de janeiro, às 13h20minutos meu irmão Rafael, como o arcanjo que inspirou seu nome, curou em segundos, sentimentos que pensei nunca vivenciar; sua voz, sempre tranquila e serena me deu a notícia que tanto queria ouvir: “todos estavam bem” e de forma tímida e envergonhada, afinal, seria justo me alegrar diante de tanta tragédia? Mesmo assim agradei a Deus e percebi, mais uma vez que a essência humana é regida pelo coração e não pela razão.

Lourenço (2009 p. 8) destaca que “quantidades excessivas de estímulos podem ocasionar o rompimento do escudo protetor, caracterizando o trauma”. Que na concepção de Weintraub (2011, p. 812) “é uma experiência que desperta simpatia e merece uma compensação”.

Diante de todo esse cenário avassalador encontramos na fala de Bosco (2008, p. 16) sentimentos parecidos com os de alguns sujeitos da pesquisa: “Não sei expor ao certo quais sentimentos me invadiram naquele momento. Uma mistura de dor, pena, angústia, tristeza tomaram conta de mim.”

Se existir algum sentimento mais triste do que a tristeza, é justamente esse que sentimos (Daniela).

Na abordagem realizada por Gamba (2011) sobre os riscos socioambientais que cada vez mais constituem objeto de debates, haja vista o aumento do número de ocorrências e da intensidade de eventos extremos de diversas ordens. No tocante ao risco relacionado ao processo de escorregamento de encostas, muitos exemplos ocorridos nos últimos anos no Brasil podem ser citados. Verdadeiras tragédias que, a despeito do histórico de situações passadas que ocasionaram grandes prejuízos e perda de vidas humanas, continuam se repetindo, sobretudo a cada estação chuvosa.

Sendo assim, mencionamos o questionamento realizado por Weintraub (2011) comum aos de alguns sujeitos da pesquisa: São catástrofes naturais? Ou feito por Deus? Ou apenas uma questão de oportunidade? A marca mais conhecida de uma catástrofe pode ser definida como a sua incerteza e imprevisibilidade.

Diante de todo esse contexto fica claro para os entrevistados deste estudo, que estar vivo implica vivenciar perdas das mais diferentes e possíveis de descrever. Morte de parentes, vizinhos, pessoas desconhecidas sempre morte, sempre o sentimento de que tudo acabou, nunca mais vou ver aquela pessoa, viver sem eles, ter que juntar o que sobrou e re-começar, é indescritível.

As perdas e mudanças fazem parte da vida desde a mais tenra infância, exigindo algum tempo e algum tipo de re-organização. Porém, é consenso dizer que a morte de um ente querido leva a processos de luto dolorosos (FUJISAKA, 2009).

Concordamos com Fukumitsu (2004) quando diz que as situações de perdas são intrigantes e impactantes e provoca uma diversidade complexa de sentimentos, para alguns, assim como nossos ganhos, as perdas fazem parte da vida; como uma parte de negociação que acontece em nosso mundo.

Dessa forma, a elaboração das perdas implica num processo de reorganização individual e relacional, Fukumitsu (2004) divide tal processo em três temas, desses, destacamos o processo de luto, a autora afirma que a dor faz parte do referido processo, e aceitar tal parte torna-se muito desafiante. É devastador perder inesperadamente pessoas e coisas que nos são significativas.

Portanto Maranhão (1985) nos atenta ao fato que a sociedade exige do indivíduo enlutado um autocontrole de suas emoções, a fim de não perturbar as outras pessoas com coisas tão desagradáveis. O luto é mais e mais um assunto privado, tolerado apenas na intimidade, às escondidas, de uma forma análoga à masturbação.

A partir dessas reflexões, pode-se chegar à re-elaboração do significado de cuidar do homem que tem, entre seus vários horizontes de possibilidades, a única certeza: a morte (PINHO E BARBOSA, 2008).

Considerando tantas falas que expressam, explicitamente, o medo, o risco a incerteza, relacionados a catástrofe ocorrida em Teresópolis, identificamos em Maranhão (1985) que a dificuldade que os membros das equipes de saúde experimentam com a morte desses indivíduos pode estar relacionada à sua incapacidade de lidar com seus próprios temores da morte. Uma hipótese que tem sido constantemente reforçada é a de que um dos principais motivos por que muitos profissionais de saúde optaram por essa ocupação é para conhecer a fundo suas próprias ansiedades e sentimentos acima da média a respeito da morte.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta pesquisa consideramos ter desvelado todos os objetivos propostos. A pesquisa não parou nos objetivos, desvelamos muito mais que questionávamos.

O começo foi difícil, ao realizar a revisão da literatura nos deparamos com a necessidade em estudar sobre o meio ambiente e, no decorrer das leituras, notamos a existência de muitas publicações sobre questões ambientais, porém, poucos textos que associassem as diferentes áreas de conhecimento envolvidas nesse tipo de problema, além de sermos tecnicistas, como todo enfermeiro, apesar de em alguns momentos deixarmos a emoção sobrepor a razão. Enfrentamos as lutas, as vezes fácil, as vezes difícil, mas aprendemos muito, aprendemos que o exercício de interação entre as diversas ciências é um elemento fundamental, pois os temas relacionados ao meio ambiente possuem várias facetas associadas entre si e que são as causas dos desequilíbrios. Aprendemos que meio ambiente não se resume, apenas, em rede de esgotos, água tratada, é muito mais, trata-se de uma diversidade de ações que envolvem decisões econômicas, políticas, éticas e comportamentais das diferentes sociedades humanas, entendemos que é difícil, as vezes compreendermos os problemas ambientais em sua totalidade, assim como definir soluções técnico-científicas infalíveis.

A história ecológica da Terra é marcada por modificações constantes e por eventos catastróficos de caráter natural. Entretanto, a apropriação do meio pelo homem desde seus primórdios é marcada por situação de desequilíbrio, principalmente nas sociedades modernas e tecnológicas.

Os desastres ambientais neste sentido, podem ser iniciados e/ou interrompidos em função da forma de ocupação de áreas de risco. As mudanças ambientais desta forma constituem uma resposta do meio e um processo de busca de equilíbrios em novas condições. Assim relações equilibradas, mas resultam de um conhecimento e respeito frente as condições e possibilidades do meio a ser apropriado.

Entendemos e estimamos que é preciso percorrer um longo caminho de conversão de nossos hábitos cotidianos e políticos, privados e público, culturais e espirituais e consciência de que o ser humano, certamente não sobrevive sem o meio ambiente, diferente do meio ambiente que não depende do ser humano para

sobreviver, ao contrário, a degradação crescente de nossa casa comum, a Terra, denuncia nossa imaturidade. É importante um novo pacto social entre os povos no sentido de respeito e de preservação de tudo o que existe e vive. Só a partir dessa evolução faz sentido pensarmos em alternativas que representem uma nova esperança.

O presente estudo revelou variadas estratégias utilizadas pelos profissionais da ESF voltadas ao atendimento às famílias vítimas da catástrofe ocorrida em Teresópolis em janeiro de 2011, que permeiam desde até as visitas domiciliares a casas localizadas em áreas interditadas e/ou em áreas de risco, realizadas, muitas vezes, com recursos próprios da equipe, uma vez que as unidades não possuem carros suficientes, atendimentos nas Unidades, encaminhamentos e atendimentos em locais improvisados, como bares e abrigos da comunidade, tornando inviável os atendimentos, alicerçados nos princípios básicos da Estratégia, à essas famílias.

Segundo as autoridades de Teresópolis, a chuva de janeiro de 2011 provocou 905 mortes (TERESÓPOLIS, 2011). Diante desse cenário de holocausto, até hoje, não se sabe o número exato de vítimas, fato lembrado por alguns entrevistados como sinônimo de angústia e tristeza. A movimentação dos desabrigados e das famílias que tiveram suas casas interditadas, para outros bairros foi relatado pelos enfermeiros como outro fator que dificultou o trabalho da equipe, pois além das famílias adscritas, os mesmos estenderam seus atendimentos às famílias que imigraram de outras áreas.

A falta de capacidade técnica das instâncias governamentais em promover uma gestão efetiva e bem controlada em especial nas instâncias municipais foi destacada por alguns sujeitos, acompanhado de despreparo e falta de comunicação entre eles (governo e profissionais de saúde) e a corrupção, além de desvios de doações e recursos públicos que foram constantemente lembrados durante as entrevistas.

As ações dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Teresópolis durante e após a catástrofe ocorrida em janeiro de 2011 foi e ainda é permeada por uma série de barreiras. A superação dos desafios e obstáculos pode ser complicada, longa, colocando a prática em situações complexas. É fato que uma tragédia, mesmo que pré anunciada, cause transtornos político, econômico e social, porém, não são casos isolados, são cada vez mais frequentes situações que expõem populações inteiras às catástrofes e nos estimulam a repensar a atuação dos

governantes frente a esses problemas e também dos profissionais de saúde que devem estar preparados para isso. Não podemos ignorar que a exposição prolongada de indivíduos saudáveis a acontecimentos desorganizadores naturais representa condição com evidente potencial de adoecimento físico e principalmente de desequilíbrio emocional e/ou psíquico. Nessas situações limite, ficam suscetíveis tanto indivíduos afligidos pelo flagelo quanto pessoas que participam (in)diretamente da situação, como os enfermeiros das ESF de Teresópolis que vivenciaram e vivenciam as dores físicas e da alma das famílias vítimas da catástrofe, sendo expostos, simultaneamente, a todos os grandes temores humanos. E nessas circunstâncias, que os profissionais em questão assolados por essa violência disruptiva enfrentaram e enfrentam uma carga potente de estresse emocional.

Apesar de não estar presente de corpo no período descrito, sentia como se minha alma permeasse pelas casas das vítimas da catástrofe ocorrida em janeiro de 2011 em Teresópolis, despertando meus sentimentos mais temíveis, acompanhados de impotência e angústia. Essa experiência me fez refletir em quantas vezes julgamos a dor do próximo sem, ao menos saber a imensidão dessa dor. Percebi, durante aqueles dias, mesmo sabendo que a catástrofe havia poupado minha família, que somente quem sente essa dor pode avaliar o estrago que ela causa na alma. Falar sobre dores da alma é falar sobre um tipo de dor muito mais atroz do que as dores físicas, ter a certeza de que, depois da forte tempestade o arco-íris irá surgir, de que o sol irá brilhar ainda mais forte torna-se tão difícil quanto superar essas dores.

E movida por esses sentimentos, durante a construção do presente estudo, refletimos sobre a realidade vivenciada pelos enfermeiros da ESF frente a catástrofe ocorrida, pontuamos aqui algumas sugestões despretensiosas com desígnio de beneficiar as vítimas da tragédia ocorrida em Teresópolis de 2011. É importante ressaltar que todos foram (são) vítimas, todos tiveram perdas, as famílias, a cidade e sua infra estrutura, os profissionais envolvidos nos atendimentos a essas vítimas. Diante das falas dos sujeitos da pesquisa evidenciamos que a ESF, e conseqüentemente seus profissionais, não estavam (estão) preparados para atender a essas vítimas, o que denota a necessidade do planejamento preventivo para situações de desastres ambientais, assim como a capacitação das equipes multidisciplinares no que tange a catástrofes ambientais. A (re)análise dos planejamentos por parte do Poder Público organizando a atenção durante e após a

catástrofe, e a capacitação dessas equipes, refletirá no fortalecimento profissional, proporcionando-os instrumentos que servirão como subsídios para a sua atuação, que irá além de suas funções básicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, resultando na superação da impotência desses profissionais frente a morte não esperada em função de desastres aleatórios, desenvolver trabalhos com a comunidade (controle social) e com a academia (docentes/discentes) em relação as lacunas existentes sobre o assunto, aprofundando-o na formação acadêmica, dentro da promoção da saúde é relevante e importante, partindo da concepção de que as políticas de saúde se materializam nos serviços, mediante as ações de atores sociais e suas práticas cotidianas, o que nos leva a refletir sobre a importância das práticas de educação em saúde no contexto da ESF.

A corrupção, fator continuamente citado pelos sujeitos da pesquisa, é hoje um dos grandes obstáculos para o alcance de uma democracia verdadeiramente social. A autonomia financeira leva a uma perigosa combinação: quanto maior o repasse de recursos, mais vulnerável fica o município aos riscos da corrupção (CORREIA, 2009), o que não foi diferente em Teresópolis. Sendo assim, destacamos que a autonomia financeira sem um planejamento e um sistema rigoroso de controle deixa o município excessivamente exposto à corrupção.

E é sob esse contexto que entendemos a necessidade de planejamentos em relação a catástrofes ambientais, tal necessidade foi evidenciada durante a construção do presente estudo onde foi considerada a realidade vivenciada pelos Enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família. A falta de planejamento para o atendimento a essas vítimas causou e causa, até hoje, a todos os envolvidos, sentimentos inefáveis. E com isso percebe-se que a cidade jamais será a mesma, as pessoas jamais serão as mesmas. Teresópolis e sua população perderam parte da sua identidade, perdeu-se o viço da vida.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M. *et al.* **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América latina: desafios para políticas públicas.** Brasília: UNESCO, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127138por.pdf>>. Acesso em 11 dez. 2012.
- ALMEIDA F. F. M DE E CARNEIRO, C. D. R. Origem e evolução da Serra do Mar. **Revista Brasileira de Geociências.** Campinas, SP. 1998.
- ARAÚJO, J.D. **Polarização epidemiológica no Brasil.** Informe Epidemiológico do SUS 1992;1:5-16.
- BARBOSA, J.B. *et al.* **Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas.** In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. 6^a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 289-311.
- BARROS, M. A. **Os profissionais do Programa de Saúde frente ao uso, abuso e dependência de drogas.** Ribeirão Preto. 2006. Tese USP. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-18072006-163801/pt-br.php>>. Acesso em: 10 outubro 2012>. Acesso em 07 dez. 2012.
- BASTOS, C.L.; Tempo e psicopatologia cultural das experiências traumáticas. **Rev. Latino am. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 195-207, junho 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000200002> Acesso em: 08 outubro 2012.
- BELLATO, R. E PEREIRA, W.R. Direitos e vulnerabilidade : noções a serem exploradas para uma nova abordagem ética na enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm.** 2005 Jan-Mar; 14(1):17-24. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71414102>>. Acesso em: 04 set. 2012.
- BELUCCI, D.G.P. **Programa Saúde da Família II. Manual para o dia a dia das equipes de saúde da família.** 2. Ed. São Paulo: Lawbook, 2009.
- BERTOLOZZI, M.R. E GRECO R.M. As Políticas De Saúde no Brasil: Histórica Reconstrução e Perspectivas Atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.
- BICUDO, M.A.V. *et al.* **Pesquisa Qualitativa Segundo a Visão Fenomenológica.** São Paulo: Cortez, 2011.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 18. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. ISBN 978-85-326-2162-7.
- BOSCO, A.G. **Perda e luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência.** Ribeirão Preto. 2008. Tese USP. Disponível em: <

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-03092008-105509/pt-br.php>
 . Acesso em: 05 set.2012.

BRANCO, A.M. **Políticas públicas e serviços públicos de gestão e manejo da fauna silvestre nativa resgatada.** Estudo de caso: Prefeitura da Cidade de São Paulo. 2008. Dissertação. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-24092008-152402/pt-br.php>>. Acesso em: 05 set. 2012.

BRASIL, **Decreto n. 16.300 de 31 dezembro**, 1923. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-norma-pe.html>>. Acesso em: 29 agosto 2011.

_____. Lei nº 6.168 - DE 9 DE DEZEMBRO DE 1974 . Dispões sobre a Organização do Estado- **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10/12/1974 Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1974/6168.htm>>. Acesso em: 01 set. 2011.

_____. Declaração dos Direitos dos Homens. 1948. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/militares/tertuliano/apostila01.html>>. Acesso em: 09 set. 2011.>

_____. III Conferência Nacional de Saúde, 1963. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf>. Acesso em: 08 set.2011.

_____. Secretaria de Assistência Médico-Social. Portaria n.º 48 de 21 de junho de 1972. **Diário Oficial da União**, 30 jun. 1972.

_____. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2011.

_____. Lei Federal n. 6.398/81. **Legislação Pátria do Meio Ambiente.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6938.htm>. Acesso em: 13 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde, 1986. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: MS.

_____. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Carta de Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2011.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Carta Magna. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 01 set. 2011.

_____. **Constituição Federal 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 08 set. 2011.

_____. **Norma Operacional Básica – NOB SUS/96.** Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 13 agosto 2011.

_____. Ministério da Saúde **Saúde da Família: Uma estratégia de Organização dos Serviços de Saúde**, 1997.

_____. **Projeto VIGISUS – Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 1998. 203 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. **Proposta de estruturação de atenção básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Normas Assistenciais à Saúde – NOAS – MS/1990.** Disponível em: [http://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft word - lei n 8142.pdf](http://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf) Acesso em: 20 jul.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão e Estratégia e Participativa.** A construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Serie Pactos pela saúde, Vol. 4, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Temático Saúde da Família.** Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 56p.:II. (Painel de Indicadores do SUS, 4).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/**Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2011.291 P. (COLEÇÃO PARA ENTENDER Gestão do SUS 2011, 1).

_____. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislação/listapublicações>>. Acesso em: 09 set.2011.

_____.Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996: **diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília(DF); 1996.

BRUZOS, G.A.S.; *et al.* Meio Ambiente e Enfermagem: suas interfaces e inserção no ensino de graduação. **Rev.Saúde soc.** vol.20 no.2 São Paulo Apr./June 2011. Disponível em:

< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000200017&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 set. 2012.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000.

BUSS, P.M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. Fiocruz – Maguinhos, Rio de Janeiro, 2003.

CAMBOTA, J.N. **Desigualdades sociais na utilização de cuidados de saúde no Brasil e seus determinantes**. São Paulo, 2012. Tese. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12140/tde-11062012-190139/pt-br.php>>. Acesso em: 12 nov.2012.

CAMPBELL, T. Desenvolvimento Urbano no Terceiro Mundo: Dilemas Ambientais e Pobres Urbanos. In: LEONARD, H.J. (org.). **Meio Ambiente e Pobreza: Estratégias de Desenvolvimento para uma Agenda Comum**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992.

CAMPOS, P.F.C. **Organização Político-Institucional frente aos Riscos da Modernidade: o Caso Brasileiro**. São Carlos, 2005. Dissertação. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18139/tde-25102006-160125/pt-br.php>>. Acesso em: 20 out. 2012.

CARVALHO, A. I. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis – Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1(1): 104-21, 1996.

CARVALHO, A.R.S.; *et al.* **Cuidado e humanização na enfermagem**: reflexão necessária. Segundo Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Unioeste – Cascavel, PR,2005. Disponível em: <http://cac.php.unioeste.br/projetos/qpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau16.pdf>. Acesso em: 21 out.2012.

CASTRO, C. M. de; PEIXOTO, M. N. de O.; RIO, G. A. P. do. **Riscos Ambientais e Geografia**: Conceituações, Abordagens e Escalas. Anuário do Instituto de Geociências – UFRJ ISSN 0101-9759 Vol. 28-2 / 2005 p. 11-30. Disponível em: http://www.anuario.igeo.ufrj.br/anuario_2005/Anuario_2005_11_30.pdf Acesso em: 07 dez. 2012.

CHAVES, M.P.S.R.; SIMONETTI, S.R.; LIMA, M.S. **Pueblos ribereños de la Amazonía: haberes y habilidades**. Interações (Campo Grande) vol.9 no.2 Campo

Grande July/Dec. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1518-70122008000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 out.2012.

CONFALONIERI, U.E.C. Variabilidade climática, vulnerabilidade social e saúde no Brasil. **Rev. Terra Livre**. São Paulo Ano 19 - vol. I - n. 20 p. 193-204 jan/jul. 2003.

CORREIA N. C. S. Corrupção e Poder Local. Rev. Eletrônica. LABORE, UERJ 2009. Disponível em: < [http://www.polemica.uerj.br/8\(3\)/artigos/contemp_3.pdf](http://www.polemica.uerj.br/8(3)/artigos/contemp_3.pdf)> Acesso em: 21 fev.2013.

CORREIA, V.R. **O profissional da estratégia saúde da família na promoção da saúde mental**. São Paulo, 2011. Tese. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-20102011-102030/pt-br.php>>. Acesso em: 20 out. 2012.

COSTA E.M.A. E CARBONE, M.H. **Saúde da Família – uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA, N. do R. Inovação política, Distributivismo e Crise: A Política de Saúde nos anos 80 e 90. **Rev. Scielo Brasil**, Rio de Janeiro, vol. 39 no. 3 Rio de Janeiro 1996.

CRESCÊNCIO, C.L. Revolta da vacina: Higiene e saúde como instrumentos políticos – (artigos) Acervo 367626 REVOLTA da vacina: higiene e saúde como instrumentos políticos: Biblos. Revista do Departamento de Biblioteconomia e História (FURG) Rio Grande do Sul Biblos. **Revista do Departamento de Biblioteconomia e História (FURG)** / 1985 – Periódicos – Acervo 240527. CRESCÊNCIO.

CUNHA, P. R. **A relação entre meio ambiente e saúde e a importância dos princípios da prevenção e da precaução**. Jus Navigandi, Teresina, ano 10, n. 633, 2 abr. 2005. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/6484>>. Acesso em: 11 jul. 2011.

CUNHA, P.F. E MAGAJEWSKI, F. **Gestão Participativa e Valorização dos Trabalhadores**: avanços no âmbito do SUS. Rev.Saúde soc. vol.21 supl.1 São Paulo May 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000500006&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 out.2012.

CUTCLIFFE JR E GRANT, G. What are the principles and processes of inspiring hope in cognitively impaired older adults within a continuing care environment?. **J Psychiatr Ment Health Nurs**. 2001 Oct; 8(5):427-36. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11882163>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

CZERESNIA, D. The Concept of Health and the Difference Between Promotion and Prevention in: **Cadernos de Saúde Pública** v.15 (4), p. 701-710, 1999.

CZERESNIA D. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS.** Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar. Julho de 2003. Disponível em:
<<http://www.unit.br/mestrado/saudeambiente/leitura/p2/Variabilidade%20climatica,%20vulnerabilidade%20social.....pdf>>. Acesso em 10 dez.2012.

DESCHAMPS, M. V. E RODRIGUES, J.M. **Vulnerabilidade socioambiental das Regiões Metropolitanas Brasileiras.** Observatório das Metrôpoles IPPUR/FASE. 2009. Disponível em:< www.observatoriodasmetropoles.ufrj.br> Acesso em: 07 dez.2012.

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio EPSJV. Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde: Projeto Político pedagógico. Rio de Janeiro: 2002. **Termo de referência para a Educação Profissional em Vigilância em Saúde.**

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 1999.

ESTEVES, C.J.O. Risco e vulnerabilidade socioambiental: aspectos conceituais. **Cad. IPARDES.** Curitiba, PR, el SSN 2236-8248, v.1, n.2,p. 62-79, jul./dez. 2011.

FAHT, E.C. **Diagnóstico e Análise de Atividades relacionadas à Educação Ambiental em Escolas Públicas de São Paulo-SP e Blumenau-SC.** São Paulo, 2011. Dissertação. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/81/81133/tde-15092011-120410/pt-br.php>>. Acesso em: 14 out. 2012.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FÉO R. R. **Raízes de Teresópolis – outras histórias e outras coisas.** Teresópolis, RJ: Zen, 2010.

FERRADEIRA, J. **SESC** Rio de Janeiro, S/D.

FERREIRA, D.R.D. **O desenvolvimento das cidades e a sustentabilidade: Alguns aspectos em Niterói.** 2004. Niterói-RJ. Disponível em:< <http://rearj.com/wp-content/uploads/2008/09/dib-ferreira-decleve-reynier-o-desenvolvimento-das-cidades-e-a-sustentabilidade.pdf>> Acesso em: 20 dez.2012.

FIGUEIREDO, N.M.A. de, **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul: Difusão, 2003.

FONSECA, P.C. E FERREIRA, M.A.M. **Investigação dos Níveis de Eficiência na Utilização de Recursos no Setor de Saúde**: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. *Saúde soc.* [online]. 2009, vol.18, n.2, pp. 199-213. ISSN 0104-1290. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000200004>> . Acesso em: 14 out. 2012.

FUJISAKA, A.P. **Vivência de luto em adultos que perderam a mãe na infância**. São Paulo, 2009. Dissertação. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-15122009-093804/pt-br.php>>. Acesso em 10 out. 2012.

FUKUMITSU, K.O. **Uma visão fenomenológica do luto**. Campinas: 2004, Editora Livro Pleno. ISBN: 85-87622-59-5.

GARNICA, A.V.M. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, v.1, n.1, 1997.

GAMBA, C. **Avaliação da Vulnerabilidade Socioambiental dos Distritos dos Municípios de São Paulo ao processo de escorregamento**. São Paulo, 2011. Dissertação. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-15122011-105031/pt-br.php>>. Acesso em: 02 nov. 2012.

GONÇALVES, J.A. **Meio Ambiente**: a vida em jogo. São Paulo: Editora Salesiana, 2009. CDD 304.2

GOUVEIA, Nelson. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. *Saude soc.* [online]. 1999, vol.8, n.1, pp. 49-61. ISSN 0104-1290.

GRANZIERA, M. L. M. E DALLARI, S. G. **Direito Sanitário e Meio Ambiente**. In: PHILIPPI JR., Arlindo; ALVES, Alaor Caffé (Editores). *Curso Interdisciplinar de Direito Ambiental*, Barueri-SP: Manole, 2005. p. 607.

GUIMARÃES, R.P. LA SOSTENIBILIDAD DEL DESARROLLO ENTRE RIO-92 Y JOHANNESBURGO 2002: ERAMOS FELICES Y NO SABIAMOS. *Rev.Ambient. soc.* no.9 Campinas July/Dec. 2001. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2001000900002>. Acesso em 10 set. 2012.

HERCULANO, S.; *et al.* **Qualidade de vida e riscos ambientais**. Niterói: Edu FF, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA - IBGE, **Censo Populacional**. Rio de Janeiro, 2010.

JACOBI, P. Habitat e saúde na periferia. 5. *Paulo Perspec.*,4: 121-30, 1990.

JACOBI, P.R. *et al.* **Mudanças climáticas globais**: a resposta da educação. *Rev. Bras. Educ.* vol.16 no.46 Rio de Janeiro Jan./Apr. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782011000100008&script=sci_arttext>. Acesso em 20 nov. 2012.

KAWATA, L.S. Os atributos mobilizados pela enfermeira na saúde da família – uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. **Rev. esc. enferm. USP** vol.45 no.2 São Paulo Apr. 2011. Dissertação. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 set. 2012.

LEAVELL, S. & CLARCK, E.G. **Medicina Preventiva**. SP: McGraw-Hill, 1976.

LIMA e SILVA, P.P *et al.* **Dicionário brasileiro de ciências ambientais**. Thex Editora: Rio de Janeiro, 2000.

LIMA-GONÇALVES, E.; *et al.* — Medicina preventiva e assistência médica na previdência social. **Rev. Saúde públ.** São Paulo, 1:139-50, 1973.

LOURENÇO, L.C.D. **A pulsão de morte e a gênese da angústia**. *Ágora* (Rio J.) vol.12 no.1 Rio de Janeiro Jan./June 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982009000100007> Acesso em: 10 ou. 2012.

MALTA D.C., CEZÁRIO A.C., MOURA L., NETO O.L.M., JUNIOR J.B.S. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Rev. Eletr. Epidemiol. Serv. Saúde** v.15 n.3 Brasília set. 2006. [internet] disponível: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt&nrm=iss>. Acesso em 20 dez.2012.

MARANHÃO, J.L.S. **O que é morte**. São Paulo: Brasiliense, 1985. P.77

MARTINS, J., BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Educ/Moraes, 2005.

MARTINS, M.S, RÓZ, A.L, MACHADO, G.O. **Mata Atlântica**. Disponível em: <<http://educar.sc.usp.br/licenciatura/trabalhos/mataatl.htm>>. Acesso: 10 abr.2011.

MELO, C.A.; SANTOS, F.A. As contribuições da psicologia nas emergências e desastres. **Rev. Psicólogo inFormação**, ano 15, n. 15, jan./dez. 2011.

MENDONÇA, F.A.; SOUZA, A.V.; DUTRA, D.A. Saúde Pública, Urbanização e Dengue no Brasil.. **Soc. nat.** (Online) vol.21 no.3 Uberlândia Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1982-45132009000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 set. 2012.

MENDONÇA, F. Riscos, vulnerabilidade e abordagem socioambiental urbana: uma reflexão a partir da RMC e de Curitiba. **Rev.Desenvolvimento e Meio Ambiente**, n. 10, p. 139-148, jul./dez. 2004. Editora UFPR. Disponível em: <http://www.arquitetura.eesc.usp.br/revista_risco/Risco10.../02_art09_risco10.pdf> Acesso em: 07 dez. 2012.

MILNE, JF. Hope: a construct central to nursing. **Nurs Forum**. 2007 Jan-Mar; 42(1):12-19.
<Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20925855>> Acesso em: 11 dez. 2012.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, Márcia Elayne Berbich, **A (In) Eficiência do Direito Penal Moderno para a Tutela do Meio Ambiente (Lei nº 9.605/98)**, Rio de Janeiro 2004, Editora Lumen Juris, p. 8.

MOREIRA, M.C.N. A fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **História, ciências e Saúde – Manguinhos** V(3): 621-46, Nov. 1998-1999.

NEVES, E. E TOSTES, A. **Meio Ambiente: Aplicando a Lei**. Petrópolis: Vozes, 1992.

NUNES, E. D. (1998) 'Saúde coletiva: história e paradigmas'. **Interface — comunicação, Saúde e Educação**, 3:107-16.

NURSES, I.C. **Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 1.0**. Lisboa (PT): Ordem dos Enfermeiros; 2006. <Disponível em:

<https://membros.ordemenfermeiros.pt/CookieAuth.dll?GetLogon?curl=Z2F&reason=0&formdir=5>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

OMS Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://www.opas.org.br> Acesso em: 01/09/2011 às 9:39.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUDE. **La salud y El ambiente em Desarrollo Sostenible**. Washington: OPAS, 2000.

PALMA, A.M. **Representações de Comunidade para o trabalho em saúde: demandas e necessidades médico-sociais no cotidiano das práticas do programa de Saúde da Família**. São Paulo, 2009. Dissertação. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-05082010-152612/es.php>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

PAOLUCCI, C.O. E PEREIRA, D.B. Medidas Implementadas em Belo Horizonte para antecipar efeitos da chuva. **Geografias**. Belo Horizonte 08(1) 50-63 janeiro-junho de 2012.

PATRÍCIO, M.Z.; POMPÊO, C.A.; SIERVI, E.M.C. Política Nacional de Promoção da Saúde no Contexto de Formação de Gestores Públicos. **Rev.Saúde soc**. vol.21 no.2 São Paulo Apr./June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200020>. Acesso em: 02 out. 2012.

PAVAN, B.J.C. **Construção Social do Lugar: segurança e risco na visão de desabrigados em decorrência de desastres relacionados às chuvas**. São Carlos, 2009. Dissertação. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18139/tde-03042009-090643/pt-br.php>>. Acesso em: 07 out. 2012.

PELLING, M E UITTO, J. **Small island developing states: natural disaster vulnerability and global change**. Environmental Hazards 3 (2001) 49–62. PII: S 1 4 6 4 - 2 8 6 7 (0 1) 0 0 0 1 8 - 3. Disponível em: http://www.tc.umn.edu/~blume013/pelling_Uitto_sm_islands.pdf Acesso em: 07 dez. 2012.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A. E PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 42 – 51, 2006. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em 22 out. 2012.

PINHO, L.M.O. **Fenomenologia do existir humano: Viver e morrer.** ANAIS DO CONGRESSO DE FENOMENOLOGIA DA REGIÃO CENTRO OESTE IV Congresso de Fenomenologia do Centro-Oeste: Fenomenologia, técnica e ciência. 19 – 21 de setembro de 2011. 293 p. Disponível em: <http://anaiscongressofenomenologia.fe.ufg.br/uploads/306/original_ANAISIVCONGRESSO-VER2.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2012.

PINHO, L.M.O. E BARBOSA, M.A. A MORTE E O MORRER NO COTIDIANO DE DOCENTES DE ENFERMAGEM. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun; 16(2):243-8. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a17.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL TERESÓPOLIS. Disponível em: <www.teresopolis.com.br>. 2011. Acesso em: 12 abr.2011.

POPE, C. E MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3.ed. Porto Alegre: Artemed, 2009. ISBN 978-85-363-1344-3.

Relatório do Desenvolvimento Humano - **A água para lá da escassez:** poder, pobreza e a crise mundial da água. Publicado para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 2006

REIS, J.T.E ROBAINS, L.E.S. **Áreas de risco:** o caso da Vila Bilíbio. Ciência e Natura, UFSM, 31 (2) : 121-139, 2009.

ROCHA, H P. **A Mata Atlântica e a Organização do Espaço Geográfico na cidade de Teresópolis.:** Planejamento e qualidade de vida. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.- IBGE Escola Nacional de Ciências Estatísticas Pós-Graduação em Análise Ambiental e Gestão do Território. Nov. 1999.

RUIZ, E.N.F.E GERHARDT, T.E. **Políticas públicas no meio rural:** visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. Physis vol.22 n.3 Rio de Janeiro 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000300018&script=sci_arttext> Acesso em: 11 out. 2012.

SANTOS L. Meio Ambiente e Saúde. Competências e Intersetorialidade. OPAS-Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério Público e da Magistratura Federal – **Reforsus** – Ministério da Saúde – 2004.

SCILIAR, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Energia, Indústrias e Serviços – DRM – **Desastre Região Serrana**. RJ, Rio de Janeiro, 2011.

Secretaria Municipal de Turismo e Desenvolvimento Econômico. Prefeitura Municipal de Teresópolis, RJ, 2008.

SEMINÁRIO SUS 20 ANOS: **Desafios para a informação e comunicação em Saúde**. Ministério da Saúde – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Brasil, 2009. Disponível em: <<http://157.86.8.13/sus20anos/>> Acesso em: 01/09/2011 as 12:20.

SENAC. **Saúde e prevenção de doenças**. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2009. 176p. II.

SILVA, L.J. da. Da vacina à aspirina: Considerações acerca das ações coletivas em Saúde Pública.. *Rev. Saúde e Sociedade*, 5(2): 3-16, 1996.

SILVA, M. J. P. da; **Amor é o caminho**. 3ª ed. São Paulo. Edições Loyola: 2005. ISBN: 85-15-02597-3

SILVA R.L.B., *et al.* Estudo da contaminação de poços rasos por combustíveis orgânicos e possíveis conseqüências para a saúde pública no Município de Itaguaí, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(6):1599-607.

SILVA, R.V.; COSTA, P.P.; FERMINO, J.S. Vivência de Educação em Saúde: O grupo enquanto proposta de atuação. *Rev.Trab. Educ. Saúde*, v. 6 n. 3, p. 633-643, nov.2008/fev.2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/revista/upload/revistas/r230.pdf>> Acesso em: 20 out.2012.

SILVEIRA M.M. **Política Nacional de Saúde Pública. A trindade desvelada: economia-saúde-população**. Rio de Janeiro: Revan,2005.

SOARES M.C.; VELEDAR A.A. E VAZ, M.R.C. As influências ambientais e a interação homem-ecossistema no planejamento e implementação da atenção à saúde materno-infantil na prática de enfermagem. *Texto contexto enfermagem*. 2004 jul-set; 13 (3): 467-72.

SODRÉ, A.C.A.; ALVES, M.F.C. **Relação entre Emendas Parlamentares e Corrupção Municipal no Brasil**: Estudo dos Relatórios do Programa de Fiscalização da Controladoria-Geral da União. RAC, Curitiba, v. 14, n. 3, art. 2, pp. 414-433, Mai./Jun., 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/a_1059.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2012.

SOUSA, C.M.M., MOURA M.E.B., ALVES M.S.C.F., PESSOA R.S. Representações sociais do Biodireito elaboradas pelos estudantes de enfermagem e direito. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet] 2007;9(1):131-41. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a10.htm>

STAKE, R.E. **Pesquisa Qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2011. ISBN 978-85-638999-32-3.

STEPHENSON, C. The concept of hope revisited for nursing. **J Adv Nurs**. Dec; (16):1456-61. 1991. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1791256>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

STREUBERT, H.J. E CARPENTER, D.R. **Investigação Qualitativa em Enfermagem**: Avançando o Imperativo Humanista. 3. Ed. Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0.

TEIXEIRA, C. **O Futuro da Prevenção**. Casa da Qualidade: Salvador, 2001.

TEIXEIRA, C.C. **Interrompendo rotas, higienizando pessoas**: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n3/18.pdf>. Acesso em: 12 set. 2011.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14. ed. São Paulo: Cortez: 2005.

TORRES, C.H. **Ensino de Epidemiologia na Escola Médica**: institucionalização da epidemiologia como disciplina na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2002

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

USP Diário da Revolta. Disponível em:

<<http://www.ccs.saude.gov.br/revolta/pdf/m4.pdf>> Acesso em: 01 set.2012.

VILLA, E.A. E ARANHA, A.V.S. A Formação dos Profissionais da Saúde e a Pedagogia Inscrita no Trabalho do Programa de Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.** vol.18 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000400009&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 set. 2012.

WEINTRAUB, A.C.A.M. **Psychological Work in Humanitarian Emergencies in Haiti and Democratic Republic of Congo**: some considerations based on two work experiences. Saude soc. vol.20 no.3 São Paulo July/Sept. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000300023&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 set. 2012.

WELLS, N. How **Natural and Built Environments Impact Human Health**. Design & Environmental Analysis. Cornell University College of Human Ecology. S/D Disponível em: <http://www.human.cornell.edu/outreach/upload/CHE_DEA_NaturalEnvironments.pdf>. Acesso em: 30 out. 2012.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar. Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

O (a) Sr (a) é convidado a participar da pesquisa sobre **“Ações de Saúde em áreas impactadas pós desastres ambientais: O caso de Teresópolis”**, cujos objetivos são: Compreender as ações realizadas pelos enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na prevenção e promoção da saúde das vítimas da catástrofe ocorrida em Teresópolis em janeiro de 2011, desvelar as dificuldades enfrentadas adotadas pela equipe da Estratégia de Saúde da família em relação ao atendimento a essas vítimas da catástrofe em Teresópolis.

Sua participação é voluntária, não remunerada e não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo, para tanto, necessito que responda a uma entrevista aberta sobre o tema. Caso queira se retirar, em qualquer etapa da pesquisa, não haverá nenhum dano ou prejuízo. Conforme previsto pela resolução 196/96 que regulamenta sobre a participação com seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

O (a) Sr(a). tem acesso a qualquer etapa do estudo, bem como aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. O material com as suas informações da entrevista ficará guardado sob a responsabilidade do pesquisador, durante cinco anos, conforme previsto na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, VI.2.n; IX.2, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, sendo incinerado após a finalização da pesquisa.

A presente pesquisa não implica riscos físicos aos participantes uma vez que não é nenhum procedimento invasivo, nem se fará experimentos com as mesmas.

Porém caso, apresente algum transtorno de ordem psicológica relacionada a descrição do fenômeno no momento da coleta de dados, será encaminhada para o Serviço de Psicologia da Secretaria de Saúde de Teresópolis a fim de se ter um tratamento adequado de possíveis contratemplos de ordem psicológica. Vale ressaltar que o tratamento, caso necessário, será realizado sem ônus algum para o (a) Sr(a), sendo que eventuais gastos com transporte e/ou alimentação será de responsabilidade da pesquisadora. Caso se sinta prejudicado(a) fica estabelecido o fórum da cidade de Goiânia (GO) para definição final.

A pesquisadora responsável é a Enfermeira Danielle Perdigão Oliveira e Ribeiro, mestranda em Ciências da Saúde e Meio Ambiente, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, que pode ser encontrada no seguinte endereço: Rua 61 n. 60 apartamento 504 Jardim Goiás – Goiânia – GO CEP 74810-230, telefone (62) 9980 7985. Sob a orientação da Dr^a Lícia Maria Oliveira Pinho, telefone (62) 3241-5449. Se o (a) Sr(a). tiver alguma consideração ou dúvida sobre a Ética da Pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC - GO), localizado Avenida Universitária 1.069, Setor Universitário, Goiânia - Goiás, Área IV (Bloco da Reitoria), Caixa Postal 86 - CEP 74605-010. Fone: (62) 3946-1512; Fax: (62) 3946-1070; e-mail: cep@pucgoias.edu.br.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

DECLARO TER SIDO SUFICIENTEMENTE INFORMADO A RESPEITO DAS INFORMAÇÕES QUE LI OU QUE FORAM LIDAS PARA MIM. CONCORDO VOLUNTARIAMENTE EM PARTICIPAR DESTA ESTUDO E PODEREI RETIRAR O MEU CONSENTIMENTO A QUALQUER MOMENTO SEM QUALQUER DANO OU PREJUÍZO.

Eu, _____, RG _____

, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Teresópolis, _____ de _____ de 2012.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO COLETA DE DADOS

1 Fale para mim como foi ou está sendo para você fazer parte da (re) construção das famílias vítimas da catástrofe ocorrida em janeiro de 2011, vivenciada por você.

2 Descreva para mim o que tem significado para você, lutar por ações de promoção da saúde nas condições que vocês e as famílias assistidas se encontram.

APÊNDICE C – PARECER APROVAÇÃO CEP

ANEXO A - RESOLUÇÃO Nº 196 DE 10 DE OUTUBRO DE 1996

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de outubro de 1996, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **RESOLVE:**

Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:

I - PREÂMBULO

A presente Resolução fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores de 1975, 1983 e 1989), o Acordo Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (ONU, 1966, aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1992), as Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS 1982 e 1993) e as Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (CIOMS, 1991). Cumpre as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata: Código de Direitos do Consumidor, Código Civil e Código Penal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19/09/90 (dispõe sobre as condições de atenção à saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes), Lei 8.142, de 28/12/90 (participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde), Decreto 99.438, de 07/08/90 (organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde), Decreto 98.830, de 15/01/90 (coleta por estrangeiros de dados e materiais científicos no Brasil), Lei 8.489, de 18/11/92, e Decreto 879, de 22/07/93 (dispõem sobre retirada de tecidos, órgãos e outras partes do corpo humano com fins humanitários e científicos), Lei 8.501, de 30/11/92 (utilização de cadáver), Lei 8.974, de 05/01/95 (uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados), Lei 9.279, de 14/05/96 (regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial), e outras.

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

O caráter contextual das considerações aqui desenvolvidas implica em revisões periódicas desta Resolução, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética.

Ressalta-se, ainda, que cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os princípios emanados deste texto, deve cumprir com as exigências setoriais e regulamentações específicas.

II - TERMOS E DEFINIÇÕES

A presente Resolução, adota no seu âmbito as seguintes definições:

II.1 - Pesquisa - classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável. O conhecimento generalizável consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre as quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência.

II.2 - Pesquisa envolvendo seres humanos - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.

II.3 - Protocolo de Pesquisa - Documento contemplando a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais, informações relativas ao sujeito da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e à todas as instâncias responsáveis.

II.4 - Pesquisador responsável - pessoa responsável pela coordenação e realização da pesquisa e pela integridade e bem-estar dos sujeitos da pesquisa.

II.5 - Instituição de pesquisa - organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada na qual são realizadas investigações científicas.

II.6 - Promotor - indivíduo ou instituição, responsável pela promoção da pesquisa.

II.7 - Patrocinador - pessoa física ou jurídica que apoia financeiramente a pesquisa.

II.8 - Risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

II.9 - Dano associado ou decorrente da pesquisa - agravo imediato ou tardio, ao indivíduo ou à coletividade, com nexos causal comprovado, direto ou indireto, decorrente do estudo científico.

II.10 - Sujeito da pesquisa - é o(a) participante pesquisado(a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração.

II.11 - Consentimento livre e esclarecido - anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

II.12 - Indenização - cobertura material, em reparação a dano imediato ou tardio, causado pela pesquisa ao ser humano a ela submetida.

II.13 - Ressarcimento - cobertura, em compensação, exclusiva de despesas decorrentes da participação do sujeito na pesquisa.

II.14 - Comitês de Ética em Pesquisa-CEP - colegiados interdisciplinares e independentes, com "munus público", de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

II.15 - Vulnerabilidade - refere-se a estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

II.16 - Incapacidade - Refere-se ao possível sujeito da pesquisa que não tenha capacidade civil para dar o seu consentimento livre e esclarecido, devendo ser assistido ou representado, de acordo com a legislação brasileira vigente.

III - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

III.1 - A eticidade da pesquisa implica em:

a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (*autonomia*). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;

b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (**beneficência**), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (**não maleficência**);

d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (**justiça e equidade**).

III.2- Todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes da presente Resolução. Os procedimentos referidos incluem entre outros, os de natureza instrumental, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, econômica, física, psíquica ou biológica, sejam eles farmacológicos, clínicos ou cirúrgicos e de finalidade preventiva, diagnóstica ou terapêutica.

III.3 - A pesquisa em qualquer área do conhecimento, envolvendo seres humanos deverá observar as seguintes exigências:

a) ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas;

b) estar fundamentada na experimentação prévia realizada em laboratórios, animais ou em outros fatos científicos;

c) ser realizada somente quando o conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio;

d) prevalecer sempre as probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis;

e) obedecer a metodologia adequada. Se houver necessidade de distribuição aleatória dos sujeitos da pesquisa em grupos experimentais e de controle, assegurar que, *a priori*, não seja possível estabelecer as vantagens de um procedimento sobre outro através de revisão de literatura, métodos observacionais ou métodos que não envolvam seres humanos;

f) ter plenamente justificada, quando for o caso, a utilização de placebo, em termos de não maleficência e de necessidade metodológica;

g) contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal;

h) contar com os recursos humanos e materiais necessários que garantam o bem-estar do sujeito da pesquisa, devendo ainda haver adequação entre a competência do pesquisador e o projeto proposto;

i) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico - financeiro;

j) ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser sujeitos de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida através de sujeitos com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios diretos aos vulneráveis. Nestes casos, o direito dos indivíduos ou grupos que queiram participar da pesquisa deve ser assegurado, desde que seja garantida a proteção à sua vulnerabilidade e incapacidade legalmente definida;

l) respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades;

m) garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão. O projeto deve analisar as necessidades de cada um dos membros da comunidade e analisar as diferenças presentes entre eles, explicitando como será assegurado o respeito às mesmas;

n) garantir o retorno dos benefícios obtidos através das pesquisas para as pessoas e as comunidades onde as mesmas forem realizadas. Quando, no interesse da comunidade, houver benefício real em incentivar ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre que possível, disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades;

o) comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa, sempre que os mesmos puderem contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a auto-estima;

p) assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

q) assegurar aos sujeitos da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento ou de orientação, conforme o caso, nas pesquisas de rastreamento; demonstrar a preponderância de benefícios sobre riscos e custos;

r) assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto;

s) comprovar, nas pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira, os compromissos e as vantagens, para os sujeitos das pesquisas e para o Brasil, decorrentes de sua realização. Nestes casos deve ser identificado o pesquisador e a instituição nacionais co-responsáveis pela pesquisa. O protocolo deverá observar as exigências da Declaração de Helsinque e incluir documento de aprovação, no país de origem, entre os apresentados para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição brasileira, que exigirá o cumprimento de seus próprios referenciais éticos. Os estudos patrocinados do exterior também devem responder às necessidades de treinamento de pessoal no Brasil, para que o país possa desenvolver projetos similares de forma independente;

t) utilizar o material biológico e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo;

u) levar em conta, nas pesquisas realizadas em mulheres em idade fértil ou em mulheres grávidas, a avaliação de riscos e benefícios e as eventuais interferências sobre a fertilidade, a gravidez, o embrião ou o feto, o trabalho de parto, o puerpério, a lactação e o recém-nascido;

v) considerar que as pesquisas em mulheres grávidas devem, ser precedidas de pesquisas em mulheres fora do período gestacional, exceto quando a gravidez for o objetivo fundamental da pesquisa;

x) propiciar, nos estudos multicêntricos, a participação dos pesquisadores que desenvolverão a pesquisa na elaboração do delineamento geral do projeto; e

z) descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que a aprovou.

IV - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

IV.1 - Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

- a) a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b) os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c) os métodos alternativos existentes;
- d) a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;
- e) a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo;
- f) a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;
- g) a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;
- h) as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa; e
- i) as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

IV.2 - O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

IV.3 - Nos casos em que haja qualquer restrição à liberdade ou ao esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se ainda observar:

a) em pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação ou doença mental e sujeitos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, deverá haver justificação clara da escolha dos sujeitos da pesquisa, especificada no protocolo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e cumprir as exigências do consentimento livre e esclarecido, através dos representantes legais dos referidos sujeitos, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade;

b) a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles sujeitos que, embora adultos e capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos ou à influência de autoridade, especialmente estudantes, militares, empregados, presidiários, internos em centros de readaptação, casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias;

c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa;

d) as pesquisas em pessoas com o diagnóstico de morte encefálica só podem ser realizadas desde que estejam preenchidas as seguintes condições:

- documento comprobatório da morte encefálica (atestado de óbito);
- consentimento explícito dos familiares e/ou do responsável legal, ou manifestação prévia da vontade da pessoa;
- respeito total à dignidade do ser humano sem mutilação ou violação do corpo;
- sem ônus econômico financeiro adicional à família;
- sem prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento;
- possibilidade de obter conhecimento científico relevante, novo e que não possa ser obtido de outra maneira;

e) em comunidades culturalmente diferenciadas, inclusive indígenas, deve-se contar com a anuência antecipada da comunidade através dos seus próprios líderes, não se dispensando, porém, esforços no sentido de obtenção do consentimento individual;

f) quando o mérito da pesquisa depender de alguma restrição de informações aos sujeitos, tal fato deve ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos a partir dos sujeitos da pesquisa não poderão ser usados para outros fins que os não previstos no protocolo e/ou no consentimento.

V - RISCOS E BENEFÍCIOS

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade.

V.1 - Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando:

a) oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos;

b) o risco se justifique pela importância do benefício esperado;

c) o benefício seja maior, ou no mínimo igual, a outras alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

V.2 - As pesquisas sem benefício direto ao indivíduo, devem prever condições de serem bem suportadas pelos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional.

V.3 - O pesquisador responsável é obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento. Do mesmo modo, tão logo constatada a superioridade de um método em estudo sobre outro, o projeto deverá ser suspenso, oferecendo-se a todos os sujeitos os benefícios do melhor regime.

V.4 - O Comitê de Ética em Pesquisa da instituição deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.

V.5 - O pesquisador, o patrocinador e a instituição devem assumir a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

V.6 - Os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização.

V.7 - Jamais poderá ser exigido do sujeito da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. O formulário do consentimento livre e esclarecido não deve conter nenhuma ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao sujeito da pesquisa abrir mão de seus direitos legais, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

VI - PROTOCOLO DE PESQUISA

O protocolo a ser submetido à revisão ética somente poderá ser apreciado se estiver instruído com os seguintes documentos, em português:

VI.1 - folha de rosto: título do projeto, nome, número da carteira de identidade, CPF, telefone e endereço para correspondência do pesquisador responsável e do patrocinador, nome e assinaturas dos dirigentes da instituição e/ou organização;

VI.2 - descrição da pesquisa, compreendendo os seguintes itens:

a) descrição dos propósitos e das hipóteses a serem testadas;

b) antecedentes científicos e dados que justifiquem a pesquisa. Se o propósito for testar um novo produto ou dispositivo para a saúde, de procedência estrangeira ou não,

deverá ser indicada a situação atual de registro junto a agências regulatórias do país de origem;

c) descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia);

d) análise crítica de riscos e benefícios;

e) duração total da pesquisa, a partir da aprovação;

f) explicitação das responsabilidades do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador;

g) explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa;

h) local da pesquisa: detalhar as instalações dos serviços, centros, comunidades e instituições nas quais se processarão as várias etapas da pesquisa;

i) demonstrativo da existência de infra-estrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa e para atender eventuais problemas dela resultantes, com a concordância documentada da instituição;

j) orçamento financeiro detalhado da pesquisa: recursos, fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador;

l) explicitação de acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas, demonstrando a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados, a menos que se trate de caso de obtenção de patenteamento; neste caso, os resultados devem se tornar públicos, tão logo se encerre a etapa de patenteamento;

m) declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não; e

n) declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados.

VI.3 - informações relativas ao sujeito da pesquisa:

a) descrever as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de saúde, classes e grupos sociais, etc. Expor as razões para a utilização de grupos vulneráveis;

b) descrever os métodos que afetem diretamente os sujeitos da pesquisa;

c) identificar as fontes de material de pesquisa, tais como espécimens, registros e dados a serem obtidos de seres humanos. Indicar se esse material será obtido especificamente para os propósitos da pesquisa ou se será usado para outros fins;

d) descrever os planos para o recrutamento de indivíduos e os procedimentos a serem seguidos. Fornecer critérios de inclusão e exclusão;

e) apresentar o formulário ou termo de consentimento, específico para a pesquisa, para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, incluindo informações sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento será obtido, quem irá tratar de obtê-lo e a natureza da informação a ser fornecida aos sujeitos da pesquisa;

f) descrever qualquer risco, avaliando sua possibilidade e gravidade;

g) descrever as medidas para proteção ou minimização de qualquer risco eventual. Quando apropriado, descrever as medidas para assegurar os necessários cuidados à saúde, no caso de danos aos indivíduos. Descrever também os procedimentos para monitoramento da coleta de dados para prover a segurança dos indivíduos, incluindo as medidas de proteção à confidencialidade; e

h) apresentar previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos da pesquisa. A importância referente não poderá ser de tal monta que possa interferir na autonomia da decisão do indivíduo ou responsável de participar ou não da pesquisa.

VI.4 - qualificação dos pesquisadores: "Curriculum vitae" do pesquisador responsável e dos demais participantes.

VI.5 - termo de compromisso do pesquisador responsável e da instituição de cumprir os termos desta Resolução.

VII - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

VII.1 - As instituições nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos deverão constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa- CEP, conforme suas necessidades.

VII.2 - Na impossibilidade de se constituir CEP, a instituição ou o pesquisador responsável deverá submeter o projeto à apreciação do CEP de outra instituição, preferencialmente dentre os indicados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

VII.3 - Organização - A organização e criação do CEP será da competência da instituição, respeitadas as normas desta Resolução, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento.

VII.4 - Composição - O CEP deverá ser constituído por colegiado com número não inferior a 7 (sete) membros. Sua constituição deverá incluir a participação de profissionais da área de saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, um membro da sociedade representando os usuários da instituição. Poderá variar na sua composição, dependendo das especificidades da instituição e das linhas de pesquisa a serem analisadas.

VII.5 - Terá sempre caráter multi e transdisciplinar, não devendo haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos. Poderá ainda contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

VII.6 - No caso de pesquisas em grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, deverá ser convidado um representante, como membro "ad hoc" do CEP, para participar da análise do projeto específico.

VII.7 - Nas pesquisas em população indígena deverá participar um consultor familiarizado com os costumes e tradições da comunidade.

VII.8 - Os membros do CEP deverão se isentar de tomada de decisão, quando diretamente envolvidos na pesquisa em análise.

VII.9 - Mandato e escolha dos membros - A composição de cada CEP deverá ser definida a critério da instituição, sendo pelo menos metade dos membros com experiência em pesquisa, eleitos pelos seus pares. A escolha da coordenação de cada Comitê deverá ser feita pelos membros que compõem o colegiado, durante a primeira reunião de trabalho. Será de três anos a duração do mandato, sendo permitida recondução.

VII.10 - Remuneração - Os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados nos horários de trabalho do Comitê das outras obrigações nas instituições às quais prestam serviço, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação.

VII.11 - Arquivo - O CEP deverá manter em arquivo o projeto, o protocolo e os relatórios correspondentes, por 5 (cinco) anos após o encerramento do estudo.

VII.12 - Liberdade de trabalho - Os membros dos CEPs deverão ter total independência na tomada das decisões no exercício das suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Deste modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa, devem isentar-se de envolvimento financeiro e não devem estar submetidos a conflito de interesse.

VII.13 - Atribuições do CEP:

a) revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

b) emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão. A revisão de cada protocolo culminará com seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

- aprovado;
- com pendência: quando o Comitê considera o protocolo como aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solicita uma modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias pelos pesquisadores;
- retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;
- não aprovado; e
- aprovado e encaminhado, com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa -CONEP/MS, nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c.

c) manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

d) acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores;

e) desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;

f) receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, adequar o termo de consentimento. Considera-se como anti-ética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou;

g) requerer instauração de sindicância à direção da instituição em caso de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas e, em havendo comprovação, comunicar à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP/MS e, no que couber, a outras instâncias; e

h) manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS.

VII.14 - Atuação do CEP:

a) A revisão ética de toda e qualquer proposta de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica. Pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não deve ser analisada pelo Comitê.

b) Cada CEP deverá elaborar suas normas de funcionamento, contendo metodologia de trabalho, a exemplo de: elaboração das atas; planejamento anual de suas atividades; periodicidade de reuniões; número mínimo de presentes para início das reuniões; prazos para emissão de pareceres; critérios para solicitação de consultas de *experts* na área em que se desejam informações técnicas; modelo de tomada de decisão, etc.

VIII - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP/MS)

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/MS é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa, independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde.

O Ministério da Saúde adotará as medidas necessárias para o funcionamento pleno da Comissão e de sua Secretaria Executiva.

VIII.1 - Composição: A CONEP terá composição multi e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos e deverá ser composta por 13 (treze) membros titulares e seus respectivos suplentes, sendo 05 (cinco) deles personalidades destacadas no campo da ética na pesquisa e na saúde e 08 (oito) personalidades com destacada atuação nos campos teológico, jurídico e outros, assegurando-se que pelo menos um seja da área de gestão da saúde. Os membros serão selecionados, a partir de listas indicativas elaboradas pelas instituições que possuem CEP registrados na CONEP, sendo que 07 (sete) serão escolhidos pelo Conselho Nacional de Saúde e 06 (seis) serão definidos por sorteio. Poderá contar também com consultores e membros "ad hoc", assegurada a representação dos usuários.

VIII.2 - Cada CEP poderá indicar duas personalidades.

VIII.3 - O mandato dos membros da CONEP será de quatro anos com renovação alternada a cada dois anos, de sete ou seis de seus membros.

VIII.4 - Atribuições da CONEP - Compete à CONEP o exame dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, bem como a adequação e atualização das normas atinentes. A CONEP consultará a sociedade sempre que julgar necessário, cabendo-lhe, entre outras, as seguintes atribuições:

a) estimular a criação de CEPs institucionais e de outras instâncias;
 b) registrar os CEPs institucionais e de outras instâncias;
 c) aprovar, no prazo de 60 dias, e acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais tais como:

1- genética humana;

2- reprodução humana;

3- fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos (fases I, II e III) ou não registrados no país (ainda que fase IV), ou quando a pesquisa for referente a seu uso com modalidades, indicações, doses ou vias de administração diferentes daquelas estabelecidas, incluindo seu emprego em combinações;

4- equipamentos, insumos e dispositivos para a saúde novos, ou não registrados no país;

5- novos procedimentos ainda não consagrados na literatura;

6- populações indígenas;

7- projetos que envolvam aspectos de biossegurança;

8- pesquisas coordenadas do exterior ou com participação estrangeira e pesquisas que envolvam remessa de material biológico para o exterior; e

9- projetos que, a critério do CEP, devidamente justificado, sejam julgados merecedores de análise pela CONEP;

d) prover normas específicas no campo da ética em pesquisa, inclusive nas áreas temáticas especiais, bem como recomendações para aplicação das mesmas;

e) funcionar como instância final de recursos, a partir de informações fornecidas sistematicamente, em caráter *ex-offício* ou a partir de denúncias ou de solicitação de partes interessadas, devendo manifestar-se em um prazo não superior a 60 (sessenta) dias;

f) rever responsabilidades, proibir ou interromper pesquisas, definitiva ou temporariamente, podendo requisitar protocolos para revisão ética inclusive, os já aprovados pelo CEP;

g) constituir um sistema de informação e acompanhamento dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos em todo o território nacional, mantendo atualizados os bancos de dados;

h) informar e assessorar o MS, o CNS e outras instâncias do SUS, bem como do governo e da sociedade, sobre questões éticas relativas à pesquisa em seres humanos;

i) divulgar esta e outras normas relativas à ética em pesquisa envolvendo seres humanos;

j) a CONEP juntamente com outros setores do Ministério da Saúde, estabelecerá normas e critérios para o credenciamento de Centros de Pesquisa. Este credenciamento deverá ser proposto pelos setores do Ministério da Saúde, de acordo com suas necessidades, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde; e

l) estabelecer suas próprias normas de funcionamento.

VIII.5 - A CONEP submeterá ao CNS para sua deliberação:

a) propostas de normas gerais a serem aplicadas às pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive modificações desta norma;

b) plano de trabalho anual;

c) relatório anual de suas atividades, incluindo sumário dos CEP estabelecidos e dos projetos analisados.

IX - OPERACIONALIZAÇÃO

IX.1 - Todo e qualquer projeto de pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações desta Resolução e dos documentos endossados em seu preâmbulo. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

IX.2 - Ao pesquisador cabe:

a) apresentar o protocolo, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa;

b) desenvolver o projeto conforme delineado;

c) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

d) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;

e) manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP;

f) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

g) justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

IX.3 - O Comitê de Ética em Pesquisa institucional deverá estar registrado junto à CONEP/MS.

IX.4 - Uma vez aprovado o projeto, o CEP passa a ser co-responsável no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa.

IX.5 - Consideram-se autorizados para execução, os projetos aprovados pelo CEP, exceto os que se enquadrarem nas áreas temáticas especiais, os quais, após aprovação pelo CEP institucional deverão ser enviados à CONEP/MS, que dará o devido encaminhamento.

IX.6 - Pesquisas com novos medicamentos, vacinas, testes diagnósticos, equipamentos e dispositivos para a saúde deverão ser encaminhados do CEP à CONEP/MS e desta, após parecer, à Secretaria de Vigilância Sanitária.

IX.7 - As agências de fomento à pesquisa e o corpo editorial das revistas científicas deverão exigir documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo CEP e/ou CONEP, quando for o caso.

IX.8 - Os CEP institucionais deverão encaminhar trimestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e, imediatamente, aqueles suspensos.

X. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

X.1 - O Grupo Executivo de Trabalho-GET, constituído através da Resolução CNS 170/95, assumirá as atribuições da CONEP até a sua constituição, responsabilizando-se por:

a) tomar as medidas necessárias ao processo de criação da CONEP/MS;

b) estabelecer normas para registro dos CEP institucionais;

X.2 - O GET terá 180 dias para finalizar as suas tarefas.

X.3 - Os CEP das instituições devem proceder, no prazo de 90 (noventa) dias, ao levantamento e análise, se for o caso, dos projetos de pesquisa em seres humanos já em andamento, devendo encaminhar à CONEP/MS, a relação dos mesmos.

X4 - Fica revogada a Resolução 01/88.

ADIB D. JATENE

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

ADIB D. JATENE

Ministro de Estado da Saúde