



**7º Encontro Internacional de Política Social**  
**14º Encontro Nacional de Política Social**  
**Contrarreformas ou Revolução:**  
**Respostas ao capitalismo em crise**  
**Vitória (ES, Brasil), 03- a 06 de junho de 2019**

**Eixo: Análise, avaliação e financiamento das políticas públicas**

**(Des)proteção social: a política de saúde frente a um desastre**

*“Temos entidades públicas que, naquela vontade de se protegerem de forma corporativa, tornam a própria vida algo muito frágil, muito fugaz de muito pouco valor (...) Não espere muito, por um estado como nação que negligencia dessa forma”*

**Resumo:** Pesquisa que analisou a política de saúde frente ao desastre ocorrido em 2013 vitimando 242 jovens Santa Maria / Brasil. Investigou e analisou os desastres, suas causas, determinantes e experiências acumuladas ao longo da história, subsidiando a Política de Saúde. Pesquisa do tipo qualitativa apoiada pelo método dialético crítico, realizou entrevistas, grupol focal, análise de documentos e revisão da literatura. Resultados: desastres requerem capacidade pública de política de ação/prontidão, resolutividade frente a emergências, à ausência da instersetorialidade com outras políticas públicas gera baixo investimento em prevenção. Sugere-se estratégias de intervenção/ação em seus planos de saúde; implementação de programas de prevenção/formação, e protocolos para rede de atenção.

**Palavras chaves:** (Des)proteção social; Desastres; Política de Saúde.

**(Des) social protection: the health policy in the face of a disaster**

**Abstract:** Research that analyzed the health policy in the face of the disaster occurred in 2013, victimizing 242 young people from Santa Maria / Brazil. Investigated and analyzed the disasters, their causes, determinants and experiences accumulated throughout history, subsidizing Health Policy. Qualitative research supported by the critical dialectic method, conducted interviews, focal group, document analysis and literature review. Results: Disasters require public capacity for action / readiness policy, emergency response to emergencies, absence of intersectorality with other public policies generates low investment in prevention. It suggests intervention / action strategies in your health plans; implementation of prevention / training programs, and protocols for network care.

**Key words:** (Dis) social protection; Disasters; Health policy.

**Introdução**

Convivemos frequentemente com a ocorrência de desastres, vivemos em uma sociedade permeada de conflitos armados, desastres, catástrofes ambientais, religiões

---

<sup>1</sup> Testemunho de um trabalhador de saúde que atuou no desastre da Boate Kiss - Santa Maria/RS

fundamentalistas, atos de terrorismo e epidemias, realidades banalizadas e espetacularizadas que permeiam nosso cotidiano. Frequentemente esses desastres traz em seu âmago as relações capitalistas ocultadas na sociedade onde o homem subordinado a ela torna-se invisível, levando à supercivilização do mundo e um esvaziamento das necessidades humanas, onde a (re) produção e acumulação do capital domina para si todo sentido da vida individual e coletiva, alterando formas de consciência moral, mantendo relações sociais desiguais, gerando produção de classes, tudo em prol da manutenção e produção incessante do lucro ampliado. É esta condição social que compreende e reduz que desastres em sua grande maioria tem suas causas justificadas por “fenômenos naturais” e/ou por simples “ações humanas”, compreendidas como falhas.

A política de saúde, como parte integrante do tripé da seguridade social, enfrenta o desafio de efetivar as suas ações de mitigação<sup>2</sup> frente a um desastre, pois Motta (1996) ressalta que os sistemas de seguridade social têm sua relação direta com a dinâmica de acumulação capitalista: assalariamento, reprodução do trabalhador e a reprodução ampliada do capital. Desse modo, o capital direciona as ações sociais para “aliviar” as manifestações imediatas da questão social, distanciando-as da noção de proteção social (baseada em uma lógica redistributiva e democrática) e se aproximando de uma lógica controladora e coercitiva do Estado.

Compreende-se que a política de saúde possui entraves e desafios de efetivação dentro do âmbito das políticas de proteção social, os quais se potencializa frente a uma situação de desastre. Pois o acontecimento de um desastre está articulado a forma de constituição da sociedade, e que a sua ocorrência está intimamente ligada ao modo de produção capitalista, no qual os novos processos produtivos acarretam transformações profundas nas vidas dos sujeitos, evidenciando os desastres como uma expressão da questão social. Assim, as redefinições realizadas na seguridade social para adequá-la ao grande capital impuseram à política de saúde a redução de sua atuação (com privatizações e terceirizações), o que interfere na condução e direcionamento das ações para efetivar respostas e garantir os direitos diante do desastre.

Ressalta-se que, a partir dos anos 70, do século XX, com a crise das sociedades capitalistas industrializadas, as ideias ortodoxas liberais ressurgem através das

---

<sup>2</sup> A mitigação, conforme banco de dados BVS, são medidas tomadas para reduzir causas ou consequências no caso de desastre, a um mínimo aceitável de riscos ou danos. Um termo coletivo usado para englobar todas as atividades desenvolvidas em antecipação da ocorrência de um evento potencialmente catastrófico, incluindo a preparação e medidas de longo prazo para a redução de risco.

perspectivas neoliberais. O baixo crescimento econômico, a burocratização das sociedades e as altas taxas inflacionárias com aumento do desemprego produzirão, para o campo da proteção social, um rompimento na continuidade das políticas sociais e na efetivação dos direitos (COUTO, PRATES e DORNELES, 2012).

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

Para Couto, Prates e Dorneles (2012), as últimas décadas do século XX fizeram com que *Welfare State* entrasse em declínio, em virtude da sustentação ao modelo político econômico neoliberal; acarretando, assim, que muitas conquistas no âmbito da seguridade social sofressem um processo de desconstituição. Pereira (2000) afirma que nas sociedades contemporâneas capitalistas o debate está centrado em torno de duas lógicas: uma sobre a rentabilidade econômica e a outra sobre as necessidades sociais. Dessa forma, cada país encontra uma forma de se equilibrar entre o direito e as satisfações de necessidades sociais e a ética capitalista do trabalho.

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

Entende-se que esse padrão de proteção social mínima vem sendo construído com foco nos extremamente pobres. O avanço da política de saúde como acesso e garantia de direito, nesse momento ainda vinculada e voltada aos trabalhadores, garantiu a sua efetivação como política universal após a constituição de 1988. Porém, ao longo de sua trajetória, sua consolidação foi se constituindo em um cenário político marcado pelo

neoliberalismo; o qual inclui medidas públicas restritas e focalizadas, buscando sempre atender as necessidades do capital. Para Pereira (2013), as correntes funcionalistas e a nova direita mascaram a verdadeira realidade capitalista, ocultando sua essência e banalizando suas consequências.

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

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

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

Por fim, a compreensão dessa nova roupagem do neodesenvolvimentismo não significa uma mudança em relação ao modelo neoliberal. MOTA; AMARAL; PERUZZO (2012) sinalizam que o termo neodesenvolvimentismo muito mencionado, nos últimos anos, encobre movimentos na economia que em nada se diferenciam do modelo neoliberal, e que conceitos, como pleno emprego, trabalho eficiente, expansão de serviços públicos, utilizados para mascarar a atual conjuntura, não condizem com o período atual

do desenvolvimento capitalista, pois: “Embora este modelo esteja além do neoliberalismo à moda Consenso de Washington ele não o supera, nem tampouco estaria além do capitalismo” (MOTA, AMARAL; PERUZZO, 2012, p. 162).

## **Desenvolvimento**

Os impactos causados pelo neoliberalismo provocam grandes mudanças na sociedade e no mundo do trabalho, sendo a flexibilização do trabalho um exemplo importante na medida em que origina novas estruturas de poder e de controle. Para a política de saúde esses impactos promovem estruturas de rede de saúde frágeis e com recursos reduzidos. Cabe salientar, que em uma situação de desastre como foi o caso ocorrido em Santa Maria/RS na Boate Kiss em 2013, a necessidade de uma rede de proteção social, com serviços integrados e articulados se tornou a necessidade prioritária para o gerenciamento do desastre, porém segundo fala de gestor estadual de saúde aponta que: *“o maior problema era que não tinha recurso na Atenção Básica, e o município que não tem recurso na Atenção Básica tá ferrado.. A gente encontrou Santa Maria numa situação de saúde muito ruim e aí o evento ele só fez essa situação aparecer publicamente, pra além de que todo mundo do município já sabia”*. (entrevista /GE).

Desta forma o desastre desocultou a precarização da política de saúde no município, a fragilidade de cobertura da rede da atenção primária até os serviços especializados (Centros de Atenção psicossociais – CAPS), apresentando a realidade de: equipes incompletas e com profissionais terceirizados, condição salarial defasada, alta demanda nos serviços e uma Rede de Atenção Psicossocial Social - RAPS desarticulada da Atenção Básica. Diante desse cenário levou à necessidade de criação de um serviço de atenção psicossocial especializado e específico para atender as exigências e solicitações após o desastre, demandando a contratação de equipes emergenciais.

A pesquisa indica, que mesmo com mudanças de gestão no município após o desastre, e com possibilidades de ampliação financeira pelo suporte dos três entes federais, a rede de serviços ofertada a população optou pela contratação de profissionais e criação de um serviço específico para absorver as demandas oriundas do desastre, desinvestindo no fortalecimento dos serviços já existente na rede de atenção psicossocial. Precarizando e desinvestindo na política pública, e nos direitos sociais. Ao longo do tempo, os serviços criados para atender as demandas específicas do desastre deixaram de ser prioridade da gestão pública, havendo um desinvestimento da proteção social as

famílias e comunidades afetadas: “A gente não tem, não tem apoio do Estado, nem da Prefeitura, nem de lugar algum”. (Entrevista /GF).

Alves (2014) aponta que a precarização não deve ser restringida, meramente, como precarização social do trabalho ou precarização dos direitos sociais e direitos do trabalho de homens e mulheres proletários: a **precarização do trabalho** está relacionada à precarização-do-homem-que-trabalha, esse, em sua condição de viver do trabalho, encontra-se sujeito ao seu adoecimento (depressão, transtornos psicológicos, entre outros).

Quando começou a se entrar nesse embate, assim, das consequências financeiras e de uma certa despesa, isso desmotivou muito. E os próprios pacientes se deram conta tanto é que o receio de que terminasse o Serviço, de que trocasse a equipe. Saíssem profissionais daqui e fossem para outros locais (entrevista 5/GF)

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

Ainda que a legislação contemple avanços teóricos, legais e práticos (RODRIGUES; BELLINI, 2010), constata-se que a rede pública de saúde não inseriu, efetivamente, nas concepções, paradigmas e ações “o lugar que o trabalho ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócio-ambiental” (p.351), e a importância do trabalho como determinante em processos saúde-doença dos trabalhadores e suas famílias.

As condições de trabalho que estão relacionadas à saúde do trabalhador na contemporaneidade refletem as profundas transformações na reestruturação produtiva e a ampliação da globalização, que levam a mudanças nas formas de organização da gestão do trabalho, gerando precariedade e fragilidade entre trabalho e saúde, impactando a vida do trabalhador e o seu meio familiar (RODRIGUES; BELLINI, 2010).

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

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

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

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

A Lei Orgânica do SUS, aprovada em 1990, trouxe a definição de meio ambiente como um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde e conferiu à saúde pública promover ações que visem garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. A missão mais importante da saúde pública é promover a saúde física e mental, além de prevenir doenças, lesões e incapacidades. A saúde pública volta-

se para aspectos de saúde e segurança que afetam populações e não indivíduos; busca promover comportamento saudáveis, assegurar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde e reconhecer eventos que afetem comunidades inteiras, estados ou nações. Serve, também, como rede de segurança, garantindo a disponibilização de cuidados de saúde quando isso não é possível em uma comunidade.

Assim, a lei orgânica da saúde aponta três pontos referentes a desastres como “situações emergenciais ou de calamidade pública”. Referente ao Planejamento e Orçamento, prevê, excepcionalmente, a transferência de recursos mesmo esse não previsto nos planos de saúde, em situações de emergenciais ou de calamidade pública. Logo, o ente municipal ou estadual pode realocar os recursos previstos nos planos de saúde a partir do decreto de emergência.

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

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

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



A fala do gestor hospitalar, no que diz respeito à política de saúde, demonstra como o neoliberalismo no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e o sucateamento, precarização e desmonte das políticas sociais, entre elas, a saúde:

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

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

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

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

Esse projeto de mercado privatista, no qual a política de saúde vem sendo cooptada, reflete no funcionamento dos serviços de saúde, pois, no caso da fala do gestor supracitado, mostra que os serviços de saúde privado receitavam medicamentos aos sobreviventes do desastre em tratamento, não contemplados pela tabela do SUS, comprometendo a execução da política pelo Estado. Além disso, criando animosidade entre sobreviventes, familiares e gestores e interferindo na condução e direcionamento das ações para efetivar respostas e na garantia dos direitos diante do desastre.

Nesse sentido, Hoff (2016, p. 61) ressalta que “com o aumento das parcerias público-privado, nota-se que a lógica e os processos de trabalho do mercado acabam por se inserir na coisa pública. Há um aumento crescente dessas parcerias, que estão cada vez mais presentes no cenário das políticas públicas”. Dessa forma, a manutenção das políticas sociais pelo Estado vem sendo subordinadas a parcerias privadas, contratos de gestão com instituições filantrópicas, convênio público-privado, entre outros.

A presença do “privado na coisa pública” busca atender os interesses do mercado. Nesse caso, torna a situação mais agravada, pois o desastre exige dos entes públicos respostas rápidas e efetivas do SUS. A saúde privada, em sua lógica mercantilizada, vê a oportunidade de efetivar seus interesses e parcerias empresariais. Por outro lado, a ineficiência do Estado em oferecer o serviço contínuo acabou tendo que ser complementada pela atuação junto a empresas e farmácias privadas. Como retrata um trecho da entrevista: *“A situação dos medicamentos para essas vítimas. Acredite o Estado nunca responde o que eles precisam, e aí o que se faz? A associação das vítimas vai em uma condição de mendicância pedir nas farmácias doações desse medicamento”* (entrevista /GH).

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

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

“ um efetivo sistema de proteção social só se constrói no reconhecimento da existência da desigualdade resultante do sistema vigente e a cidadania pensada na perspectiva contra hegemônica, para que possam conformar novos referenciais de seguridade social que façam frente a incertezas que atingem a todos os trabalhadores, ultrapassando valores morais que impulsionam

historicamente o sistema de proteção social, em tempos de crises de acumulação, desvinculado da noção de direito e fundamentado apenas no compromisso da sociedade civil com os infortúnios individuais”. (MENDES; WUNSCH E COUTO, 2006, p. 57)

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

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

Desse modo, a política social pode ser compreendida como determinada não somente pelas transformações engendradas pelo capitalismo, mas pela estreita relação com a dinâmica das lutas sociais que se expressam nos processos de ampliação dos direitos de cidadania.

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

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

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

Diante desse cenário econômico e político, a seguridade social passa por readequações perante as necessidades do capital. Assim, parcerias comunitárias e com ONGs passam a ser indispensáveis para atender a população descoberta pela “proteção do trabalho”; desse modo, fortalecendo a focalização na aplicação de recursos aos mais pobres, e a falta de investimentos à ampliação de serviços públicos, e um crescimento de “ações” pelo terceiro setor.

Dessa forma, um desastre afeta a comunidade, as cidades vizinhas, os outros países, pessoas que circulavam pelo local, desabrigados e todos aqueles que, de alguma maneira, atuaram no evento (profissionais de socorro, profissionais da saúde e voluntários). As precárias condições para intervir no evento, stress, o investimento financeiro insuficiente e o sentimento de desvalorização, associados a um contexto de desastre, promove, no trabalhador, sentimento de impotência política, distanciamento em relação aos atores concretos que personificam a condução e as decisões no poder público, desconexão entre os interesses coletivos e ações tomadas, bem como a naturalização de renovadas estratégias de opressivas.

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

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

O desastre demonstra as limitações do serviço de saúde ofertado pelo município, apresentando carência em recursos humanos e ações integradas, evidenciando uma saúde focalizada e fragmentada. Essas limitações levaram a gestão municipal demandar três meses para a constituição de uma equipe mínima (sem a presença do voluntariado) que pudesse atender as necessidades geradas em virtude do desastre, pois, nos primeiros meses após o desastre, os atendimentos foram consolidados pelo envolvimento de profissionais voluntários. *“A gente escrevia um relatório e mandava pra Política Nacional de Humanização - PNH, ia para os registros da PNH, para poder ver qual era a situação dos voluntários e também para mobilizar isso, que não poderia continuar isso por muito tempo, mas na verdade foi voluntariado até março de 2013”* (entrevista /GF).

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

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

### **Considerações finais**

Independente da causalidade que lhes for atribuída, os desastres consistem, sobretudo, em processos de ruptura social, refletindo, necessariamente, o tipo e o grau de preparação do sistema social em especial da Política de Saúde para lidar com os riscos.. Nesse sentido, os desastres consubstanciam-se em processos intrínsecos ao sistema social e às dinâmicas de construção social, assim, a partir da articulação desse sistema social e do ambiente construído, podem surgir novos riscos de desastres, como também, podem manifestar-se outros preexistentes.

Esse desinvestimento acarreta que indivíduos, famílias e classes sociais, muitas vezes, ficam fora da "rede de segurança" propiciada pela proteção social pública e que, por isso, encontram-se em situações de vulnerabilidade e risco social. Dessa forma, quando ocorre um desastre, as políticas de atenção às vítimas de desastres, e aqui, especificamente, a política de saúde, também revelam essas relações e desigualdades inerentes ao sistema. Desastres revelam e expõem situações de fragilidade, pois, além de gerar destruição, perdas materiais e subjetivas, sua proporção impacta nas famílias, comunidades e até mesmo nos sistemas de referência de que a vida depende.

A Política Nacional de Saúde, como parte integrante do tripé da seguridade social, tem enfrentado desafios para tornar efetivas as ações de prevenção, preparação, resposta e recuperação frente a um desastre. Esse estudo evidenciou as limitações da rede de saúde e da ofertado pelo município, insuficiência em recursos humanos a fragmentação das ações da política de saúde, produto de uma saúde focalizada e fragmentada, ressalta que uma das estratégias primárias para consolidação de respostas efetivas frente a um desastre é investir em uma rede de saúde com gestão estatal, focada na promoção da atenção básica

e psicossocial fortalecida, com cobertura territorial e recursos humanos qualificados para atuarem em situações de desastres.

## Referencias

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

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil (2000). **Política Nacional de Defesa Civil**. Brasília: SEDEC. Disponível em: <http://www.mi.gov.br/defesacivil> Acesso em: 01 março. 2019.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html) Acesso em: 01 março. 2019.

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

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

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

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

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

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

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

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

BVS. Disponível em: <http://bvsalud.org/>. Acessado em 8 de março de 2018.

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

FIOCRUZ. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/desastres/content/mobilizacao-em-desastres>. Acessado em 10 de março de 2019.

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

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

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

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

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

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

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

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