

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**UMA SITUAÇÃO DE DESASTRE, UM  
COLEGIADO GESTOR E OS DESAFIOS PARA  
GARANTIR O CUIDADO LONGITUDINAL EM  
SAÚDE.**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO  
- Modalidade Artigo Publicável -**

**Isabel Cristina Reinheimer**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**UMA SITUAÇÃO DE DESASTRE, UM COLEGIADO GESTOR E  
OS DESAFIOS PARA GARANTIR O CUIDADO LONGITUDINAL  
EM SAÚDE.**

Elaborado por  
**Isabel Cristina Reinheimer**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Sistema Público de Saúde**

**Comissão Examinadora:**

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vânia Fighera  
Olivo (UFSM)  
Presidente**

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marinel Mór Dall'  
Agnol (UFSM)**

**Me. Flávia Costa da Silva  
(4<sup>ª</sup> CRS)**

Santa Maria, 17 de março de 2014.

# **UMA SITUAÇÃO DE DESASTRE, UM COLEGIADO GESTOR E OS DESAFIOS PARA GARANTIR O CUIDADO LONGITUDINAL EM SAÚDE.**

**Isabel Cristina Reinheimer** <sup>1</sup>

**Larissa Llaguno Pereira** <sup>2</sup>

**Maristhey Pujol de Almeida** <sup>3</sup>

**Vânia Maria Fighera Olivo** <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Farmacêutica, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM com ênfase em Vigilância em Saúde e Mestranda em Ciências da Saúde (UFSM).

<sup>2</sup> Fonoaudióloga, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) com ênfase em Vigilância em Saúde.

<sup>3</sup> Enfermeira e Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM com ênfase em Vigilância em Saúde.

<sup>4</sup> Enfermeira, Doutora em Administração (UFRGS) e docente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

## **RESUMO**

Os dispositivos de cogestão são caracterizados por um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo. Nesta perspectiva, os colegiados de gestão incluem gestores, trabalhadores, usuários e comunidade para discutir e deliberar sobre questões relevantes à gestão em saúde. Esta situação assume um papel importante em situações de desastres, definidos como um momento de ruptura no funcionamento normal de um sistema ou comunidade, provocando forte impacto sobre as pessoas, seus trabalhos e ambientes sociais. Em situações desta magnitude, torna-se imperativo instituir estratégias para garantir o cuidado longitudinal em saúde. A partir desta necessidade, é preciso compreender as relações que se estabelecem neste contexto, sendo esta a principal justificativa deste estudo. Desta forma, o seu objetivo foi problematizar os desafios da continuidade do cuidado longitudinal numa situação de desastre na perspectiva de um colegiado gestor que vivencia este processo. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de caráter qualitativo. O estudo utilizou entrevista individual semiestruturada e observação participante para coleta de dados que foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo. Foram atendidos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos. Os desafios encontrados por um colegiado gestor para garantir o cuidado longitudinal numa situação de desastre possuem muitos aspectos comuns e outros diferenciados daqueles presentes no cotidiano das instituições públicas de saúde. Contudo, neste contexto destaca-se a necessidade de estruturar um trabalho inédito relacionado tanto a continuidade e monitoramento quanto a inexistência de estudos e protocolos para assistência às vítimas deste tipo de desastre. Desta forma, o trabalho desenvolvido por um colegiado gestor mostrou-se um processo inovador dado às circunstâncias deste desastre, complexo na plenitude do seu objetivo, tenso pelos seus atravessamentos, desafiador na superação dos seus obstáculos e intenso pelo comprometimento e sentimentos vivenciados no grupo. O enfrentamento destas situações de forma coletiva demonstrou requerer esforço, confiança, sinceridade e respeito, mas, sobretudo, relações de afeto que, por si só, foram capazes de atenuar as dificuldades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Desastre, Colegiado de Gestão, Cuidado Longitudinal em Saúde.

## **ABSTRACT**

The co-management devices are characterized by a way of managing that includes collective thinking and doing. In this perspective, the collegiate management include managers, workers, and community members to discuss and deliberate on issues relevant to health management. This assumes an important role in disaster situations, defined as a moment of rupture in the normal operation of a system or community, causing a strong impact on people, their work and social environments. In situations of this magnitude, it becomes imperative to establish strategies to ensure longitudinal health care. From this need, it is necessary to understand the relationships that are established in this context, which is the main reason of this study. Thus, your goal was to problematize the challenges of longitudinal continuity of care in a disaster situation from the perspective of a manager who experiences this collegial process. This is a descriptive, exploratory qualitative study. The study used semi-structured individual interviews and participant observation to collect data that were analyzed according to content analysis. The ethical principles established by Resolution No. 196/96 of the National Health Council, which regulates the ethics of research on humans have been met. The challenges faced by a manager to ensure the collegiate longitudinal care in a disaster situation possess many common features and other differentiated from those present in the daily lives of the public health institutions. However, in this context there is the need to structure an unpublished work related both continuity and monitoring as the lack of studies and protocols to assist the victims of this disaster. Thus, the work of a manager collegiate proved an innovative process given the circumstances of this disaster, complex in the fullness of your goal, strained by their crossings, challenging to overcome their obstacles and the intense commitment and feelings experienced in the group. Facing these situations collectively demonstrated require effort, trust, honesty and respect, but especially relationships of affection that alone, were able to alleviate the difficulties.

**KEYWORDS:** Disaster, Collegiate Management, Longitudinal Health Care.

## INTRODUÇÃO

As mudanças na condução das políticas de saúde no Brasil ocorridas a partir da Reforma Sanitária pautaram-se no anseio de ampliar a participação democrática da população e garantir os direitos de cidadania e justiça social. Atualmente, ainda persiste o desafio de formatar o Sistema Único de Saúde (SUS) baseado nos conceitos de igualdade, universalidade e equidade. Neste contexto, o SUS tem buscado desempenhar um papel de catalisador de propostas inovadoras na gestão pública, impulsionando experiências que visem o compartilhamento do poder decisório.<sup>1, 2, 3</sup>

Neste sentido, destacam-se os arranjos e estratégias de cogestão, caracterizado por um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, buscando democratizar as relações no campo da saúde. Significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de tomada de decisão e formulação de propostas num exercício crítico-criativo e pedagógico. No entanto, este movimento necessita da viabilização de condições políticas e institucionais efetivas para se concretizarem enquanto prática de gestão. Em parte, estas condições são supridas por arranjos e dispositivos que disponibilizam a constituição de espaço-tempo para o exercício da gestão compartilhada.<sup>4</sup>

Nesta perspectiva, surgem os colegiados de gestão, dispositivos coletivos que incluem gestores, trabalhadores, usuários e comunidade para discutir e deliberar sobre as questões relativas à gestão em saúde. Desta forma, exercem o gerenciamento participativo e democrático por meio de pactuações e co-responsabilização pelas decisões tomadas. Por tanto, constitui-se como espaço de negociação, definição de prioridades e investimentos, organização de processos, administração de imprevistos e construção de uma sistemática de avaliação do trabalho em saúde.<sup>4</sup>

Paradoxalmente, visualizamos a contradição que se manifesta entre teoria e prática em processos de cogestão quando esbarram nos limites de governabilidade, autonomia e legitimidade.<sup>3</sup> A partir disso, faz-se necessário problematizar a viabilidade da construção de projetos coletivos nas organizações de saúde, voltados para o compartilhamento de poder e co-responsabilização pela gestão e seus resultados. Neste estudo, esta investigação terá como objeto um colegiado gestor operacionalizado numa situação de desastre.<sup>5</sup>

Entende-se por desastre uma situação de ruptura no funcionamento normal de um sistema ou comunidade, provocando forte impacto sobre as pessoas, seus trabalhos e ambientes sociais, de tal forma que supera a capacidade de resposta do governo local. Assim, cada desastre é único, no sentido de que seus efeitos não são apenas relacionados com o tipo de evento, mas, sobretudo com as condições econômicas, sanitárias e sociais da área afetada. <sup>8,9</sup>

Em contextos desta magnitude, torna-se imperativo instituir estratégias para garantir o cuidado longitudinal em saúde. Em relação a esta modalidade de cuidado, percebemos uma grande proximidade conceitual com o termo “continuidade do cuidado”. Para Cunha <sup>5</sup> *apud* Saultz a continuidade do cuidado é a “*relação longitudinal entre pacientes e aqueles que cuidam deles. Transcende múltiplos episódios de doença e inclui responsabilidade por prevenção e coordenação do cuidado*”. Segundo a autora, a Organização Mundial da Saúde apresenta o conceito como a “*relação contínua entre um usuário e um provedor individual, uma equipe ou ainda uma rede de serviços*”.

O sentido de cuidado longitudinal em saúde utilizado neste estudo está vinculado ao modo como um colegiado gestor o incorporou nas suas práticas de trabalho. Desta forma, assume a característica de integralidade e continuidade do cuidado ao longo dos anos no âmbito hospitalar, ambulatorial e da atenção básica pelas instituições públicas de saúde numa situação de desastre. Diante desta necessidade no referido contexto, nos questionamos: *em que medida um colegiado gestor influencia ou é influenciado pelos entraves no campo da gestão pública numa situação de desastre? Quais os resultados desta correlação de forças? Existem espaços de fuga e produção a partir deste dispositivo de cogestão? Quais experiências, aprendizados e lições ficam?*

A busca pela compreensão de tais questões justifica a necessidade de produzir conhecimento neste contexto, colaborando com a iniciativa de instituir mecanismos de cogestão em situações de desastre. Além disso, acreditamos que o retorno elaborado dos dados oriundos da pesquisa à sociedade pode contribuir para a ressignificação desses conhecimentos bem como para a divulgação da tecnologia pesquisada. <sup>6</sup> Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo problematizar os desafios do cuidado longitudinal em saúde numa situação de desastre criando condições teóricas para fazer ecoar a voz dos integrantes de um colegiado gestor que vivenciam este processo.

## Contexto e cenário do estudo

Em janeiro de 2013 ocorreu um incêndio numa casa noturna na cidade de Santa Maria no Rio Grande do Sul que vitimou fatalmente 242 pessoas. Cerca de 500 pessoas foram atendidas por equipes médicas e receberam altas e outras 114 foram internadas. Destas 98 estavam gravemente afetadas necessitando de aparelhos para respirar. Tal evento foi classificado como o 5º maior desastre da história do Brasil e o 3º maior desastre em casas noturnas do mundo.<sup>7</sup>

As ações de enfrentamento ao desastre ocorrido em Santa Maria se organizaram, prioritariamente, em três fases: emergencial/hospitalar, ações de médio prazo/ambulatorial e ações de longo prazo.<sup>7</sup> Para tanto, no dia 22 de fevereiro de 2013 foi assinado um Termo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde, Secretaria de Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Secretarias de Saúde e Gestão e Modernização Administrativa de Santa Maria e Universidade Federal de Santa Maria pelo período de vigência de cinco anos. O objetivo deste termo foi *“estabelecer a cooperação entre os entes signatários com vistas a realização dos procedimentos técnicos e operacionais para a continuidade da atenção à saúde das vítimas, de familiares e de profissionais envolvidos no incêndio ocorrido, em 27 de janeiro de 2013 [...] Município de Santa Maria (RS), envolvendo ações de vigilância à saúde, atenção básica, especializada e psicossocial”*.<sup>10</sup>

O Termo de Cooperação Técnica nos permite relembrar o pensamento de Soto<sup>9</sup> ao expressar que as experiências calamitosas podem resultar novos arranjos institucionais e até mesmo comunitários que potencializam as organizações públicas. Neste sentido, foi instituído um colegiado gestor denominado “Grupo Gestor do Cuidado”, para gerenciar as ações e serviços assistências de forma compartilhada no contexto de Santa Maria. Este grupo é composto por diferentes instituições públicas de saúde e ensino, por usuários e controle social. Desta forma integram este colegiado: trabalhadores e/ou gestores de uma coordenadoria regional de saúde, centro regional de saúde do trabalhador, secretaria municipal de saúde, serviço ambulatorial e serviço de atenção psicossocial às vítimas do desastre, pró-reitoria de assuntos estudantis de uma universidade federal de ensino, conselho municipal de saúde, associação de vítimas e familiares. Em 28 de setembro de 2013, durante a *“reunião de avaliação das ações realizadas em prol das vítimas do incêndio [...]”*, este colegiado foi oficializado pelo Ministério da Saúde para conduzir o cuidado longitudinal em saúde neste desastre.<sup>10</sup>



## **METODOLOGIA**

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória-descritiva de caráter qualitativo, resultante de uma prática de devolução de dados de pesquisa individual <sup>a</sup> e ressignificação coletiva <sup>b</sup> junto aos sujeitos de pesquisa. <sup>11</sup> A devolução elaborada dos dados aos atores da pesquisa é uma das formas de reconhecimento pela ajuda e pelo tempo despendido, e, sobretudo, pelo compartilhamento do saber. <sup>6</sup> Desta forma, utilizamos duas pesquisas sequenciais com técnicas de coleta de dados diferentes sendo que a amostra total foi composta por 10 integrantes de um colegiado gestor. Com isso, pretendíamos fazer uso de uma metodologia que produzisse um conhecimento passível de ser assimilado pelos sujeitos da pesquisa por meio de uma ação crítico-reflexiva. Sendo assim, buscamos tanto compreender os desafios do colegiado gestor para garantir o cuidado longitudinal em saúde numa situação de desastre, como propiciar novos sentidos e possibilidades de percepção desta temática pelos seus integrantes.

Este estudo atendeu aos preceitos da Resolução 196/96, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados para a pesquisa em campo utilizou as técnicas de entrevista individual semiestruturada e observação participante e a coleta de dados para a pesquisa suplementar utilizou análise documental. O tratamento dos dados de ambas as pesquisas foi realizada por meio da análise de conteúdo. <sup>11</sup> A fim de detalhar os métodos que foram utilizados, descreveremos as duas pesquisas sequenciais como diferentes etapas de realização deste estudo finalizando com a etapa de análise documental.

### **Procedimento metodológico**

A primeira etapa deste estudo investigou o Grupo Gestor do Cuidado entrevistando individualmente sete integrantes. Segundo Minayo, <sup>11</sup> a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade e sim nos sujeitos sociais que possuem vinculação mais significativa com o problema investigado. Desta forma, selecionamos, por meio da análise das atas do colegiado gestor, os integrantes que possuíam mais de 50% de frequência nas reuniões do grupo até 31 de agosto de 2013 que totalizavam 24 encontros. Ou seja, foram selecionados aqueles que tinham participado de 12 reuniões do grupo gestor. Utilizamos um

---

<sup>a</sup> Utilizou a técnica de entrevista individual semiestruturada.

<sup>b</sup> Utilizou a técnica de observação participante.

questionário semiestruturado com treze perguntas, sendo que oito questionavam o processo de instituição, dinâmica operacional e objetivo do colegiado<sup>8</sup> gestor; e cinco buscaram avaliar o próprio dispositivo, seus resultados e desafios de continuidade.

Com a finalidade de aprimorar o trabalho realizado pelo colegiado gestor, organizamos a devolutiva dos dados pesquisados na entrevista individual a fim de ressignificá-los coletivamente. Desta forma, a segunda etapa desta pesquisa iniciou com uma oficina pedagógica para discussão e ressignificação coletiva dos dados coletados. Candau<sup>12</sup> caracteriza oficina pedagógica como “*construção coletiva de um saber, de análise da realidade, de confrontação e intercâmbio de experiências*”. Os dados que foram socializados referiam-se a quatro questionamentos da entrevista individual, sendo eles: 1) *Qual o objetivo do Grupo Gestor do Cuidado?* 2) *Quais as fragilidades do Grupo Gestor do Cuidado?* 3) *Quais as potências do Grupo Gestor do Cuidado?* 4) *Em sua opinião, o Grupo Gestor do Cuidado tem cumprido com seu objetivo? Por quê?*

Os sujeitos foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo, garantia de seu anonimato, liberdade de participar e de desistir em qualquer momento sem prejuízo individual. A partir da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizou-se uma nova pesquisa com os sujeitos que aceitaram e assinaram o TCLE, totalizando dez sujeitos de pesquisa integrantes do Grupo Gestor do Cuidado. A primeira etapa do estudo, que utilizou entrevista individual, contou com sete sujeitos, destes cinco participaram desta nova etapa, ou seja, faltaram dois sujeitos que estavam presentes anteriormente por incompatibilidade de agenda. Contudo, somaram-se outros cinco sujeitos na segunda etapa do estudo. Justificamos o aumento do número de sujeitos nesta etapa porque a proposta de discussão coletiva não dispunha de uma pré-seleção pela frequência de reuniões do grupo. Assim, o convite foi estendido a todos os integrantes do colegiado gestor que totalizam cerca de quatorze integrantes.

A oficina pedagógica ocorreu nas dependências de um dos serviços que possui representação no colegiado gestor no dia 18 de dezembro de 2013. Esta foi estruturada de uma forma que permitisse a observação do grupo, que segundo Marconi & Lakatos,<sup>13</sup> é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações que utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos. Não consiste em apenas ver e ouvir, mas também examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar. Afirmam que a observação pode ser realizada na vida real ou em laboratório. Neste estudo, entendemos o sentido de laboratório como um espaço para novidades, criação, descobertas e experimentações [características intrínsecas de uma oficina pedagógica].<sup>12</sup>

Neste estudo, a técnica assumiu o aspecto de observação participante natural, tratando-se de uma investigação em que o pesquisador é membro do grupo analisado<sup>13</sup> e ao propor a coleta de dados, efetivamente participa da situação, intervindo, mudando e propondo.<sup>14</sup> Neste sentido, uma das pesquisadoras foi condutora da oficina e assim, observou, questionou e fez a palavra circular entre todos os participantes.

A dinâmica utilizada na oficina fez uma alusão a um jogo de cartas onde cada participante dispunha de quatro envelopes coloridos numerados de 1 a 4 dispostos à sua frente. Todos os participantes sentaram-se numa mesa redonda. A condutora ficou em pé ao lado do grupo com envelopes e uma planilha nas mãos onde fazia anotações. Uma segunda pesquisadora desempenhou papel de observadora externa sentada ao fundo da sala registrando em ATA a oficina.

Estas “cartas” continham no seu interior as respostas que se sobressaíram nos quatro questionamentos supracitados das entrevistas individuais. Inicialmente, o conteúdo do envelope de nº 1 foi lido em voz alta pela condutora da oficina juntamente com os participantes que ao término da leitura expunham a carta à sua frente na mesa. Na sequência, o grupo tinha 15 minutos para discutir os dados que foram apresentados. A discussão foi sistematizada por escrito por uma terceira profissional que desempenhou papel de apoiadora externa. O conteúdo da sistematização era lido em voz alta pela apoiadora e o grupo poderia intervir novamente concordando ou discordando. Este processo se repetiu para os envelopes de nº 2, 3 e 4. A condutora inscrevia os participantes para fazer uso da palavra como forma de garantir uma boa gravação de áudio que facilitasse o trabalho posterior de interpretação e transcrição das falas.

A condutora da oficina pôde lançar mão de um recurso chamado “carta coringa”, que continha informações complementares àquelas que foram socializadas ao grupo, oriundas dos demais questionamentos das entrevistas individuais e também das percepções que as pesquisadoras obtiveram ao analisar o seu conteúdo. Estas informações enriqueceram as discussões, subsidiando novas percepções no grupo. A “carta coringa” era utilizada a qualquer momento independente da ordem de inscrição para fala.

A terceira etapa deste estudo realizou uma análise documental, focada nos documentos citados pelos sujeitos de pesquisa tanto na entrevista individual quanto na oficina pedagógica. Desta forma, foram incluídos nesta análise o “Termo de Cooperação Técnica” e a minuta da “Reunião de avaliação das ações em prol das vítimas do incêndio [...] Santa Maria”. Também realizamos leitura dinâmica da ATA e

utilizamos anotações das pesquisadoras oriundas de observações simples realizadas durante as reuniões do colegiado gestor visando exercitar nosso olhar para os principais desafios da continuidade do trabalho do grupo.

### **Análise de dados**

Leopardi <sup>14</sup> refere que “*dado é toda observação, relação, conjectura, imagem, omissão, objeto, movimento, enfim, tudo aquilo que pode refletir a realidade*”. Para que produza sentido, o dado deve ser coletado, compilado e analisado. Neste sentido, este estudo utilizou a técnica de análise de conteúdo, geralmente utilizada no tratamento de dados de uma pesquisa qualitativa. Minayo <sup>11</sup> define a análise de conteúdo como uma proposta que faz relação entre as estruturas semânticas e as estruturas sociológicas dos enunciados. Os textos são articulados em categorias que, em geral, se referem a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. As categorias são empregadas para estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.

Posteriormente, os dados foram transcritos na íntegra de modo sistematizado em fichas identificadas por números sequenciais. Para assegurar o anonimato, os participantes foram identificados por pseudônimos, utilizando a primeira letra da palavra ‘Sujeito’ seguida do algarismo de um a dez, ficando assim constituídos: *S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 e S10*.

Na sequência, o material recebeu, inicialmente, dois níveis de tratamento analítico, sendo que no primeiro as falas dos sujeitos foram agrupadas em unidades de significado. E o segundo nível efetuou uma leitura transversalizada do material coletado, tendo como condutor da análise o questionamento: <sup>15</sup> “*quais os desafios de um colegiado gestor para garantir o cuidado longitudinal em saúde numa situação de desastre?*”, constituindo-se as subunidades de significado.

A partir disso, os dados foram analisados com os fatores que determinam suas características, destacando-se neste estudo, a perspectiva da psicossociologia que será brevemente conceituada. Trata-se de uma área das ciências políticas vertente da Psicologia Social que enfoca os grupos e organizações buscando explicações sobre a criação e evolução do vínculo entre os indivíduos, sua dinâmica social e processos de mudança. Utilizando-se da psicanálise, ela problematiza os elementos imaginários presentes e determinantes nas relações sociais e organizacionais. <sup>2</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Iniciaremos esta etapa do estudo com uma breve problematização sobre o papel que o colegiado gestor desempenha numa situação de desastre segundo dois discursos que elegemos a fim de fornecer subsídios introdutórios necessários a discussão dos resultados. Em seguida, os discursos que mais se sobressaíram na categorização dos resultados serão apresentados por meio de três unidades de significado: (I) *Institucionalização do processo de trabalho*; (II) *Relações Interinstitucionais*; (III) *Governabilidade com Autonomia e Legitimidade*, compostos por subunidades que serão apresentadas no decorrer do estudo.

### O papel do Colegiado Gestor: uma análise introdutória

Os desafios encontrados por um colegiado gestor para garantir o cuidado longitudinal numa situação de desastre possuem muitos aspectos comuns e outros diferenciados daqueles vivenciados nas situações cotidianas da gestão e dos serviços públicos de saúde. Contudo, neste contexto destaca-se a necessidade de estruturar um trabalho inédito relacionado tanto a continuidade e monitoramento quanto a inexistência de estudos e protocolos (métodos científicos) para assistência às vítimas deste tipo de desastre. O objetivo primordial neste contexto é garantir o cuidado longitudinal sendo necessário identificar as estratégias que corroboram com este intuito a fim de assegurar a continuidade das ações assistências. O colegiado gestor [que neste estudo terá como sinônimos grupo e grupo gestor] tem se constituído como um meio para esta finalidade, conforme o discurso a seguir:

*“[...] o grupo faz com que os representantes dos diferentes segmentos se fortaleçam para continuidade do trabalho que foi iniciado a partir de janeiro [...]. A gente considera que é uma pactuação de cinco anos e embora os serviços vão se reformulando, em decorrência das diferentes demandas que a gente vai identificando [...], este fórum<sup>c</sup> permite que essas mudanças sejam identificadas e que se fortaleça, se busque a garantia da continuidade desses serviços. Independente das mudanças que possam acontecer. Porque a grande preocupação que se tem é que se cria os serviços em função de uma urgência e passados seis meses, nove meses, a urgência não esta mais colocada como prioridade [...] e concluem que não há mais uma necessidade da continuidade neste trabalho. Que se suspenda as ações, porque, enfim, é uma outra situação. De fato é uma outra situação, mas dentro de um processo [...]. Então eu entendo, que a potencialidade deste grupo é fortalecer os representantes e as instituições criadas a partir da tragédia para garantir a continuidade das ações”. (S1)*

---

<sup>c</sup> Leia-se colegiado ou grupo gestor, pois (S1) considera este dispositivo um fórum de discussão.

Atualmente, as instituições públicas de saúde no Brasil encontram-se em crise pela não garantia de condições suficientes de financiamento e operacionalização para as suas organizações. Desta forma, vivem processos de angústia e sofrimento derivados da alta incerteza quanto às suas possibilidades de sobrevivência.<sup>2</sup> Percebemos, com a análise do discurso acima, que o colegiado gestor tem sido palco da manifestação destas angústias, devido os riscos de descontinuidade do cuidado previsto para esta situação de desastre. Mas também, percebemos a solidariedade entre seus integrantes para enfrentá-las e superá-las se configurando uma potência do grupo que discutiremos no decorrer deste estudo.

O Sistema Único de Saúde possui suas bases políticas e doutrinárias estabelecidas na Constituição Federal de 1988. A carta magna institui o direito à saúde como direito de cidadania, sendo responsabilidade estatal a garantia da universalidade e integralidade no acesso da população às ações e serviços de saúde.<sup>1</sup> Este acesso assume aspecto de urgência e emergência numa situação de desastre quando considerado a gravidade do evento e o número massivo de vítimas simultâneas. Mesmo se tratando de um contexto imprevisível com características singulares, a engenharia institucional e as ações assistenciais básicas necessárias são aquelas dispostas na lei orgânica da saúde. Contudo, o desafio que se apresenta num contexto calamitoso é a agilidade na efetivação das ações que pode ser fortalecida com a instituição de um colegiado gestor, conforme discurso abaixo:

*“Eu acho que o mais importante no meu ponto de vista é que nós temos uma lei na saúde que nos rege e temos que fazer essa lei funcionar. Funcionar a integralidade, a intersetorialidade, garantir os medicamentos, garantir o acesso universal, coisas que deveriam funcionar que não precisariam de um grupo. Mas esse grupo, pra mim, desempenha esse papel fundamental [...].” (S2)*

Os discursos apresentados sugerem que o colegiado gestor possui um papel importante no contexto do desastre. Evidenciam, porém, que este dispositivo está inserido em um sistema muito mais amplo e atravessado de diversas maneiras. Desta forma, surge uma expectativa em torno do quanto esse mecanismo irá influenciar e o quanto será influenciado por este maquinário se configurando “os desafios na continuidade do trabalho de um colegiado gestor para garantir o cuidado longitudinal em saúde numa situação de desastre”.

### **Institucionalização do processo de trabalho: desafios do colegiado gestor**

Esta unidade temática irá discutir a institucionalização do processo de trabalho de um colegiado gestor e seus “pontos de tensão” num contexto de desastre. Para isso, os dados foram organizados em quatro subunidades de significado, sendo elas: *Comprometimento pessoal x Co-responsabilização das instituições; Identidade de grupo x Identidade institucional; Organização do grupo e Ferramentas artesanais; Anonimato do grupo*. A análise dos dados demonstra que a institucionalização assume o sentido de vincular de maneira formal e permanente os processos de trabalho desenvolvidos por um colegiado gestor às instituições públicas de saúde, assegurando assim a continuidade do cuidado longitudinal às vítimas de um desastre. O desejo e a preocupação com este fato encontram-se explícitos no discurso a seguir:

*“Eu acho que essa coisa de disseminar e institucionalizar [...] isso precisa ser feito. Porque a gente sabe que daqui cinco anos, provavelmente não serão as mesmas pessoas que tão fazendo hoje.” (S3)*

Entendemos que as pessoas passam, mas as instituições permanecem desta forma, nada mais sensato que institucionalizar os processos de trabalho para assegurar a sua continuidade. Nesse sentido, uma condição fundamental apresentada pelos integrantes do Grupo Gestor do Cuidado é a co-responsabilização das instituições conforme discutiremos na subunidade a seguir.

#### **Comprometimento profissional/ pessoal x Co-responsabilização das instituições**

Azevedo, Neto e Sá<sup>2</sup> afirmam que a psicossociologia procura instigar a reflexão sobre o lugar (real e imaginário) de cada sujeito na instituição, permitindo a reflexão sobre os vínculos que cada um estabelece (ou não) com ela. O vínculo que o indivíduo estabelece com a instituição na forma de apego pode ser encarado como uma forma de comprometimento ou devoção. A presença deste laço afetivo, segundo a concepção freudiana, pode ser encontrada no discurso a seguir:

*“[...] estes representantes tem uma intenção bastante positiva, eu acho que quem participa tem além de uma representação institucional, um envolvimento pessoal, uma disponibilidade efetivamente para acompanhar essa situação e a sua gravidade [...].” (S1)*

O discurso acima reconhece a devoção dos profissionais requerida numa situação calamitosa, contudo, suscita a discussão sobre a fragilidade institucional para enfrentamento destas situações, conforme aprofundaremos no decorrer deste estudo. Nesse sentido, podemos identificar nos fragmentos a seguir os elementos atuantes que se destacaram no enfrentamento ao desastre. Ambos deflagram que em grande medida,



o processo de trabalho foi desencadeado, conduzido e sustentado em figuras pessoais e não institucionais.

*“Os técnicos [...] e as pessoas que trabalharam são comprometidas, a qualificação profissional delas é a melhor possível. Agora como que a gente vai fazer essas instituições de gestão assumir o papel delas político e público [...]? Como nós vamos conseguir separar e conseguir, como grupo, essa coisa pessoal com gestão pública [...] do Brasil? [...] temos que falar que quando ocorreu o desastre, quase todo o comando foi feito em cima de pessoas [...]. Como a gente vai quebrar esse paradigma de representatividade e comprometimento pessoal e personalizado nas qualificações [...] individuais de trabalhadores? E como a gente vai incorporar isso na instituição que é a representação e que tem que tomar a decisão? Não centralizar na pessoa.” (S4)*

A co-responsabilização pode ser compreendida como uma parceria entre os atores envolvidos no processo de cuidado em saúde para a melhoria da qualidade de vida. Trata-se de uma responsabilização mútua pelo processo e seus resultados.<sup>16</sup> Nos discursos apresentados, percebemos a existência de um espaço de produção e atuação diferenciado entre profissionais e instituições e a imperativa necessidade de institucionalizar o processo de trabalho. Este anseio pode ser evidenciado no discurso abaixo:

*“Eu acho que a gente tem que ter isso bem consciente enquanto grupo, da cobrança das instituições. Tirar o foco individual, dos trabalhadores e das pessoas [...] colocar isso para responsabilidade das instituições.” (S5)*

De forma bastante superficial, mencionamos anteriormente que neste estudo o termo ‘colegiado gestor’ terá como sinônimos: grupo e grupo gestor. Neste momento iremos discorrer um pouco mais sobre esta afirmativa a fim de introduzir a próxima subunidade. O colegiado gestor foi forjado sob a perspectiva de gestão compartilhada para garantir a continuidade do cuidado numa situação de desastre. Para tanto, foi composto por instituições-chave nos processos de cuidado às vítimas. A partir deste desenho surgiram laços de proximidade entre seus integrantes, tanto pelo fato de ter permanecido quase inalterado durante vários meses; quanto, e, sobretudo, pela intensidade do contexto que lhe deu origem. Por fim, emergiu uma identidade de grupo neste colegiado que iremos problematizar na subunidade a seguir.<sup>15</sup>

### **Identidade de grupo x Identidade institucional**

Iniciaremos esta subunidade discutindo a concepção de pluralidade enquanto “identidade de grupo”; oriunda do entendimento que um projeto comum admite a expressão de desejos variados e constitui-se um espaço de argumentações e



negociações. Desta forma, a cooperação é originada através da aceitação e do tratamento dos conflitos, pois os grupos devem ser percebidos como uma organização plural e não como um todo homogêneo e compacto. São atravessados por conflitos, divisões e alianças. Essa visão se contrapõe ao imaginário da organização sem fissuras.

<sup>2</sup> O entendimento de diversidade é oportunamente expressado no discurso abaixo:

*“[...] um grupo não precisa ser o comum, ele pode ter alguns comuns, mas vários [...] pontos que não há consensos. É diferente de discordar. Eu acho que isso é uma fragilidade, a gente ainda não tem uma cultura de trabalho que entenda que o grupo tem diferenças e a diferença é constitutiva no grupo.” (S3)*

Durante a análise dos dados constatamos que os integrantes do colegiado gestor assumem funções de destaque nas suas instituições de origem trazendo consigo uma forte identidade institucional. Neste sentido, o fragmento abaixo denuncia que precisa haver uma maior integração entre os integrantes do grupo a fim de superar esta situação. Analisando a relação dos grupos nas instituições Tonelli <sup>17</sup> *apud* Bleger afirma que os indivíduos se comportam de forma interativa à medida que participam de regras e normas silenciosas, que ao serem percebidas podem ser reinventadas. A interação ocorre quando existe um fundo comum de sociabilidade.

*“Eu acho que tu pode fazer parte, ser a instituição, mas tem que ter os direcionamentos do grupo [...] não puxar para o lado da instituição [...]. O grupo gestor tem que ter os objetivos dele, ele tem que fazer as ações dele, independente de quais instituições façam parte dele. Se tiver que cobrar dentro da própria instituição [...] tem que cobrar! [...] Não se sentir ofendido e deixar de participar do grupo porque se está cobrando da instituição [...]. O Grupo Gestor do Cuidado trabalha em benefício, em prol da população. Nós temos que saber lidar com a instituição. Mas no momento que tá no grupo tem que discutir o bem comum”. (S6)*

Sá <sup>3</sup> *apud* Enriquez expressa que “*todo grupo irá se defrontar continuamente com um conflito estrutural: o conflito entre o reconhecimento do desejo e o desejo de reconhecimento ou, poderíamos dizer, entre diferença e identidade*”. Esta preocupação com a existência de um tempo de amadurecimento da identidade institucional e do encontro das pessoas para a consolidação de uma identidade de grupo, novamente, surge no discurso abaixo:

*“[...] a gente aparece muito fragmentado [...] quando vamos nos apresentar como grupo e não como representante da instituição. Em que momento vamos estar todos juntos?” (S5)*

Existem três tipos de vínculos que os indivíduos podem estabelecer com o grupo. O primeiro referem-se aqueles que procuram estabelecer sua identidade através do grupo desenvolvendo o papel de estagnar o desenvolvimento do processo grupal. O segundo constituído por personalidades para as quais a interação com o grupo parece não ter um papel fundamental. E o terceiro tipo constituído de pessoas que ao participarem do grupo podem se mostrar ativas.<sup>17</sup> Analisando os dados, percebemos que terceira situação é considerada ideal pelos integrantes para institucionalização do processo de trabalho e poderá ser pactuada por meio da formalização de uma organização interna do grupo.

### **Organização do grupo e Ferramentas artesanais**

Ao analisar os dados em torno do processo de organização interna do colegiado gestor é possível traduzi-la como uma estruturação transitória que tem por objetivo especificar as diretrizes mínimas de funcionamento deste dispositivo. Percebemos que pode ser regimentada ou pactuada. A primeira forma pressupõe a elaboração de documentos ou diretrizes escritas e oficializadas. A segunda é acordada de forma verbal ou compreendida como algo “não-dito”, mas sabido por todos.

Segundo a psicossociologia, uma organização interna de trabalho pode instituir autoridades através da repartição de competências e responsabilidades. Torna-se interessante perceber e se contrapor a esta situação em um dispositivo de cogestão que busca relações horizontais. Contudo, a organização interna pode trazer benefícios importantes especificando as metodologias, procedimentos e ferramentas de trabalho que têm por objetivo estabilizar e canalizar os desejos e projetos do grupo.<sup>2</sup> Este anseio pode ser identificado nos discursos abaixo:

*“[...] o grupo não tem uma norma, enquanto grupo gestor, eu acho que [...] teria que estabelecer uma regra de funcionamento, tipo um regimento mínimo de funcionamento. Pra quem entrasse no nosso grupo [...] fosse conhecedor do que esta sendo feito [...]. Saber também qual é a finalidade, o objetivo bem descrito [...]. O grupo nunca converso sobre si mesmo, a sua necessidade, a sua finalidade. [...] Nunca teve um olhar voltado para si e talvez o grupo pudesse [...] dar respostas mais efetivas e eficazes se ele tivesse parado pra fazer essa reflexão [...]. A gente teria que criar esse colegiado de modo organizado, regimentado [...].” (S7)*

*“Eu acho [...] que o grupo gestor tinha que ter diretrizes escritas no papel, um projeto. O que é um Grupo Gestor do Cuidado. Pra cada gestor que entrar daqui pra frente possa pegar e ler o que é, quem*

*somos, o que fizemos, pra onde vamos, o que vamos fazer. Isso é uma coisa que falta [...] a gente tem botar no papel o que nós estamos fazendo [...]. Falta um projeto [...] com diretrizes, com objetivos, com tudo [...], mas [...] baseado em leis [...].” (S6)*

A partir do conteúdo destes discursos, percebemos que há um movimento para transitar de uma estruturação informal para uma formalizada, do “sabido por todos” para o regimentado, escrito. Esta situação é respaldada pela literatura, onde os colegiados de gestão são conceituados como espaços coletivos de discussão e tomada de decisão de acordo com diretrizes e contratos definidos. <sup>4</sup>

A análise dos dados sugere que a organização de uma diretriz mínima de funcionamento pode estabelecer alguns parâmetros importantes para estimular a participação e identificação dos integrantes com o grupo. Além de propiciar um espaço de gestão capaz de discutir, planejar, avaliar e pactuar ações para o enfrentamento dos desafios da continuidade do cuidado longitudinal.

Estas mudanças podem potencializar as ações desenvolvidas maximizando os resultados positivos. A psicossociologia expressa que a mudança se diferencia de um processo evolutivo, de crescimento ou reprodução, pois se apresenta de modo descontínuo, pressupondo rupturas, reorientações bruscas e redirecionamentos. Nesta perspectiva, *“mudar é escapar à lei da repetição, é introduzir o inédito, é se abrir a uma história, à aventura”*. <sup>2</sup>

A mudança exige indivíduos criativos e autônomos, podendo ser um palco privilegiado para se produzir potências inovadoras em práticas organizacionais. No entanto, por meio da análise documental (ver metodologia) percebemos que existe uma escassez de espaços para esta prática, já que as reuniões são tomadas pelas demandas apresentadas pelas várias instâncias sobrando pouco ou nenhum tempo para debater a organização interna e o planejamento das ações desencadeadas pelo colegiado. Esta situação pode gerar desorganização no grupo repercutindo diretamente no trabalho desenvolvido, conforme o discurso a seguir:

*“[...] não tem nada escrito do grupo gestor. Não tem objetivo, não tem princípio, não tem acompanhamento, não tem monitoramento e avaliação, não tem matriz de nada.” (S4)*

A produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes está associada aos processos de organização e tecnologias de trabalho. <sup>18</sup> Merhy e Franco <sup>19</sup> *apud* Gonçalves conceituam “tecnologias materiais” como sendo instrumentos [ferramentas] e “tecnologias não materiais” como o conhecimento técnico usados na

produção da saúde. Os autores expressam que além destas, existe a “tecnologia das relações”, [já discutida nas subunidades anteriores].

Daremos, neste momento, especial ênfase as tecnologias materiais, pois a análise dos dados demonstra que a elaboração e operacionalização de ferramentas robustas, constitui-se um pré-requisito fundamental para institucionalizar os processos de trabalho. Especialmente, nas situações de desastre que tornam as organizações de saúde lugares de instabilidades e incertezas permanentes, demandando a construção de múltiplos projetos technoassistencias. A ideia de uma “*caixa de ferramentas tecnológica*”<sup>18</sup> de experimentação, de improviso e de necessidade pode ser constatada no discurso a seguir:

*“[...] a cada encontro e a cada momento desse trabalho a gente vai se deparando com necessidades diferentes [...] eu acho que a cada situação, a cada mapeamento duma necessidade a gente precisa de um instrumento que é pra gente fazer o acompanhamento [...].” (S3)*

Numa situação de constante demanda por tecnologias podemos supor que exista um esgotamento dos trabalhadores e ainda que haja uma fragilidade nas estratégias utilizadas. A análise dos dados demonstrou um exemplo prático disso com as chamadas “ferramentas artesanais” criadas para compartilhamento de informações, mas que, de fato, servem a propósitos específicos e isolados uma vez que não se integram entre si. Nesse sentido, percebemos o descolamento das ações desenvolvidas com a institucionalização do processo, pois o produto da participação e criatividade dos trabalhadores mostram-se claramente instrumentais. Instrumentais no sentido que devem estar a serviço do “marketing institucional” sem a contrapartida e apoio das instâncias superiores.

Neste contexto, esses aparatos obedecem, quase estritamente, a função de gerar dados, que por vezes são imprecisos e equivocados por conta das suas limitações tecnológicas e de robustez. Sendo assim, as relações que se estabelecem na micropolítica deste colegiado gestor, ora demonstram evidentes traços de liberdade e criatividade por parte dos trabalhadores, ora se destacam os aspectos de estagnação, captura e rigidez no sentido de não se alcançar apoio técnico e financeiro para qualificar as ferramentas e conseqüentemente o trabalho desenvolvido. As necessidades neste sentido aparecem no discurso abaixo:

*“Eu acho que a gente enquanto grupo [...] tem que sentar e ver aonde que tá desenhado esse cuidado longitudinal. Que cuidado é esse que a gente quer? Aonde que isso tá escrito? Eu acho que a gente tem*

*que [...] ter planejamento de metas pra gente poder realmente acompanhar [...]. A coisa tá muito solta [...]! Que ferramentas se têm pra se acompanhar isso?” (S5)*

Como forma de enfrentamento dessas dificuldades foram elaboradas várias propostas de soluções através das referidas “ferramentas artesanais”. Sendo possível inferir que: se, por um lado, isso pode favorecer a definição de propostas mais adequadas à realidade e demanda local; por outro, e de fato, tem evidenciado a existência de problemas institucionais, estruturais e conjunturais que dificultam o monitoramento e avaliação do cuidado longitudinal numa situação de desastre e, principalmente, a institucionalização do processo de trabalho. A partir da discussão da organização interna do grupo iremos problematizar a sua organização externa na subunidade a seguir.

### **Anonimato do grupo**

Ao analisar os dados entendemos que a organização externa do grupo é compreendida como a ampla divulgação da sua existência, bem como das suas tecnologias de trabalho. O primeiro aspecto possível de ser destacado neste contexto está relacionado ao anonimato do grupo enquanto sinônimo do desconhecimento do trabalho executado, constatado no discurso abaixo. Esta perspectiva pode acolher sentimentos de frustração e desmotivação, sendo necessário remover as barreiras que privam as pessoas do justo orgulho pelo trabalho realizado. 2

*“[...] a mídia e a sociedade de Santa Maria não conhece este grupo gestor [...] nós temos que aparecer, temos que sair, infelizmente a gente depende disso [...]. As pessoas tem que saber que existe este grupo gestor [...] ninguém conhece ele. Então ele tem que aparecer na mídia [...], porque se ele aparecer as pessoas vão saber que nós estamos trabalhando em prol disso [...].” (S8)*

Um segundo aspecto identificado diz respeito a dificuldade de tornar este dispositivo um centralizador de informações para a tomada de decisão compartilhada; considerando que se os diversos atores sociais desconhecem a existência deste grupo não irão ocupá-lo. Tais entendimentos são inquietações explicitadas pelos sujeitos de pesquisa:

*“[...] o grupo gestor num primeiro momento eram as pessoas que estavam respondendo pelas instituições. Passou o tempo, o grupo reconfigurou [...]. Então, agora talvez seja o momento de fazer uma outra apresentação pros dirigentes das instituições [...], trocou secretário, enfim, e aí talvez a gente possa instituir representantes dos serviços nesse momento. Usar este momento como uma avaliação e mudar.” (S3)*

Um terceiro aspecto identificado encontra-se vinculado ao sentimento de responsabilização e legitimidade que serão discutidos no decorrer deste estudo. O fragmento abaixo expressa esta relação na perspectiva do anonimato ou desconhecimento do grupo gestor:

*“Eu acho que o grupo não é reconhecido no sentido de responder a todos os questionamentos [...]. Na verdade, quem deveria dar resposta tanto para mídia, quanto pras vítimas, pros órgãos de controle ou pra qualquer instância é aquele grupo, talvez ele não seja conhecido [...]” (S7)*

A análise compreensiva dos dados nos leva a questionar: como é possível institucionalizar algo que não é conhecido? Especialmente, se tratando de um dispositivo coletivo que apenas cumprirá com seus objetivos através das relações entre instituições, profissionais, usuários e comunidade. Entendemos que este colegiado gestor, para ser institucionalizado, deva sair do anonimato, ser apresentado, conhecido e reconhecido pelas diversas instâncias que o compõe. Algumas dificuldades neste sentido serão abordadas na unidade a seguir.

### **Relações Interinstitucionais e o cuidado longitudinal em saúde**

Nesta unidade iremos analisar as relações interinstitucionais enquanto um desafio para a continuidade do cuidado longitudinal numa situação de desastre. Para isso, os dados foram dispostos em duas subunidades de significado, sendo elas: *Comunicação e informação; Educação permanente*. Neste estudo, as instituições podem ser compreendidas como estruturas que exercem função regulamentadora materializando-se em organizações e estabelecimentos.<sup>15</sup>

Numa perspectiva psicanalítica, Tonelli<sup>17</sup> *apud* Fustier afirma que as instituições são formadas por três patamares. O primeiro é superestrutura, constituída pelas *"características formais, da sua organização, dos gestos técnicos, do perfil e dos comportamentos profissionais dos seus membros..."*. O segundo é infraestrutura imaginária composta pelos organizadores psíquicos e que *"molda o trabalho da instituição a partir de um jogo de afetos"*. E terceiro é ideológica teórica (uma zona intermediária) que *"capta as correntes do pensamento vinda de fora, transforma-as em argumento e constitui as 'razões' pelas quais este ou aquele tipo de funcionamento foi escolhido"*.

Regulamentar ou tornar disponíveis ações e serviços é um trabalho vital que as instituições prestam à sociedade por meio das relações interinstitucionais. Este exercício torna-se um grande desafio numa situação de desastre. Contudo, a infraestrutura

imaginária ou o “jogo de afetos” que se estabelecem podem abrandar as dificuldades se configurando numa potência para enfrentar os obstáculos da continuidade do processo de trabalho, conforme implícito no discurso abaixo:

*“[...] todos nós admitimos as nossas fragilidades, as nossas dificuldades, os nossos problemas institucionais, [...] de relação interinstitucional que foram muito atenuados pelo fato da convivência.” (S7)*

O conteúdo do discurso acima nos chama a atenção para o campo relacional no qual os indivíduos dialogam, se percebem e percebem o outro através da convivência e do “olho no olho”. A análise documental aponta que a dinâmica adotada pelo colegiado gestor, inicialmente, eram de reuniões semanais e atualmente, são de reuniões quinzenais e extraordinárias sempre que necessário. Estes encontros têm aberto espaço para lapidar as diferenças e reconhecer na relação com o outro uma possibilidade de construir parcerias. Para além do campo relacional, este exercício tem buscado minimizar os problemas de comunicação e articulação da rede, concebidos como um dos grandes empecilhos das relações interinstitucionais, conforme subunidade a seguir.

### **Comunicação e informação**

Na área da saúde, as atividades profissionais pressupõem um trabalho comunicativo. Comunicar vem da palavra latina “*communicare*”, que quer dizer “*tornar comum, partilhar, repartir, associar*”. Significa um processo de repartir a experiência, tornando-a um bem comum às partes associadas.<sup>20</sup> Nesta perspectiva, identificamos que a comunicação entre as instituições é percebida como um dos grandes objetivos do colegiado gestor, já que permite a articulação da rede assistencial a fim de proporcionar o cuidado longitudinal em saúde, conforme os discursos a seguir:

*“[...] o objetivo último do grupo é proporcionar acesso e cuidado longitudinal as pessoas envolvidas com o incêndio, mas o objetivo meio que é como que a gente faz pra conseguir proporcionar isso para as pessoas. É encarar o desafio da comunicação e [...] aprender como é que se faz redes.” (S3)*

*“O objetivo do grupo [...] é haver um canal de comunicação entre as instituições que estão prestando um cuidado a essas vítimas. Então, havia esta necessidade pra que não [...] ficasse isolado o atendimento [...]. Tem vários exemplos de usuários que estão sendo atendidos em diferentes locais e nós fazemos este compartilhamento. Nesta interação é possível verificar o que tá acontecendo com eles [...] então esta circulação da informação, faz com que o atendimento, o acesso, seja melhorado. Pelo menos a ideia do grupo é essa. Eu acho que a gente tem conseguido com algumas dificuldades esta troca de informação entre os vários serviços.” (S9)*



Ao analisar um colegiado gestor no âmbito hospitalar, Cecílio <sup>15</sup> concluiu que é difícil a comunicação para o conjunto dos trabalhadores das decisões tomadas por este dispositivo. No referido estudo, os trabalhadores afirmaram que desconheciam o que ocorria nas reuniões do colegiado. Para o autor, a representatividade e a comunicação do colegiado gestor com o conjunto dos trabalhadores são faces da mesma moeda. Constatamos esta situação em uma oficina que organizamos com o Grupo Gestor do Cuidado. Na ocasião, uma trabalhadora que participava pela primeira vez das reuniões expressou não saber quem representava a sua instituição naquele colegiado. A preocupação sobre o compartilhamento das informações com os trabalhadores pode ser evidenciada nos discursos a seguir:

*“A gente tinha relatórios diários, depois semanais, depois de 15 em 15 dias, depois mensal [...] e aí parece que depois houve um esvaziamento de informações. Porque uma coisa são as informações que o grupo gestor tem, outra coisa são as informações que a comunidade tem e os trabalhadores têm.” (S4)*

*“[...] nós estamos num grupo com diferentes instituições. Nesse momento a gente compartilha, discute, enfim. Parece óbvio [...], que ao voltar pras nossas instituições cada um de nós vai compartilhar com os envolvidos lá [...]. Acionar todos os setores que precisam ser acionados, os colegas [...]. Eu acho que a potência do grupo é a possibilidade de vir a fazer isso, mas que ainda é uma fragilidade.” (S3)*

Na referida situação que ocorreu na oficina, a instituição em questão compõe o grupo gestor e participa das reuniões desde a sua criação, contudo esteve ausente delas por problemas internos sem haver alteração de representante neste período. Neste sentido, percebemos no Grupo Gestor do Cuidado muitos problemas relacionados a questão de suplência que dificulta a frequência nas reuniões. Mesmo havendo sistematização das atas que são compartilhadas por e-mail, a comunicação *in ato* durante as reuniões é insubstituível. Para tanto, a existência de um representante titular e um suplente com boa comunicação entre eles podem corroborar para que as deliberações do colegiado ecoem nas (e por entre as) instituições a fim de articular a rede assistencial.

A precária comunicação dos integrantes do colegiado gestor aos trabalhadores das instituições que representam pode sinalizar equívocos sobre a concepção teórica e prática deste dispositivo e seu caráter coletivo. O método de gestão colegiada estrutura-se na participação e democratização das decisões, sendo assim, ninguém deveria decidir sozinho. <sup>21</sup> O distanciamento entre a teoria e a prática pode ser contornado, dentre outras formas, através da educação permanente que será discutida na subunidade a seguir.



## Educação permanente em saúde

A análise dos dados nos permite afirmar que a educação permanente possui grande relevância neste estudo pelo seu caráter transversal as demais unidades de significado. Ceccim<sup>22</sup> afirma que a educação permanente em saúde, busca a atualização cotidiana das práticas com os aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos mais atualizados disponíveis. Insere-se na construção de relações e processos que implicam seus agentes, às práticas organizacionais, institucionais, interinstitucionais e/ou intersetoriais.

Sob esta perspectiva, o processo educativo se coloca no cotidiano de trabalho, analisando-o através das relações concretas que operam nas realidades. Possibilita a construção de espaços coletivos para a reflexão crítica e avaliação dos atos produzidos no dia-a-dia.<sup>22</sup> Desta maneira, a educação permanente em saúde possui potencial para alavancar transformações e reorganizações. No entanto, este potencial pode ser ofuscado numa situação de desastre em que os profissionais encontram-se capturados pelas demandas e inseguros quanto sua qualificação teórico-técnica, conforme o discurso abaixo:

*“[...] a falta de conhecimento de desastres [...] sobre os protocolos existentes da brigada, da policia civil. Tudo isso fragilizou e fragiliza muito ainda o cuidado que a gente tá vivendo. A gente não conhece e não tem qualificação pra trabalhar com tudo isso e não tá recebendo educação permanente pra isso. É tudo assim, a gente tá fazendo, a gente tá fazendo [...] e não leu nem as nossas atas do desastre de tudo que a gente fez [...]. Então é um paradoxo!” (S4)*

Mehry<sup>23</sup> convida os trabalhadores a tomar o “*mundo do trabalho como escola, [...] como um lugar de novas possibilidades de fazeres, a serem extraídas do próprio encontro e do próprio fazer*”. Assumimos a posição de reiterar este convite com a pretensão de ampliá-lo com algumas contribuições. Posicionando esta discussão, num contexto de desastre, a agilidade ou morosidade é um fator determinante para obter resolutividade na maioria das ações. Neste sentido, as reinvenções que surgem das experimentações devem ser rapidamente compartilhadas e reestruturadas em rodas de conversa, oficinas, seminários, etc. As experiências [exitosas ou não] devem circular, dialogar e serem problematizadas junto aos trabalhadores para atender o anseio abaixo:

*“Em relação a educação permanente pra mim são dois focos. A educação permanente pra tomada de decisão do grupo e a educação permanente que a gente compartilha [...] porque quem opera isso são os trabalhadores. Não é o grupo gestor.” (S4)*

As múltiplas contradições do processo de planejamento e gestão do SUS possuem íntima relação com a escassez de recursos humanos qualificados teórico e tecnicamente.<sup>3</sup> Sobretudo, numa situação de desastre em que os trabalhadores são proclamados como elementos-chave para a organização dos processos. A educação permanente é essencial para esta finalidade, conforme implícito no discurso abaixo:

*“[...] a gente tem que saber a legalidade, pra isso a gente tem que ter conhecimento [...]. Tem que ter leitura de legislação, leitura do SUS, leitura de todo esse processo pra legalizar. Existe lei pra tudo, quando a gente não tem conhecimento, [...] não tem noção nem do que é Sistema Único de Saúde [...].”*  
(S4)

No fragmento acima, podemos perceber a existência de duas palavras semelhantes gramaticalmente: legalizar e legalidade. Sem nos ater nas suas características sintáticas ou semânticas, destacamos que a primeira expressa um anseio relacionado com a institucionalização do processo de trabalho [já discutida na unidade anterior]; e a segunda possui uma implicação com a última unidade temática, em especial, com o conceito de legitimidade que nela será problematizada.

#### **Governabilidade com Autonomia e Legitimidade numa situação de desastre**

Nesta última unidade discutiremos um grande “gargalo” encontrado pelo colegiado gestor para garantir o cuidado longitudinal em saúde numa situação de desastre. Para isso, os dados foram dispostos em duas subunidades de significado, sendo elas: *Responsabilização x Autonomia e Empoderamento; Entraves burocráticos e Morosidade nos processos*. Antes de discorrer sobre cada uma delas, consideramos relevante introduzir o sentido de governabilidade tratado neste estudo.

A análise dos dados nos permite compreender a governabilidade como a relação entre liberdade (possibilidade) e grau de controle (limite). Em outras palavras, como sugere a cultura popular, a razão que se estabelece entre “o querer e o poder”. Sá<sup>3</sup> *apud* Matus afirma que na perspectiva do enfoque de planejamento estratégico-situacional, a governabilidade é definida como “o grau de controle de um ator sobre as variáveis intervenientes nos processos organizacionais e em seus resultados”. Para a autora, a governabilidade constitui-se numa problemática central para o campo do planejamento e da gestão.

Nesse sentido, identificamos na análise documental, que durante as reuniões do grupo gestor as discussões mais difíceis, persistentes e desgastantes referiam-se a governabilidade, autonomia e legitimidade. Sendo assim, o achado que mais se

sobressaiu neste estudo diz respeito aos sentimentos de ansiedade, frustração (falta de resolatividade) e desmotivação dos integrantes deste colegiado.

As restrições de governabilidade do colegiado gestor, em particular aquelas relacionadas a ordenança de despesas, contratação de profissionais, compra de medicamentos, equipamentos, insumos e ferramentas gerenciais [em substituição àquelas “artesanais”] são apontadas como fatores determinantes para esta condição. Esta situação pode significar que as discussões e decisões do colegiado gestor não ultrapassam a barreira do espaço formal de deliberação. Esta situação aparece implícita no discurso abaixo e nos demais que compõem esta unidade temática.

*“Acho que uma das questões que mais trazem ansiedade é a governabilidade [...]. Tu te deparar com alguns problemas que dentro do grupo tu não consegues resolver ou dentro das próprias instituições. [...] Aí tu precisas de outros atores que estão em outras instâncias de deliberação e que muitas vezes demoram pra te dar um retorno. [...] Situações que demandam [...] decisões mais rápidas. E aí tu te depara com toda uma burocracia e que tu vai até um certo ponto e depois tu depende de outras instâncias pra resolver os problemas. Acho que a fragilidade tá em tu não ter a governabilidade pra resolver tudo.”*  
(S9)

A análise deste fragmento revela que o contexto sociopolítico ocidental insere um sentido de “mal-estar” nas organizações públicas de saúde. Ainda é possível afirmar que esta condição tem produzido entre os profissionais de saúde comprometidos [conforme discutimos anteriormente] sentimentos de perplexidade, impotência e muito sofrimento. <sup>3</sup> Azevedo, Neto e Sá <sup>2</sup> expressam que “*toda vida em sociedade é geradora de angústias. Do mesmo modo, a organização luta - a rigor, os indivíduos e grupos em uma organização lutam - contra várias angústias*”. Esta batalha que se trava nas instituições públicas de saúde possui íntima relação com os sentimentos de responsabilização, falta de autonomia e de empoderamento que serão discutidos na subunidade a seguir.

### **Responsabilização x Autonomia e Empoderamento**

Nesta subunidade discutiremos tanto a responsabilização como as responsabilidades que foram atribuídas, quanto as que foram incorporadas pelo colegiado gestor em um dado contexto. A palavra ‘atribuída’ carrega um sentido de imposição ou verticalização. Sendo assim, poderia existir uma obscuridade na compreensão das responsabilidades do grupo, já que não emergiu dele estas atribuições ou elas foram ampliadas sem o real entendimento do seu “novo papel”. Este fato

causaria uma confusão sobre seus limites e possibilidades (governabilidade), [conforme discutimos anteriormente].

Esta problematização não tem a intenção de apresentar verdades incontestáveis, mas de suscitar a discussão sobre a necessidade de melhor compreender as responsabilidades deste colegiado gestor. Neste sentido, o fragmento a seguir sinaliza uma das ideias de responsabilização que o grupo sustenta:

*“[...] o grupo gestor é o co-orientador de tudo [...], ele é responsável pela tomada de decisão. Ele é o representante legal do Ministério da Saúde, do estado e do município de Santa Maria, o órgão que foi construído. O grupo gestor é o gerenciador do cuidado de todo o desastre.” (S4)*

A análise dos dados sinaliza a existência de um tensionamento relacionado a autonomia deste dispositivo para instituir novos modos de fazer ‘em um dado contexto’. A ideia de contexto pretende desenhar a complexidade das ações envolvendo o cuidado longitudinal em saúde numa situação de desastre. Ora requerem rapidez e dinamismo em ações imediatas, ora deflagram a necessidade de reorientação, planejamento e avaliação para ações de médio e longo prazo. Nesta perspectiva, torna-se essencial dispor de autonomia para conduzir um processo de tamanha instabilidade. Sá<sup>3</sup> expressa que o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos nas organizações de saúde é uma das condições fundamentais tanto para ampliar a governabilidade quanto para construir projetos coletivos.

A autonomia pode ser caracterizada como a capacidade de orientar as ações por meio de seu próprio julgamento. Diante disso, discutiremos a autonomia do colegiado gestor em relação aos diferentes níveis de gestão. Embora seja delegada ao grupo a responsabilidade pela tomada de decisões representando os entes federados [conforme o discurso acima] os seus integrantes reconhecem que atuam com uma autonomia tutelada, imposta pelas normas organizacionais [geradoras de ansiedade, conforme discutimos anteriormente].<sup>15</sup>

A relação entre autonomia e controle se configura um território de tensão e, portanto, de potência. Deve-se operar sobre as tensões-potências objetivando instituir novos espaços de poder na saúde.<sup>18</sup> Contudo, no contexto deste estudo, torna-se discutível a viabilidade da descentralização do poder quando não há plena autonomia para gerenciar os recursos necessários<sup>21</sup> para garantir o cuidado longitudinal em saúde. As interfaces da autonomia e do poder e sua relação com o grupo gestor pode ser percebida no discurso a seguir:

*“O grupo vem cumprindo com o objetivo que se propõe, cada vez mais conhecendo seus limites, porque as questões que se arrastam nesses processos, fogem da alçada de decisão ou poder de intervenção do grupo [...]” (S7)*

A partir do exposto, julgamos necessário discutir a ideia de poder que estará fortemente presente nos discursos a seguir. Cecílio e Mendes <sup>24</sup> *apud* Arendt afirmam que *“o poder corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas para agir em concerto. O poder nunca é propriedade de um indivíduo, pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo conserva-se unido”*. O sentido de poder surge na perspectiva do “empoderamento do grupo” no discurso a seguir:

*“[...] falta resolutividade e isso ocorre porque a resposta necessária está fora do grupo, em outras instâncias [...]. Nós precisamos nos empoderar enquanto grupo! Nós somos o grupo e que nós temos que ir atrás dessas respostas nessas instâncias. Nós que estamos vivenciando isso, é responsabilidade nossa administrar.” (S5)*

Neste momento, a análise dos dados nos permite superar o conceito inicialmente proposto de responsabilização enquanto responsabilidades atribuídas ao colegiado gestor. Deste modo, iremos admiti-la como a incorporação de responsabilidades em um dado contexto. Esta duplicidade de conceitos é decorrente da existência desta dualidade de entendimentos no colegiado gestor.

Percebemos, a partir desta segunda concepção, que existe um protagonismo do grupo ao se responsabilizar pelo processo. A análise das possibilidades e limites de intervenção torna-se mais clara. Nesta perspectiva, emergem nos discursos visões diferenciadas, mas não excludentes. O discurso acima busca responsabilizar o grupo pela administração do contexto, suscitando uma atitude de empoderamento frente às dificuldades/entraves. O discurso que segue busca alicerçar a co-responsabilização das instituições competentes, conforme está disposto abaixo:

*“O que o grupo faz quando surge um entrave? Tem um documento assinado pelo ministério, pelo estado e pelo município de quais são as ações que tem que ser desenvolvidas. Se o grupo não tá conseguindo porque não tem o apoio, o que se faz com esse entrave? [...] cobrar que eles deem condições! Se não parece que o grupo gestor tem que assumir coisas sozinho e tem que dá conta. Não é isso! Mas o grupo pode cobrar dessas entidades [...] isso que elas assinaram [...] ” (S2)*

A partir de todas as reflexões que elaboramos nesta subunidade, pudemos perceber que nas situações de atribuições inovadoras [não sedimentadas] instituídas por outros níveis hierárquicos [pouco presente no cotidiano de trabalho], nada mais

anunciado que “uma crise” de legitimidade, autonomia e governabilidade. As principais dificuldades encontradas na superação desta crise serão apresentadas na subunidade a seguir.

### **Entraves burocráticos e Morosidade nos processos**

Esta última subunidade problematiza a causa [entraves burocráticos] e as consequências [morosidade nos processos] da falta de governabilidade numa situação de desastre. A análise dos dados aponta que os entraves burocráticos dificultam a viabilização de ações inéditas e emergenciais, principalmente a compra de equipamentos, medicamentos e insumos não contemplados no SUS [conforme já discutimos anteriormente]. Tal obstáculo está presente em todos os níveis de gestão das instituições públicas de saúde [até mesmo no federal], impedindo a agilidade nos processos de enfrentamento ao desastre. Esta situação pode ser constatada no discurso a seguir:

*“[...] a questão do Ministério da Saúde ter chegado em Santa Maria e dito que as vítimas não teriam problema nenhum, que todas as suas necessidades seriam prontamente atendidas [...]. É uma tentativa talvez de tranquilizar, mas até um pouco ingênuo no meu ponto de vista. Porque a gente sabe que os entraves burocráticos da nossa estrutura brasileira, o prontamente [...] nós sabemos que não é possível.”(S7)*

Tanto a causa quanto a consequência da falta de governabilidade geram sofrimento nos trabalhadores. Tonelli <sup>17</sup> *apud* Kaës aponta a existência de um tipo particular de sofrimento nas instituições relacionado à própria fundação destas, quando são insuficientes para a sua função. Podemos identificar a presença deste tipo de sofrimento vivenciado pelos integrantes do colegiado gestor, nos fragmentos abaixo. Especialmente, relacionado a insuficiência dos esforços desprendidos para superar os entraves burocráticos.

*“[...] a permanência de alguns entraves, muitas vezes, desestimula algumas ações porque elas acabam não sendo superadas.” (S10)*

*“[...] eu entendo que as situações ou as dificuldades que os serviços enfrentam são muito parecidas. Criar serviços ou uma disponibilidade de resposta numa urgência, onde os serviços não estavam preparados. Onde permanece uma dificuldade burocrática por parte das gestões de dar as condições [...]. Os problemas se avolumam e as pessoas, muitas vezes, têm uma boa vontade para resolver, mas acabam se frustrando, porque existem alguns obstáculos que não dependem desses representantes [...].” (S1)*

Mesmo que o colegiado gestor se constitua de forma fiel a sua proposta de atuação, dificilmente encontrará êxito total nas suas demandas frente o arcabouço burocrático institucional. Neste sentido, reafirmamos que é necessário discutir com clareza os limites e possibilidades deste dispositivo, assumindo um esforço de reinvenção das relações organizacionais.<sup>5</sup> O discurso abaixo expressa que os elementos chave desta subunidade ‘entraves e morosidade’ encontram-se aquém das possibilidades de intervenção do colegiado por meio das estratégias que vem sendo utilizadas [que basicamente são suas reuniões periódicas]:

*“[...] algumas das fragilidades não seriam [...] do grupo e sim do que está externo a ele. A morosidade é um exemplo, o grupo tá ali e se reúne e muitas coisas não acontecem por entraves externos [...]” (S2)*

Mesmo com todos os atravessamentos apresentados neste estudo, a experiência de ouvir e compartilhar possibilita uma produção única no processo de trabalho. A dinâmica dos colegiados gestores possibilita diálogos, aprendizados e reinvenções que rompem territórios cristalizados, constituindo linhas de fuga capazes de mudar o antigo. A gestão em saúde passa a se organizar através de vários olhares e a produção de serviços é pautada nas necessidades dos usuários.<sup>1</sup> Por fim, surgem novas perspectivas para as práticas de atenção em saúde oriundas das experiências vivenciadas, conforme o discurso a seguir:

*“Eu acho que se a gente pensa em integralidade do cuidado, de fazer acontecer o que tá desenhado como política e diretriz de cuidado do Sistema Único de Saúde, o grupo [...] tá encontrando questões que na verdade deveriam estar sendo realizadas em todos os lugares. Mas como a vida real é diferente do papel, eu acho que o grupo tá começando a perceber que é possível fazer o atendimento longitudinal. Trabalhar com prevenção, promoção, uma série de ações, que a gente ainda não consegue concretizar, mas [...] tem um acúmulo de vivencia aqui nessa situação que faz com que a gente acredite que seja possível. Acho que o objetivo, ele é assim estabelecido e não necessariamente cumprido ainda. É processo.” (S3)*

O discurso apresentado suscita uma reflexão sobre o processo de trabalho do colegiado gestor com vistas a necessidade de unir os elementos constituintes deste estudo. Existe um objetivo estabelecido que ainda não foi alcançado, mas que conta com um acúmulo de vivencia para isso. Acreditamos que problematizar esta experiência frente todos os preceitos e conceitos aqui discutidos e ampliá-la com outros elementos e, principalmente, com outros atores e instâncias podem em parte atenuar e em parte superar os desafios deste colegiado gestor para garantir o cuidado longitudinal em saúde numa situação de desastre.



## CONCLUSÃO

Este estudo problematizou os desafios para garantir o cuidado longitudinal em saúde numa situação de desastre na perspectiva de um colegiado gestor que tem vivenciado este processo. Neste contexto, o cuidado longitudinal em saúde vem assumindo papel de disparador para a constituição de processos de mudança e qualificação na rede assistencial. Percebemos que o trabalho desenvolvido pelo Grupo Gestor do Cuidado é um processo inovador dado às circunstâncias deste desastre, complexo na plenitude do seu objetivo, tenso pelos seus atravessamentos, desafiador na superação dos seus obstáculos e intenso pelo comprometimento e pelos sentimentos vivenciados no grupo. Enfrentar estas situações de forma coletiva requer esforço, confiança, sinceridade e respeito, mas, sobretudo, relações de afeto que, por si só, são capazes de atenuar as dificuldades.

A partir disso, gostaríamos de expor algumas outras constatações. Iniciaremos reafirmamos que os desafios que foram discutidos neste artigo estão presentes no cotidiano das instituições públicas de saúde em maior ou menor intensidade. Contudo, numa situação de desastre alguns fatores presente na macro e micropolítica destas instituições serão intensificados como o assédio da mídia, desorganização ou sobrecarga dos serviços, falta de experiência profissional, esgotamento de materiais, de recursos e insumos. Outros fatores como abalo emocional em massa de trabalhadores e da comunidade, presença de inúmeros atores de fora do território, falta de direcionamento estratégico, de protocolos e diretrizes, e, principalmente, de uma política pública se apresentarão de forma inédita e tornarão estes desafios ainda mais complexos; ao ponto de requererem arranjos de gestão arrojados e inovadores. E por fim, os desafios aqui discutidos sofrerão “mutações” vinculadas as demandas específicas das diferentes fases do desastre: emergencial/hospitalar, ambulatorial e ações de longo prazo. Isto demandará planejamento e redimensionamentos baseados em informações precisas de cada uma destas fases. Diante do exposto, buscaremos aprofundar alguns pontos cruciais neste contexto.

Primeiramente, acreditamos que o processo de trabalho numa situação de desastre deva ser centrado no conhecimento da vigilância em saúde e instrumentalizado pela epidemiologia. Neste sentido, destaca-se a vitalidade de ferramentas tecnológicas robustas e específicas para atender as demandas de uma situação de desastre. Monitorar o cuidado longitudinal por longos períodos é inviável sem suporte instrumental



adequado. Este fato resulta na impossibilidade de construir um banco de dados único que atenda as diversas necessidades de informações para tecer o perfil epidemiológico das vítimas atendidas tanto nos serviços públicos de saúde quanto nos privados.

Entendemos que um *software* semelhante a um “prontuário eletrônico”, por exemplo, possa servir ao monitoramento e avaliação das ações permitindo consultar relatórios em tempo real de diversas situações como o comparecimento ou absenteísmo a consultas multiprofissionais, recidivas de doenças, adesão a tratamentos medicamentosos e/ou práticas integrais e complementares, histórico de exames e diagnósticos em geral, etc. Acreditamos que tal situação já estaria contornada caso o colegiado gestor fosse ordenador de despesas. Como já discutimos anteriormente, existe uma tensão entre a responsabilização para conduzir as ações referentes ao cuidado longitudinal, mas não deter a autonomia para finalizar/concretizar/viabilizar tais ações, especialmente quando envolvem ferramentas gerenciais, serviços, equipamentos, medicamentos ou insumos não contemplados no SUS. Desta forma, desprovido de poder decisório real, este dispositivo acaba tornando-se um órgão mais consultivo e menos deliberativo.

O colegiado gestor não deve ser entendido como um mero arranjo “*burocrático-administrativo*”<sup>15</sup> utilizado como mediador de tensões e fonte de dados e relatórios. Deve ser pensado como um arranjo institucional que necessita de governabilidade por ser um espaço de discussão sobre gestão, planejamento, e, sobretudo, por estar presente no território e permear as diversas instituições implicadas com a assistência às vítimas.

Sendo assim, este contexto de desastre apresentou uma demanda em se operacionalizar um modelo gerencial aberto e flexível, que incorpore a dimensão comunicativa, a distribuição mais homogênea do poder, além de autonomia para decidir. Contudo, percebemos, neste estudo, que a formalização do colegiado gestor não foi capaz de garantir, por si só, a distribuição do poder e a efetivação de um espaço de decisão legitimado frente o arcabouço institucional do Sistema Único de Saúde. Diante disso, visualizamos o distanciamento da teoria e da concretização na prática destas formas de cogestão que se propõem a organizar a produção de serviços a partir do compartilhamento do poder e co-responsabilização.

Entendemos que o Sistema Único de Saúde precisa se reestruturar para o enfrentamento de desastres. Neste sentido, desde 2011, conta com uma estratégia denominada Força Nacional do SUS que desenvolve um exímio trabalho de assistência nestas situações, sobretudo, nas fases emergencial/hospitalar. Contudo, por atender uma

lógica hospitalocêntrica, o contexto vivenciado em Santa Maria demonstrou a fragilidade de se dispor apenas desta estratégia em situações de desastre que necessitem de acompanhamento do cuidado longitudinal nas fases ambulatorial e ações de longo prazo. Neste sentido, acreditamos que o SUS pudesse alavancar a estruturação de uma política pública intersetorial que incorpore esta e outras estratégias necessárias para atender os princípios de cidadania num movimento de “romper fronteiras” pra além do campo da saúde. Desta forma, os sujeitos serão assistidos na sua plenitude social, história, cultural, filosófica e humana.

Por fim, apontamos que as ações centradas em pessoas e não em instituições correm um sério risco de descontinuidade. Sendo assim, apostamos nas parcerias como facilitadores da institucionalização e qualificação do processo de trabalho desenvolvido pelo Grupo Gestor do Cuidado. A primeira delas entre teoria e prática num movimento de apoio e responsabilidade mútua para a produção de conhecimento científico a partir do que tem sido vivenciado no enfrentamento desta situação de desastre. Tal conhecimento poderá frutificar políticas públicas, amadurecer dispositivos de gestão e fortalecer o Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, novamente afirmamos que a vigilância em saúde e a epidemiologia devem estar protagonizando este intuito, bem como a interdisciplinaridade e multiprofissionalismo.

A segunda parceria, vital neste contexto, é a governamental, com destaque para as estratégias de apoio integrado e educação permanente como forma de co-responsabilização pelo processo e seus resultados. Destacamos nesta parceria a necessidade de viabilizar maior governabilidade e flexibilidade burocrática em situações de desastre. Desta forma, concluímos este estudo, afirmando que o exercício da gestão ampliada e compartilhada para a produção de mudanças nas organizações de saúde requer vontade política e provisão de condições concretas sem as quais se corre o risco de transformar a cogestão apenas em um exercício discursivo e midiático.<sup>4</sup>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAHÃO, A.L. **Colegiado gestor: uma análise das possibilidades de autogestão em um hospital público.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1):95-102, 2008.
2. AZEVEDO, C.S.; NETO, F.C.B.; SÁ, M.C. **Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia.** *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(1):235-247, janeiro-fevereiro, 2002.
3. SÁ, M.C. **Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):151-164, 2001.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS** – Brasília: Ministério da saúde, 2009.
5. CUNHA. E. M. **Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS.** Tese defendida e aprovada em 29 de julho de 2009, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.
6. PATZLAFF, R.G; PEIXOTO, A.L. **A pesquisa em etnobotânica e o retorno do conhecimento sistematizado à comunidade: um assunto complexo.** *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, janeiro – março, p. 237-246, 2009.
7. Material elaborado pela Assessoria de Comunicação do Governo de Estado do Rio Grande do Sul. **Grupo de trabalho Redes de Apoio à Santa Maria: Desastre da Boate Kiss.** Porto Alegre, 2013.
8. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Logística y gestión de suministros en el sector salud.** Washington, DC: OPS, 189 p., 2001.
9. CERUTTI, D.F; OLIVEIRA, L.C. **A aplicação da gestão de risco em desastres no Sistema Único de Saúde (SUS).** *Caderno Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 417-24. 2011.
10. GABINETE DO MINISTRO. Extrato de Compromisso. **Termo de Cooperação Técnica.** Fevereiro, 2013.
11. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8.edição, São Paulo: Hucitec, 2004.
12. CANDAU, V. M., ZENAIDE, M. N. T. **Oficinas Aprendendo e Ensinando Direitos Humanos.** João Pessoa: Programa Nacional de Direitos Humanos; Secretaria da Segurança Pública do estado da Paraíba; Conselho Estadual da Defesa dos Direitos do Homem e do Cidadão, 1999.
13. MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** São Paulo: Atlas. 5. Edição, 2003.
14. LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2001.
15. CECÍLIO. L.C.O. **Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico.** *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(3):557-566, março, 2010.
16. JORGE, M.S.B., PINTO, D.M, QUINDERÉ, P.H.D., PINTO, A.G.A, SOUSA, S.P., CAVALCANTE, C.M. **Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo,**

**acolhimento, co-responsabilização e autonomia.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3051-3060, 2011.

17. TONELLI, M.J. **A Instituição e as instituições: estudos psicanalíticos.** De Kaës J. Bleger, E. Enriquez, F. Fornari, P. Fustier, R. Roussillon, J.P. Vidal. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991, 171p. **Resenhaspor** Maria José Tonelli. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, 33(5):125-129. Setembro/Outubro, 1993.

18. MEHRY, E.E. **O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais.** *Ciência & Saúde coletiva*, (2):305-14, 1999.

19. MEHRY, E.E., FRANCO, T.B. **Por uma composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais.** *Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, Centro Brasileiro de estudos de Saúde, CEBES – v.1 (out./nov./dez. 1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2003.

20. ROZEMBERG, B. **Comunicação e participação em saúde.** *Tratado de Saúde Coletiva*, 2ª Edição – São Paulo: Hucitec, p.741, 2012.

21. BERNARDES, A; CECÍLIO, L.C.O.; NAKAO, J.R.S.; ÉVORA, Y.D.M. **Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):861-870, 2007.

22. CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n.16, p.161-77, setembro2004/fevereiro 2005.

23. MERHY, E.E. **Engravidando palavras: o caso da integralidade.** Acessado em 07/03/2014 às 22:50 em <http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/capitulos-06.pdf>

24. CECÍLIO, L.C.O.; MENDES, T.C. **Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?** *Saúde e Sociedade* v.13, n.2, p.39-55, maio-agosto, 2004.