

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

DIRCIARA BARAÑANO SOUZA

**Representações sociais de emergências de saúde pública entre gestores em um Hospital
Universitário.**

**PORTO ALEGRE
2012**

DIRCIARA BARAÑANO SOUZA

**Representações sociais de emergências de saúde pública entre gestores em um Hospital
Universitário.**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol

**Porto Alegre
2012**

CIP - Catalogação na Publicação

Souza, Dirciara Baraňano
Representações sociais de emergências de saúde
pública entre gestores em um Hospital Universitário
/ Dirciara Baraňano Souza. -- 2012.
127 f.

Orientadora: Clarice Maria Dall'Agnol.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Enfermagem. 2. Gestão em saúde. 3.
Representações sociais. 4. Emergências de saúde
pública. 5. Pandemia de influenza. I. Dall'Agnol,
Clarice Maria, orient. II. Título.

DIRCIARA BARAÑANO SOUZA

Representações sociais de emergências de saúde pública entre gestores em um Hospital Universitário.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 14 de setembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

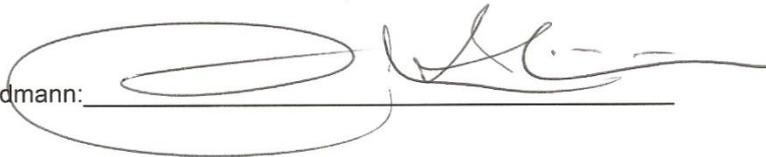
Profa. Dra. Clarice Maria Dall'Agnol: _____

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann: _____

Membro – UFSC



Profa. Dra. Carmen Lucia Bezerra Machado: _____

Membro – PPGEDU/UFRGS



Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes: _____

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura: _____

Membro – PPGENF/UFRGS



Ao meu pai e minha mãe (*in memoriam*), pelo exemplo de vida e pelos valores que me passaram. Nestes valores, o estudo sempre foi destaque.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, João e Sufi, pela oportunidade de estar e ser na vida e pela contínua luta por minha evolução.

Aos meus irmãos, Diacuiara, Jonzimar (*in memoriam*), Karen, Marlen, Sebastian (*in memoriam*), Dener, Gabriel e Tiara, pelo que representam à minha existência.

Ao meu companheiro Paulo Ricardo, pelo apoio e incentivo na busca constante de reinventar-me. Aos meus enteados Paulo e Barbara pelo carinho e pela presença amiga.

À Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol, pela forma como iluminou minha caminhada, sinalizando o que muitas vezes minhas lentes não davam conta de alcançar ou, simplesmente, tendo paciência de esperar até que eu pudesse ver, achando que tinha visto sozinha. Amiga sincera, orientadora querida.

Ao ensino público brasileiro, sem o qual não teria chegado até aqui.

As professoras Alacoque Lorenzini Erdman, Carmen Lúcia Bezerra Machado, Marta Júlia Marques Lopes e Gisela Maria Schebella Souto de Moura, por integrarem esta banca e pelo envolvimento em contribuírem com esta produção.

Aos amigos e amigas do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem - NEGE pelo acolhimento, amizade e colaboração em minha construção como pesquisadora.

À diretoria do Hospital Universitário, campo deste estudo, pelo apoio na realização das atividades que envolveram a coleta de informações.

A todas e todos profissionais de saúde que aceitaram o desafio de re-pensar a experiência-ação de gerenciar uma emergência de saúde pública.

“Mulheres e homens, somos os únicos seres que, social e historicamente, nos tornamos capazes de *apreender*. Por isso, somos os únicos em que *aprender* é uma aventura criadora, algo, por isso mesmo, muito mais rico do que meramente repetir a *lição dada*. Aprender para nós é *construir*, reconstruir, *constatar para mudar*, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito”.

(Paulo Freire)

RESUMO

As emergências de saúde pública, provocadas por doenças infecciosas, têm impulsionado uma intensa reflexão no campo da saúde pública sobre possíveis caminhos para lidar com a complexidade do problema. Entre as estratégias para melhorar a capacidade de resposta dos países a essas emergências, a OMS enfatiza a necessidade de organização dos serviços hospitalares e a formação de profissionais de saúde. Pelo espaço de um Hospital Universitário, o objetivo consistiu em compreender as representações sociais de emergências de saúde pública entre gestores, que experienciaram a Pandemia de Influenza A (H1N1) de 2009. A pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso, encontrando-se na Teoria das Representações Sociais a fundamentação teórico-metodológica. A coleta de informações ocorreu mediante as técnicas de associação livre e de entrevistas semiestruturadas, aplicadas a 30 participantes. As informações foram submetidas à análise de conteúdo categorial temática, resultando nas categorias: vulnerabilidade, proteção da saúde, descaso – zonas nebulosas da esfera pública, e, por fim, integralidade. A emergência de saúde pública é representada a uma distância segura do compreensível. O medo e a insegurança que transitam pelo espaço do obscuro, do desconhecido e do incognoscível reforçam o espectro da vulnerabilidade. A imagem de proteção da saúde, organizada principalmente pela ideia de prevenção, relaciona-se intimamente a medidas de contenção, constatando-se permanências da herança da saúde pública e da medicina tradicional. A naturalização da ‘falta de’, que transita por zonas nebulosas da esfera pública, reforça um discurso reificado de que o hospital universitário não tem estrutura para atender essa demanda. A defesa da educação permanente, organizando a imagem da integralidade, acena uma possibilidade de mudança na percepção predominantemente técnico-científica da gestão. Confirma-se a tese de que as representações sociais de emergências de saúde pública na pandemia de influenza entre gestores no espaço de um HU organizam-se na contradição entre a imagem de excelência desses hospitais e a realidade vivida pelos gestores no dia-a-dia do trabalho. Manter a crítica individual, coletiva, educativa e social, assumindo compromissos, responsabilidades nos espaços das macro e micro políticas do Estado, dos HU’s e das equipes de trabalho, são possibilidades que se desenham na pesquisa como contribuições para a gestão das emergências de saúde pública.

Palavras-chave: Enfermagem. Gestão em saúde. Representações sociais. Emergências de saúde pública. Pandemia de Influenza.

ABSTRACT

The public health emergencies, caused by infectious diseases, have driven an intense reflection in the public health field about possible ways to deal with the complexity of the problem. Among the strategies to improve the capacity of countries' response to such emergencies, WHO emphasizes the need of hospital services organization and health professionals formation. In the space of a University Hospital, the objective consisted in understanding the social representations of public health emergencies among managers, who have experienced the 2009 Influenza A (H1N1) Pandemic. The research is of qualitative nature, case study type, lying in the Social Representations Theory its theoretical-methodological grounding. Data collection occurred through techniques of free association and semi-structured interviews, applied to 30 participants. Data were submitted to thematic categorical content analysis, resulting in the categories: vulnerability, health protection, neglect - gray areas of the public sphere and, finally, integrality. The public health emergency is represented at a safe distance of the understandable. Fear and insecurity that transit through the space of the obscure, the unknown and the uncognizable reinforce the specter of vulnerability. The image of health protection, organized mainly by the idea of prevention, is closely related to containment measures, and is noted the permanence of inheritance of traditional public health and medicine. The naturalization of the 'lack of', which transits through gray areas of public sphere, reinforces a reified discourse that the university hospital has no structure to meet this demand. The defense of continuing education, organizing the image of integrality, waves a possibility of change in the perception predominantly technical and scientific of management. It is confirmed the thesis that social representations of public health emergencies in pandemic influenza among managers in the space of a UH are organized in the contradiction between the image of excellence of these hospitals and the reality experienced by managers in their day-to-day work. Keeping the individual, collective, educational and social critique, taking on commitments, responsibilities in the spaces of macro and micro policies of the State, of UH's and work teams, are possibilities that emerge from the research as contributions to the management of public health emergencies.

Keywords: Nursing. Health management. Social representations. Public health emergencies. Pandemic influenza.

RESUMEN

Las emergencias de salud pública, provocadas por enfermedades infecciosas, han impulsado una intensa reflexión en el campo de la salud pública sobre posibles caminos para lidiar con la complejidad del problema. Entre las estrategias para mejorar la capacidad de respuesta de los países a esas emergencias, la OMS enfatiza la necesidad de organización de los servicios hospitalarios y la formación de profesionales de salud. Por el espacio de un Hospital Universitario, el objetivo consistió en comprender las representaciones sociales de emergencias de salud pública entre gestores, que experimentaron la Pandemia de Influenza A (H1N1) de 2009. La investigación es de naturaleza cualitativa, del tipo estudio de caso, encontrándose en la Teoría de las Representaciones Sociales la fundamentación teórico-metodológica. La recolección de informaciones ocurrió mediante las técnicas de asociación libre y de entrevistas semiestructuradas, aplicadas a 30 participantes. Las informaciones fueron sometidas a análisis de contenido categorial temática, resultando en las categorías: vulnerabilidad, protección de la salud, descaso – zonas nebulosas de la esfera pública, y, por fin, integralidad. La emergencia de salud pública está representada a una distancia segura de lo comprensible. El miedo y la inseguridad que transitan por el espacio de lo oscuro, de lo desconocido y de lo incognoscible refuerzan el espectro de la vulnerabilidad. La imagen de protección de la salud, organizada principalmente por la idea de prevención, se relaciona íntimamente a medidas de contención, constatándose permanencias de la herencia de la salud pública y de la medicina tradicional. La naturalización de la ‘falta de’, que transita por zonas nebulosas de la esfera pública, refuerza un discurso reificado de que el hospital universitario no tiene estructura para atender esa demanda. La defensa de la educación permanente, organizando la imagen de la integralidad, señala una posibilidad de cambio en la percepción predominantemente técnico-científica de la gestión. Se confirma la tesis de que las representaciones sociales de emergencias de salud pública en la pandemia de influenza entre gestores en el espacio de un HU se organizan en la contradicción entre la imagen de excelencia de esos hospitales y la realidad vivida por los gestores en el día a día del trabajo. Mantener la crítica individual, colectiva, educativa y social, asumiendo compromisos, responsabilidades en los espacios de las macro y micro políticas del Estado, de los HU’s y de los equipos de trabajo, son posibilidades que se diseñan en la investigación como contribuciones para la gestión de las emergencias de salud pública.

Palabras-clave: Enfermería. Gestión en salud. Representaciones sociales. Emergencias de salud pública. Pandemia de influenza.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 -	Associação de palavras sobre o estímulo indutor emergência de saúde pública na pandemia de influenza H1N1, ordenadas pela frequência e ordem de evocação, de 30 gestores de um HU, Rio Grande, 2012.....	67
Quadro 2 -	Evocação de palavras sobre o estímulo indutor emergência de saúde pública na pandemia de influenza H1N1, ordenadas pela importância, frequência e ordem de evocação, de 30 gestores de um HU, Rio Grande, 2012.....	68
Quadro 3 -	Síntese das representações sociais das emergências de saúde pública, permanências, movimentos e implicações na gestão.....	102
Quadro A	Demonstrativo das categorias temáticas e temas da análise de conteúdo.....	122
Quadro B	Possíveis elementos constituintes das representações sociais da emergência de Saúde Pública entre gestores de um HU/RS.....	124
Tabela 1 -	Distribuição dos participantes, segundo profissão, sexo e faixa etária, Rio Grande, 2012.....	56
Tabela 2 -	Distribuição dos participantes, segundo a profissão, sexo e vínculo gerencial e vínculo empregatício, Rio Grande, 2012.....	57
Tabela 3 -	Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de trabalho no HU, Rio Grande, 2012.....	58

LISTA DE SIGLAS

AIDS -	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde
CLT -	Consolidação das Leis de Trabalho
EBSERH -	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI -	Equipamento de Proteção Individual
FAHERG	Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino de Rio Grande
FURG -	Fundação Universidade do Rio Grande
HCPA -	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HU -	Hospital Universitário
MEC -	Ministério da Educação e Cultura
MERCOSUL -	Mercado Comum do Cone Sul
MS -	Ministério da Saúde
NEGE -	Núcleo de Estudos de Gestão em Enfermagem
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPGENF -	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RJU -	Regime Jurídico da União
RSI -	Regulamento Sanitário Internacional
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SPA -	Serviço de Pronto Atendimento
SUS -	Sistema Único de Saúde
SVS -	Secretaria de Vigilância em Saúde
TRS -	Teoria das Representações Social
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC -	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI -	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	22
3	CONSTRUÇÃO DO MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL.....	23
3.1	Das epidemias às emergências de saúde pública: movimentos na história....	23
3.1.1	Olhando a história das epidemias.....	24
3.1.2	Surgimento da epidemiologia e da noção de emergente.....	28
3.1.3	Mudanças de rumo: diretrizes do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI-2005).....	32
3.2	Na evolução dos acontecimentos: preparo do Brasil para resposta às emergências de saúde pública.....	35
3.2.1	Plano de contingência do Brasil para enfrentamento de uma pandemia de influenza.....	37
3.2.2	Rede nacional de alerta e respostas às emergências de saúde pública.....	40
3.2.3	Ambiente hospitalar: fonte de informação e conhecimento.....	44
3.3	Hospitais universitários no tempo das emergências de saúde pública.....	45
3.4	A Teoria das Representações Sociais como referencial sulador do estudo...	47
4	MÉTODO.....	52
4.1	Local do estudo.....	53
4.2	Participantes do estudo.....	55
4.2.1	Caracterização dos participantes do estudo.....	55
4.3	Coleta de dados.....	59
4.3.1	Técnica de associação livre de palavras.....	59
4.3.2	Entrevista semiestruturada.....	60
4.4	Procedimentos de organização e análise de dados.....	61
4.5	Aspectos éticos.....	64
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	66
5.1	Associação livre de palavras.....	66
5.2	Categorias temáticas.....	68
5.2.1	Vulnerabilidade.....	69
5.2.2	Proteção da saúde.....	78
5.2.3	Descaso: zonas nebulosas da esfera pública.....	85
5.2.4	Integralidade.....	92

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
	REFERÊNCIAS.....	108
	APÊNDICE A - Roteiro da entrevista semiestruturada.....	119
	APÊNDICE B - Carta para solicitação de anuência à instituição para realização da pesquisa	120
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	121
	APÊNDICE D – Quadro A.....	122
	APÊNDICE E –. Quadro B.....	124
	ANEXO A – Organograma – HU/FURG.....	125
	ANEXO B – Aprovação do projeto no comitê de ética em pesquisa.....	126
	ANEXO C – Declaração da instituição co-participante.....	127

1 INTRODUÇÃO

Este estudo se insere na área de concentração Políticas e Práticas de Saúde e Enfermagem e na linha de pesquisa Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPGENF/UFRGS. Vincula-se aos eixos temáticos do Núcleo de Estudos de Gestão em Enfermagem – NEGE, em particular a gestão/gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem e organização do trabalho.

Nos últimos vinte anos, as evidências de mudanças importantes no comportamento de novas e antigas doenças infecciosas têm estimulado uma intensa reflexão sobre os fatores envolvidos nesse processo e desafiado os sistemas de saúde. Os sinais dessas mudanças têm sido evidenciados por meio de situações diversas⁽¹⁾, como o aparecimento de novos agentes infecciosos ou de modificação de agentes já existentes, dotando-os de maior virulência e capacidade de gerar epidemias e pandemias. Este cenário vem sendo associado a transformações que o mundo tem experienciado por conta da globalização, com impacto na saúde pública dos países, com reflexos na vida cotidiana das pessoas e na economia mundial⁽²⁾.

Esta globalização que integra os países reflete o aumento da circulação de pessoas e mercadorias, estreita as distâncias e, também, o compartilhamento de agentes de doenças que são endêmicos e inofensivos em determinadas regiões, mas que podem provocar emergências de saúde pública em outros.

Nesse tempo em que a terra mundializou-se⁽³⁾ de tal forma que o globo deixa de ser uma mera figura, torna-se um território no qual todos se encontram relacionados e atrelados, diferenciados e antagônicos. Nasce a surpresa e o medo. A reflexão e a imaginação não só caminham de par em par como multiplicam as representações, imagens e figuras destinadas a dar conta do que está acontecendo, das realidades não familiares, dos eventos inesperados das situações de **emergências de saúde pública**. Sinalizo, então, o tema que me propus a estudar.

Salientar que essas emergências não estão circunscritas somente a agentes infecciosos é importante. Elas englobam, também, fatores de risco com potencial de propagação de doenças, como desastres ambientais, ameaças químicas ou radionucleares, sejam essas acidentais ou intencionais⁽⁴⁾. Porém, neste estudo a abordagem às emergências de saúde pública se deu pelo viés da experiência vivida com a pandemia de Influenza A (H1N1) de 2009, num hospital universitário. Assim, sem me deter nas situações de pandemias de influenza, busquei, a partir desta experiência, apreender as representações sociais sobre as

emergências de saúde pública provocadas por doenças infecciosas que ocupam cerca de 95% dos alertas presentes no Regulamento Sanitário Internacional⁽⁵⁾.

Destaco que o interesse em desenvolver estudos sobre emergências de saúde pública foi se consolidando ao longo de minha caminhada profissional como enfermeira na saúde pública, tendo início quando ainda estava na condição de discente. No meu último semestre da graduação, em 1996, no estágio teórico-prático complementar desenvolvido no serviço de vigilância sanitária do porto de Rio Grande, no Rio Grande do Sul (RS), comecei a despertar para questões pertinentes a este tema.

Naquela época pude experienciar a ameaça provocada pelo vírus ebola. Havia um pânico geral, não só da população diante do desconhecido e do medo provocado pelas manchetes da mídia, mas também dos trabalhadores da vigilância responsáveis pela segurança sanitária do Porto de Rio Grande⁽⁶⁻⁷⁾. Isto porque a cidade recebia várias embarcações procedentes de áreas de risco para a doença, deixando a vigilância em estado de alerta máximo para a detecção de possíveis casos suspeitos a bordo e encaminhamentos aos serviços de saúde.

As informações de como manejar esses casos suspeitos eram escassas e, ainda, precisavam ser adaptadas à situação local, o que parecia causar mais insegurança entre aqueles profissionais⁽⁶⁾. As reflexões da década de 1990, embora incipientes, já davam uma noção sobre a importância da problemática para a saúde pública e para a necessidade de se pensar a organização dos serviços para lidarem com essas situações inusitadas. Entre 1997 e início de 1999, do lugar de docente substituta na Fundação Universidade do Rio Grande (FURG), continuei desenvolvendo essa temática pelo viés da vigilância com os alunos da graduação de Enfermagem na disciplina de saúde pública e, também, à época, na disciplina de estudo das moléstias contagiosas. Havia preocupação em integrar o ensino e a pesquisa com as situações de saúde que eram globais, porém, também locais. É importante mencionar que os alunos, na maioria, só visualizavam o Porto de Rio Grande até seu muro, limite que os impedia de percebê-lo como porta de entrada e saída da cidade, em comunicação com o mundo e vincular essa condição com as questões de saúde.

Um interesse crescente nessa área do conhecimento foi se consolidando e a preocupação e envolvimento com o tema tornou-se gradativo na vida da profissional, culminando na contratação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999. Na Agência, ocupei lugares que me propiciaram ampliar o olhar e entendimento sobre essa problemática.

Em 2003, a Organização Mundial de Saúde (OMS) alertava os países sobre o risco de uma pandemia por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) ou Pneumonia Asiática como era chamada no Brasil. Nesse ano, ocupava o cargo de responsável técnica da Sala de Orientação e Controle Sanitária de Viajantes da ANVISA situada no Aeroporto Internacional Salgado Filho, em Porto Alegre/RS. Nessa condição, protagonizei a organização e implantação desse serviço junto à Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados, unidade gestora da ANVISA no Rio Grande do Sul. A criação dessa sala foi importante para as ações de promoção e proteção à saúde de pessoas em trânsito nacional e internacional, passando a ser referência no Estado como espaço de atenção à saúde do viajante. Estes recebiam orientações sobre comportamentos que minimizassem a exposição a situações de risco à saúde, tomando por base o roteiro da viagem, seguindo-se às recomendações da OMS⁽⁸⁾. Além disso, eram oferecidas vacinas do calendário de vacinação do Programa Nacional de Imunizações, sendo avaliado caso a caso visto não haver um calendário específico para vacinação do viajante, situação que se mantém.

A formação em enfermagem, pelo preparo que o curso oferece para a atuação como gestor de serviços e equipes, subsidiou a organização das estratégias gerenciais diante de cada situação nova. As demandas eram tantas que requeriam um trabalho e vigilância contínuos nas 24 horas do dia. Ao acompanhar os movimentos das ameaças do cenário epidemiológico, era preciso colocar em prática às orientações da OMS e conciliar a organização interna entre os serviços de saúde para atender imediatamente o primeiro caso. Felizmente ele não chegou. Permaneceu uma expectativa.

Depois da SARS, foi a vez do vírus Marburg no final de 2004, início de 2005. Um pouco anterior a isso, quase que imediatamente à trégua da SARS a OMS dá os primeiros alertas de uma possível pandemia de influenza humana que poderia ser disparada pelo vírus A (H5N1), a gripe do frango ou aviária. Essa gripe representava uma possibilidade de risco à saúde e a sobrevivência da população mundial⁽⁹⁾.

A ameaça de uma pandemia, com suas repercussões sociais, econômicas e de ordem pública, impulsionava os países a entrarem em alerta e a desenvolverem planos de preparação que orientasse aos profissionais da área como deveriam atuar diante de uma situação de emergência de saúde pública. Mais um movimento se faz. Em 2005, após reorganizações na diretoria da ANVISA, retornei para a sede central, em Brasília/DF, onde havia trabalhado entre os anos de 1999 e 2001. Nesse ano de 2005, a agenda de saúde do governo brasileiro estava voltada, principalmente, para dar conta desse cenário epidemiológico que exigia respostas técnicas, políticas e administrativas. Começa a ser elaborado o plano de

contingência do Brasil para enfrentamento de uma pandemia de influenza. Do lugar de Gerente de Orientação e Controle Sanitário de Viajantes da ANVISA, representei a Agência nos comitês técnicos e grupos de trabalho instituídos pelo Ministério da Saúde e Presidência da República para a estruturação do referido plano e das propostas de medidas emergenciais necessárias para sua implementação.

Na relação com os demais gestores de diversos ministérios e áreas afins, percebia um mal-estar gerado pela dificuldade de controlar aquele fenômeno social. Parecia haver “uma guerra”, não somente pela iminência de uma situação emergencial, mas pela luta declarada por fazer valer o melhor saber desta ou daquela área.

A possibilidade de uma pandemia de influenza ganhou vida na imagem do medo e da insegurança, mas também concretizava um cenário favorável para a disputa de espaços políticos. Percebia algo velado que intermediava as relações entre os envolvidos. Um jogo de forças que ao invés de ser cooperativo levava as pessoas à exaustão. Estas pareciam se movimentar como máquinas que deveriam dar respostas esperadas pela sociedade e atender as orientações internacionais. Mas, além da exigência externa ao grupo pela excelência na elaboração de estratégias para detecção do problema e respostas eficientes, cabe mencionar a tensão experimentada pelos profissionais, onde me incluo, devido ao pouco conhecimento para lidar com aquele objeto novo.

A todo o momento era preciso buscar na história elementos que pudessem dar maior familiaridade com a temática. Memórias da pandemia de 1918, a gripe espanhola, foram exploradas diante da ameaça da gripe do frango-Influenza A (H5N1), misturando o passado, o presente e perspectivas futuras.

A visão do todo, favorecida pelos fóruns que integrava, fornecia importantes subsídios para observações e tomadas de consciência de questões que aumentavam as preocupações. Ainda percebia pouca sensibilização dos gestores e profissionais de saúde para a importância e dimensão do problema para a saúde pública. Da mesma forma, visualizava mecanismos deficientes para o repasse de informações do Ministério da Saúde para as Secretarias Estaduais de Saúde.

Esta situação e a discreta atuação dessas Secretarias na articulação e assessoria junto aos municípios acenam alguns dos problemas relevantes da fragilidade na gestão integrada das relações de trabalho no SUS. Além disso, as questões do processo de trabalho, educação e formação de gestores nessa área também se constituem num desafio de extrema relevância para a organização dos serviços de saúde e reestruturação de estratégias de gestão.

No turbilhão dos acontecimentos e sentimentos contraditórios sobre como gerenciar essa situação caso chegássemos a vivenciar casos reais de uma emergência, fiz mais um movimento e me coloquei diante do desafio de aprofundar meus estudos em torno de questões ligadas à área temática das emergências de saúde pública. No início de 2009, dando continuidade na formação *strictu sensu*, ingressei no doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF-UFRGS). Como bolsista Reuni^a, desenvolvendo atividades de docência com acadêmicos da graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), vivenciei no ano de 2009 a primeira experiência que materializou todas as expectativas anteriores anunciadas pela SARS, vírus Marburg, gripe do frango e outras - a emergência provocada pela pandemia de influenza A (H1N1).

A centralização do problema nesse hospital universitário, referência no Estado do Rio Grande do Sul na assistência de alta complexidade à saúde, formação de recursos humanos e no desenvolvimento de pesquisas⁽¹⁰⁾, sustenta a importância deste estudo no espaço de um hospital universitário. Embora, não integrasse a lista⁽¹¹⁾ oficial do Ministério da Saúde para situações de emergência, naquele momento-tempo, o HCPA ganhou destaque pelas estratégias adotadas, por seus gestores, para suprir às necessidades de atendimento em meio à pandemia A (H1N1).

As experiências vividas em diferentes lugares e as observações/contradições que foram permeando minha caminhada profissional, bem como o aporte de conhecimentos sistematizados no Mestrado⁽⁷⁾ quanto às possibilidades de investigação sobre gestão e organização do trabalho a partir dos pressupostos da Teoria das Representações Sociais (TRS), agora se revertem em lentes e focalizam meu olhar.

Essas lentes da TRS direcionam o trabalho para a busca de entendimento sobre a complexidade histórico-sócio-cultural com que vem se construindo as práticas em saúde e enfermagem e suas representações nos serviços de saúde para darem conta das situações de emergência. Essa perspectiva atrela-se ainda à constatação da posição estratégica dos hospitais universitários para esse estudo, por se constituírem em núcleos integradores da rede de cuidado no SUS e, por sua natureza, como meio de formação profissional e de articulação da gestão dos processos e organização do trabalho.

^a Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Unidades Federais – (Bolsa Reuni). Esse Programa proporciona a integração entre a pós-graduação e o ensino da graduação. Assim como propõe a formação do bolsista para a docência, oportunizando experiência da prática docente como parte integrante do processo de ensino-aprendizagem e de investigação científica, propiciando conhecimentos que possam contribuir para o seu crescimento na pós-graduação.

Ao consultar a literatura foi possível perceber que a maioria das pesquisas sobre esta temática - emergências de saúde pública - circunscrevem suas abordagens a aspectos epidemiológicos de doenças infecciosas emergentes e reemergentes. Muitos dirigem a atenção para o monitoramento do cenário epidemiológico mundial e nacional para a adoção de medidas de controle e prevenção, conforme será comentado no próximo capítulo. Entretanto, não localizei estudos que busquem averiguar a partir de um serviço de saúde que também agrega a função de centro de formação profissional, os saberes^b sobre emergências de saúde pública construídos na contemporaneidade. Paralelamente a essa lacuna, reporto a preocupação do Ministério da Saúde⁽²⁾ em formar/capacitar trabalhadores da saúde para detectar, investigar e responder a essas emergências. Da mesma forma, o Ministério ocupa-se em pensar estratégias para organizar os serviços de saúde, desde o nível local, para acompanhar as mudanças nas dinâmicas de transmissão e propagação de agentes e doenças⁽²⁾. Cabe a sinalização de que esta temática merece um aprofundamento sobre a forma como vem sendo percebida pelo imaginário social a fim de subsidiar encaminhamentos gerenciais futuros⁽¹²⁾.

Apoiando-se nas contribuições de Moscovici^(13:210) para compreender as representações sociais, assume-se que elas funcionam como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos, seu meio psíquico e social, e vai determinar seus comportamentos ou suas práticas. Segundo o autor, do ponto de vista dinâmico as representações “se apresentam como uma rede de ideias, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente e, por isso, mais móveis e fluídas que as teorias que se ordenam ao redor de um tema”. Com esse entendimento, cabe a proposição da possibilidade de que distintas organizações de enfrentamento e ações em saúde e na enfermagem podem refletir-se em mudanças no comportamento e percepção das formas de gerenciar as situações de emergência por doenças infecciosas entre trabalhadores que atuam no espaço específico de um hospital universitário. Nessa perspectiva, sinalizo como meu **objeto de estudo** as Representações sociais das emergências de saúde pública entre gestores em um Hospital Universitário que experienciaram a Pandemia de Influenza A (H1N1).

Seguindo esse compasso apresento como **questão de pesquisa**: Quais as representações sociais de emergências de saúde pública se expressam na contemporaneidade

^b Neste estudo, adota-se a perspectiva moscovicianiana de que “toda representação social é uma forma de saber que se refere à experiência a partir da qual esse saber é produzido, aos contextos e condições em que ele o é e, [...] que todo estudo de representação passará por uma análise das características ligadas ao fato de que ela é uma forma de conhecimento”^(13:28). Assim, na construção do estudo, ora se pode recorrer ao termo saberes, ora ao termo conhecimento de forma equivalente.

na perspectiva de gestores em um hospital universitário, que experienciaram a Pandemia de Influenza A (H1N1) em 2009?

Enquanto **justificativa e relevância**, entendo que ao centrar esta pesquisa na inserção social das emergências de saúde pública, possa vir a contribuir para a produção de conhecimento para a saúde e enfermagem. Considero sua importância para a reflexão sobre os processos de educação e formação de gestores para atuarem nessa problemática, pois os hospitais universitários se mostram como fóruns privilegiados para este debate ao integrar assistência, ensino, extensão e pesquisa. Também, entendo que os resultados possam se converter em subsídios para a reestruturação das estratégias de gestão, detecção e resposta às emergências atuais e futuras, com repercussões para a enfermagem por sua expressiva atuação gerencial nos espaços hospitalares.

Seguindo a proposta teórico-metodológica da pesquisa, considero que as representações sociais na relação com o contexto global/local, na perspectiva dos universos reificado e consensual, no espaço e no tempo dos hospitais universitários, ocupam lugar central no processo de organização de estratégias gerenciais, dando sustentação aos gestores frente às incertezas provocadas pelas emergências de saúde pública. Com esse embasamento, anuncia-se a tese:

Tese principal

O desafio imposto pelas situações de emergência de saúde pública ao exigir uma resposta rápida diante de um fenômeno desconhecido, impulsiona uma reordenação nas práticas gerenciais em tempo real, tensionando a segurança que transita atrelada à ideia de espaço de construção de conhecimento científico nos HU's, contribuindo para que se instale uma contradição entre a imagem social de excelência desses hospitais e a realidade vivida no dia-a-dia do trabalho. Os gestores são impelidos a participarem desse desafio intervindo no movimento e no tempo, interagindo na velocidade das exigências mundiais.

Teses Secundárias

- No cotidiano dos hospitais universitários, os gestores por meio das relações que estabelecem com este espaço específico e com o contexto local com o qual se vinculam, em situação de emergência de saúde pública, constroem elos cooperativos

que acenam a possibilidade de adoção de práticas gerenciais pautadas na noção de integralidade, aproximando os serviços de saúde.

- As representações sociais de emergências de saúde pública atestam a permanência da herança de organização sanitária centrada na dicotomia entre assistência médica e saúde pública, sendo o controle o eixo unificador dessas duas práticas, orientado em seu princípio pela noção epidemiológica de conhecer o evento para depois controlá-lo, assumindo um caráter imperativo de uma medida de salvaguarda imediata.

- Os tensionamentos inerentes da articulação entre as políticas de saúde e as políticas institucionais, que tem em seu núcleo duas políticas de Estado: educação e saúde, influenciam os processos representacionais que orientam as estratégias de gestão para responder às emergências de saúde pública.

2 OBJETIVOS

O **objetivo geral** consiste em compreender as representações sociais de emergências de saúde pública entre gestores de um Hospital Universitário que experienciaram a Pandemia de Influenza A (H1N1), considerando sua construção cotidiana na perspectiva de universos - reificado e consensual - expressa em mecanismos de objetivação e ancoragem.

A partir deste eixo, desdobram-se os **objetivos específicos**:

- Identificar as representações sociais e analisar como os gestores de um hospital universitário recebem, absorvem e respondem às demandas advindas de uma emergência de saúde pública, sem perder de vista o processo representacional ocupando lugar central na construção de saberes/conhecimentos no cotidiano do trabalho.

- Apreender o significado atribuído a um hospital universitário, na organização de estratégias de gestão para as emergências de saúde pública como centros de formação, pesquisa e extensão e integrantes no SUS, em articulação com o contexto local e global com o qual se relacionam, enquanto representações sociais.

3 CONSTRUÇÃO DO MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

O processo histórico constituiu-se de avanços e recuos, mudanças de rumos, idas e vindas. Na perspectiva moscoviciana das representações sociais, torna-se necessário considerar que estas são historicamente construídas. Vinculam-se ao contexto em que os indivíduos estão inseridos, aos diferentes grupos socioeconômicos, culturais e étnicos que as expressam como práticas sociais. Fazem parte dos movimentos que associam homens e mulheres dia após dia. São os humores que irrigam o corpo social, de onde se origina e é tecida uma inquietante mobilidade da história⁽¹⁴⁾. Os eventos de hoje possuem relações com os acontecimentos de ontem. As rupturas históricas não surgem da noite para o dia, mas sim através de um movimento de ir e vir⁽¹³⁾. Com este entendimento, chama-se atenção para o fato de que a convivência dos seres humanos com as situações de emergência provocadas por doenças epidêmicas é algo que o acompanha desde a antiguidade.

Entretanto, a ênfase relativa sobre cada uma dessas emergências variou no tempo e, portanto, não pode ficar restrita a uma análise linear, descritiva e localizada. Para ampliar a compreensão do fenômeno, na trama do contexto em que se insere, é preciso lançar um olhar às relações históricas, culturais, econômicas e políticas que foram se estabelecendo ao longo dos tempos. Nessa e dessa inter-relação é que se constituíram as práticas de saúde e enfermagem como as conhecemos hoje, informando alguns indícios de como este problema é tratado pelos gestores de saúde na atualidade.

3.1 Das epidemias às emergências de Saúde Pública: movimentos na história

As epidemias foram quase sempre uma constante na vida dos povos, cujo traço mais distintivo parece ser a ambivalência: manifestação coletiva e ao mesmo tempo singular. Coletiva, enquanto evento que atinge grupos de indivíduos, alterando seu modo de vida, e singular, na medida em que é uma ocorrência única na unidade de tempo e espaço em que se manifesta⁽¹⁵⁾. Relatos da literatura ocidental⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ apresentam uma história dramática. Uma história do sofrimento que através dos tempos tem revelado, em cada época, uma doença emblemática, unindo o horror dos sintomas ao pavor de um sentimento de culpabilidade individual e coletiva⁽¹⁷⁾. Em situações epidêmicas os indivíduos elaboram novos conhecimentos, saberes e práticas, mediados por representações sociais como forma de sobrepujar o mal. Durante muito tempo, as epidemias causadas por doenças com mortalidade elevada que acometiam muitas pessoas ao mesmo tempo, foram associadas à ideia de castigo

e punição⁽¹⁸⁾, assumiam materialidade na expressão corrente - as pestes. Essa associação das doenças a um castigo de Deus ou poder do demônio, reunia às atribuições dos sacerdotes e feiticeiras a função de médicos e enfermeiros^(15,19).

3.1.1 Olhando a história das epidemias

É interessante observar que o período medieval, com mil anos de duração, não apenas começou e terminou em Constantinopla como teve seu início e seu fim marcados pela eclosão da peste. Ocorrida entre os anos de 542 e 543, a chamada peste Justiniano que se espalhou a partir de Bizâncio, dizimou um quarto da população da Europa. Naquela terra devastada teve início a Idade Média. Com a queda de Roma, a sede do império foi transferida para Bizâncio que a partir de então passou a ser chamada de Constantinopla e, depois de 1453, de Istambul. A peste de Justiniano era a lepra. Conhecida por hebreus, gregos e romanos desde a Antiguidade, a lepra, apesar de endêmica entre os pobres, era relativamente incomum. Foi a partir dos séculos VI e VII que a doença começou a se tornar epidêmica na Europa. Aqui, cabe a menção de que os conceitos de endemia e epidemia foram descritos por Hipócrates, 480 a.C e, até hoje se mantêm atuais. Assim, foram descritas como endêmicas certas doenças com presença contínua na população e como epidêmicas a frequência de doenças, nem sempre presentes, que por vezes aumentavam em demasia.

Nas apinhadas cidades medievais, invariavelmente cercadas por uma muralha, a lepra – bem como as doenças que a ela se seguiram, em especial a terrível “peste negra” ou “morte negra”, pandemia da peste bubônica do século XIV – encontraram campo fértil para se disseminar. A peste ganhava vida como acontecimento trágico, permeado de imagens de terror, conflitos, mortes e desagregação⁽²⁰⁾. Desconhecimento das causas do mal, impotência da medicina, súplicas, preces, desânimo e, sobretudo, medo do contágio.

A percepção da epidemia associada ao contágio levava as pessoas ao desregramento das condutas, dissolução das estruturas de autoridade e rompimento das regras básicas de convivência, isolamento e solidão. Na Idade Média, a igreja tinha o papel de ser reguladora dos saberes de saúde e higiene. A utilização da água encanada, latrinas apropriadas, etc., restringiam-se aos claustros e à igreja e não eram ensinadas aos “leigos”, permanecendo por muito tempo o descaso sanitário em relação à limpeza das ruas, ao saneamento e ao cuidado com os alimentos⁽²¹⁾.

Também, menciona-se que “a ideia da necessidade de assistência social, em casos de moléstia, ou outro infortúnio, se desenvolveu muito durante o período medieval, tanto no

Oriente, islâmico, quanto no Ocidente, cristão”^(15:67). Nesta perspectiva, foram criados hospitais, vistos como uma das grandes façanhas, em saúde pública, da Idade Média, em que motivos religiosos e sociais tiveram muita importância. Esses hospitais monásticos tinham pouco em comum com as modernas instituições de mesmo nome, e muitas vezes não passavam de pequenas casas em que se oferecia alguma espécie de assistência de enfermagem⁽¹⁵⁾. Essa época corresponde ao aparecimento da enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos e abrange o período medieval compreendido entre os séculos V e XIII. Foi um período que deixou como memória uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos se concretizando enquanto imagens vinculadas à enfermagem⁽¹⁹⁾. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos que dão à enfermagem, não uma conotação de prática profissional no campo da saúde, mas de sacerdócio. A partir do século XIII, a administração dos hospitais passou a ser responsabilidade das autoridades municipais, mas não houve substituição completa do clero. Então, monges e freiras continuaram a ser representativos enquanto equipe de enfermagem.

A partir da baixa idade média, passou a haver uma maior preocupação com problemas sanitários por parte da comunidade, dando lugar a medidas para ordenar um “modo de vida higiênico”. Tal prática desencadeou o surgimento de um grande número de regulamentos e penalidades que se tornaram base para um *código sanitário*. A ideia de contágio^a sinalizou enfaticamente as bases para o isolamento dos doentes. Com as práticas de isolamento, difundidas em toda a Europa, iniciava-se a vigilância epidemiológica e o controle sanitário dos portos. A peste chega a Florença em 1348 e logo se estabeleceu a crença – aliás, correta⁽¹⁶⁾ – de que a peste havia sido introduzida na Europa justo por meio de passageiros e/ou mercadorias trazidas do Oriente pelos navios. Veneza era o porto mais importante para a chegada dessas mercadorias.

Essa situação impulsionou as autoridades venezianas a estabelecer medidas para tentar barrar a entrada da peste na cidade. Foi assim que se desenvolveu o sistema de quarentena com a determinação de que fossem inspecionadas embarcações e suas cargas, especialmente quando infectadas ou suspeitas, retendo-se os viajantes pelo período exato de 40 dias, expostos ao sol e ar livre. Não se pode deixar de salientar que essas medidas de vigilância tinham por objetivo estreitar as relações de comércio entre os países, dando garantias

^a No início da Idade Média, quando a lepra passou a ser um importante problema de saúde pública, a igreja assumiu o processo de isolamento de pessoas, vítimas de doenças contagiosas, visto que os médicos não tinham muito mais a oferecer. O conceito de contágio vinha do Velho Testamento e, assim, vinculado à impureza espiritual, deviam-se isolar essas pessoas do resto da comunidade até elas se submeterem a ritos de purificação específicos. A experiência obtida com o isolamento dos leprosos ou “Mortos Vivos”, influenciou as medidas posteriormente adotadas contra a peste ou “Morte Negra”⁽¹⁵⁾.

internacionais para as cargas e a tripulação. Apesar de os venezianos suspeitarem, com razão, que a peste tivesse chegado à cidade a partir de Constantinopla e de que fossem especialmente rígidos na inspeção e na imposição da quarentena aos navios vindos de lá, nem por isso interromperam suas negociações com o riquíssimo entreposto no qual obtinham especiarias que haviam feito sua glória e fortuna. No Brasil, as práticas de quarentena se iniciaram somente em 1808. Isto porque, com a chegada da família real e a nova inserção nas transformações de ordem capitalista mundial, o País passou a fazer parte das rotas comerciais inglesas e de outras “nações amigas”⁽²¹⁾. Com isso, houve uma ampliação no fluxo de embarcações e na circulação de passageiros e mercadorias, aumentando o risco de introdução de doenças epidêmicas.

A razão para que a detenção durasse 40 dias baseou-se na crença, generalizada no século XIV, de ser o quadragésimo dia o da separação das formas agudas e crônicas das doenças⁽¹⁶⁾. Mas, não se pode desconsiderar o significado especial que a Bíblia atribuía ao número 40 – período pelo qual se prolongara o dilúvio e também o jejum de Cristo. Cabe ressaltar, porém, que, conforme a alquimia, certas transmutações só ocorriam após o quadragésimo dia⁽¹⁵⁾. Mas as causas reais da “morte negra” permaneciam desconhecidas. Apenas em 1894 o médico suíço Alexander Yersin descobriu que a enfermidade era causada pela bactéria *Yersinia pestis*, transmitida pelas pulgas dos ratos. A teoria em voga durante a Idade Média era a de que a peste, bem como várias outras doenças, se transmitia pelas corrupções do ar, decomposição de matérias orgânicas e águas estagnadas e pútridas e contaminava os humanos pelos poros do corpo, teoria miasmática. O conhecimento daquela época era mediado pela ideia de que todo o ar estivesse tomado e infectado pelo odor nauseabundo dos corpos mortos, das doenças e dos remédios⁽²⁰⁾. Era preciso evitar a proximidade e o contato, mas também neutralizar com perfumes e proteger com máscaras os odores viciados que corrompiam o ar.

A experiência da peste há mil anos revela-se tão atual que impressiona os comportamentos serem daquela época quando comparados aos comportamentos das pessoas no século XXI diante da pandemia de influenza A (H1N1). Mesmo com todo avanço tecnológico, ainda foi possível perceber o medo do contágio que parecia ser possível acontecer pelo simples fato de se estar respirando. Máscaras, luvas, álcool gel “perfumado” eram utilizados como proteção, mesmo em situações que não ofereciam risco, pois diferente do século XIV na pandemia do século XXI se conhecia o agente e as formas de contágio. Até a máscara recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para proteção, como a N 95, ao serem nominadas de “bico de pato”, nos remete àquele século em que os “profissionais

da saúde utilizavam máscaras de bico longo e incisivo para se protegerem contra a peste, sendo atrelados à imagem de aves de rapina^{»(16:38)}.

Também, chama atenção, que em pleno século XXI as práticas de isolamento e quarentena apareçam como propostas de lei sanitária na agenda da saúde do governo brasileiro. Em 2006, durante a 6ª Mostra Nacional de Experiências bem Sucedidas em Epidemiologia, esta proposta foi tema da oficina na forma de um anteprojeto de lei elaborado pela Secretaria de Vigilância em Saúde com vistas à formalização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Este anteprojeto propunha estabelecer instrumentos e medidas de prevenção e controle de doenças e de riscos e agravos à saúde no Brasil e, em seu *caput* instituiu infrações e crimes sanitários, dispondo sobre processo administrativo para apuração de infrações sanitárias. Embora tenha sido rechaçada pela maioria dos participantes presentes naquela oficina, surgiu uma nova proposta de anteprojeto lei, em 2007. Entretanto, o foco saiu de um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, ficando restrito às emergências de saúde pública no Brasil, mantendo a instituição de infrações e crimes sanitários. A divulgação dessa última proposta causou um imenso mal-estar e acirrou o debate envolvendo associações e instituições acadêmicas que na sua maioria se contrapuseram a este novo texto que propunha medidas restritivas e coercitivas num formato de lei sanitária⁽¹⁾.

Desde a Antiguidade a solução para os problemas de saúde cabia à administração das cidades, o que indica que as práticas de proteção à saúde eram função do poder público. Desde então, leis e normas disciplinavam a vida em sociedade, a despeito do desconhecimento do modo como os agentes causadores se relacionavam com as doenças. As transformações de ordem econômica, a partir do século XVI, levaram ao surgimento de uma nova classe social, a burguesia, e a conformação de uma nova forma de riqueza, a mercantil^b. Nesse período se formou o Estado Moderno, e surgiram os conceitos de Estado, Governo, Nação e Povo.

Com o surgimento do Estado Moderno e do capitalismo, desenvolveram-se as primeiras formas de intervenção do Estado na saúde como a Medicina de Estado na Alemanha, a Medicina Urbana na França e a Medicina da Força de Trabalho na Inglaterra. Na vigência do mercantilismo, todas as nações européias demonstravam preocupação com o estado de saúde das suas populações, pois a doutrina mercantilista concebia o trabalho como elemento principal da geração de riquezas. Desta forma, via a população como o recurso mais importante do Estado.

^b Baseada no comércio de mercadorias e do dinheiro.

Retoma-se a teoria miasmática, acompanhando-se o desenvolvimento das concepções sobre epidemias. No século XVII esta teoria foi reelaborada passando a explicar o aparecimento das epidemias pelo conceito de constituição epidêmica⁽²²⁻²³⁾. Ou seja, este conceito defendia que as epidemias originavam-se de misteriosas e inexplicáveis alterações nas entranhas da terra. Através de seus eflúvios, a atmosfera e os organismos humanos predispostos se contaminavam. Nessa perspectiva, as doenças epidêmicas eram entendidas pela medicina das espécies como entidades qualitativamente diferentes daquelas doenças não epidêmicas. A vinculação natureza/enfermidade parecia clara, pois, era um certo estado da atmosfera a causa de tais enfermidades. A ideia de miasma e de seu mecanismo de ação sobre o corpo humano era suficientemente lógica para ser aceita. A concepção de epidemia elaborada pela medicina das espécies no século XVIII entendia que a noção de constituição não se confundia com a de epidemia, pois não era qualquer constituição que poderia ser considerada epidemia. Essa era uma constituição de tessitura mais compacta de fenômenos constantes e mais homogêneos. No século XVIII, era mais do que uma forma particular da doença, era um modo autônomo, coerente e suficiente de ver a doença. Neste sentido, não havia diferença de natureza ou espécie entre uma doença individual e um fenômeno epidêmico. Bastava que uma doença se reproduzisse algumas vezes para que fosse considerada uma epidemia. Por conseguinte, o caráter essencial de epidemia não residia nessa ou naquela doença, uma vez que o seu suporte seria dado por um conjunto de circunstâncias presentes em um lugar, em certo tempo, noção de constituição⁽²²⁾.

Paralelamente, surge a noção de polícia, derivada da palavra grega *politeia*, e a correspondente polícia médica cuja ideia era a criação de uma política médica pelos governos. O conceito de polícia médica, idealizado por Johann Peter Frank (1745-1821), expandiu-se pela Europa, servindo de base tanto para propostas de intervenção sobre problemas do meio como guia para funcionários públicos encarregados de regular a atividade humana.

3.1.2 Surgimento da epidemiologia e da noção de emergente

No início do século XIX, com a nova configuração político-econômica de Estado Liberal, o conceito de polícia médica começou a ficar ultrapassado. Mesmo assim, este deixou a herança da noção de sistematização das atividades administrativas e de fiscalização do cumprimento de normas sanitárias. No plano das doenças epidêmicas, com a emergência de uma medicina social, se desenvolve e se consolida uma concepção que associa condições político-sócio-econômicas e saúde. Até meados do século XIX, a teoria da constituição

dominou, porém iniciava-se um deslocamento da concepção dinâmica de doença para a concepção ontológica localizante dos princípios que causam as enfermidades. O discurso médico a respeito da propagação das epidemias vai deixando de lado os imprecisos sentidos do olfato (miasmas) e tato (contágio) para afirmar-se no sentido da visão (transmissão).

A partir do final do século XIX, a epidemiologia deu um salto para tratar as questões de saúde no plano coletivo^(18,21). Isto implicou no surgimento da discussão do conceito de risco, um dos conceitos fundamentais no campo da saúde coletiva, uma vez que a saúde pública necessita de fundamentação estatística comprovada para demonstrar o que pode vir a constituir dano ou risco à saúde da coletividade. O termo risco é usado em várias acepções da linguagem comum e em aproximações ao conceito epidemiológico de risco. Embora imprecisos, os diversos sentidos que o termo exprime, se reportam à possibilidade de ocorrência de evento danoso à saúde⁽²¹⁾.

No movimento da história, nesse tempo da segunda metade do século XIX, a enfermagem profissional moderna teve início na Inglaterra, com Florence Nightingale. Assim começou a se apropriar de parte dos conhecimentos e da prática de saúde e a se institucionalizar como profissão num período de mudança da estrutura pré-capitalista para o capitalismo. Ou seja, com maior intervenção do estado nas questões de saúde e na organização das instituições assistenciais que passavam a seguir o modelo de estruturas empresariais. Nesse movimento, a Escola Nightingale surgiu junto ao hospital St. Thomas, localizado em Londres e Florence foi a grande articuladora da criação de uma escola de enfermagem voltada para preparar profissionais para uma prática social dentro de novos padrões pedagógicos^{c(24)}.

A construção científica da enfermagem e sua normatização foi fortemente influenciada pela prática social da medicina, já consagrada historicamente. Quando a enfermagem se estabelece como profissão, a medicina já se constituía num campo profissional milenarmente determinado⁽²⁵⁻²⁶⁾. A adoção da doença como elemento nuclear necessário para a construção quantitativa do conceito de risco torna a epidemiologia, num certo sentido, dependente do campo biomédico, na medida em que será neste campo que a noção de doença foi sendo

^c Esta proposta pedagógica consistia em formar mulheres, as *nurses*, para o exercício de atividades de conteúdo menos complexo de enfermagem hospitalar e domiciliar e, mulheres que exerciam atividades que exigiam uma qualificação mais complexa de administração, supervisão e ensino, as *ladies-nurses*⁽²⁴⁻²⁶⁾. As *ladies-nurses* eram provenientes da burguesia inglesa, e as *nurses* eram oriundas do proletariado. Esta divisão social do trabalho, estruturada na organização da sociedade capitalista, favoreceu, desde já, a exploração dos trabalhadores que realizavam tarefas menos valorizadas socialmente. Nesse caminho, atendendo as exigências do modo de produção capitalista⁽²⁴⁾, a Escola Nightingale estava perfeitamente conectada ao mercado.

construída. Com esse entendimento, as práticas e as políticas de saúde foram sendo organizadas, deslocando-se do campo da saúde pública para o campo biomédico.

Cabe salientar que Nightingale, defendia uma prática de saúde capaz de prover ambiente propício para que a natureza pudesse agir, fortalecendo o poder vital das pessoas, assim como, buscou demonstrar os efeitos dos ambientes de cuidado na promoção da saúde das pessoas⁽²⁵⁾. A constituição da enfermagem estruturada como prática social específica foi estimulada, também, pelas mudanças científicas e tecnológicas realizadas no campo da medicina por ocasião da segunda revolução industrial. Houve um sensível desenvolvimento das metodologias terapêuticas, culminando em notáveis modificações na constituição das organizações hospitalares. A assistência de saúde passou a ser produzida por meio de um trabalho coletivo, pautado na divisão técnica do trabalho, realizado quase que totalmente nos ambientes hospitalares⁽²⁶⁻²⁷⁾.

A origem da enfermagem profissional no Brasil data de 1922, ano em que foi criada a Escola de Enfermeiras do Departamento de Saúde Pública, denominada hoje como Escola de Enfermagem Ana Nery. Era um período de grande ebulição política, econômica, cultural e social. O país experimentava mudanças institucionais, com a proclamação da república. Também, eclodia a primeira guerra mundial, conflito de forças pela disputa da hegemonia econômica e política no mundo, período em que o país viveu uma expressiva aceleração no processo industrial, acompanhada de uma rápida urbanização, impulsionada também pelo movimento migratório. Tudo isso trouxe sérias consequências para o campo da saúde e para a enfermagem⁽²⁴⁾.

Nesse contexto, as condições humanas miseráveis em que vivia a maioria da população brasileira constituíram o cenário ideal para a proliferação de doenças infecciosas. A esse quadro de saúde, acrescia-se as epidemias que reforçavam as justificativas para a tomada de decisões governamentais no sentido de investimentos em saúde⁽²⁸⁾. Assim, a saúde pública passa a ser uma das preocupações do governo no sentido de minimizar a repercussão que essa situação vinha alcançando no exterior e, também, para dar conta do movimento que preconizava a universalização da saúde e da educação. A enfermagem profissional brasileira, embora originada num projeto sanitarista, consagra-se na assistência hospitalar, a partir do paradigma Nightingale. Isto reforça as considerações de que provavelmente, não tenha sido a saúde pública, a intenção da criação da Escola Ana Nery e sim, a necessidade de qualificar profissionais para atender a classe média emergente⁽²⁸⁾.

O século XX foi marcado por importantes avanços no campo de prevenção e controle de doenças transmissíveis a partir da consolidação das ações de vigilância. Entretanto, nesse

século o mundo experimentou três importantes pandemias de influenza A, com destaque para a gripe espanhola (1918-20) que causou 20-40 milhões de mortes no mundo todo, correspondendo a 1,5% da população mundial. As pandemias são epidemias com progressão rápida que acometem regiões inteiras, continentes ou com disseminação global⁽²⁹⁾.

Embora as situações de emergência de saúde pública causadas por agentes infecciosos sejam registradas no campo da saúde pública há séculos⁽³⁰⁾, ainda causam ameaças e inseguranças pela mudança no padrão das doenças infecciosas e na dinâmica de transmissão de seus agentes. Nas últimas duas décadas, tem sido crescentes os registros de epidemias por doenças antigas como cólera, febre amarela e dengue, como também, casos de novas doenças como a Aids, febre do oeste do Nilo, encefalite espongiforme (doença da vaca louca), síndrome respiratória aguda grave (SARS), influenza aviária e, no início do século XXI, a influenza suína. Esta última, por ter atingido o estado pandêmico por meio do vírus influenza A (H1N1), constituiu-se num desafio aos gestores e trabalhadores da área saúde pela falta de um padrão claro de seu comportamento, impactando nas decisões gerenciais⁽³¹⁾. Da mesma forma, deu visibilidade às fragilidades dos serviços de saúde, além de acionar lembranças de outras situações dramáticas semelhantes, como a da gripe espanhola de 1918. Assim, mesmo que se esteja caminhando num campo antigo, ainda se está em fase de descobrimento das possibilidades de organização das estratégias para a gestão dessas situações emergenciais⁽³²⁾.

Dentro desse contexto, surgiu a proposta de uma epidemiologia voltada para o cuidado das doenças emergentes. Ou seja, daquelas doenças infecciosas cuja incidência^d aumentou nas duas últimas décadas ou tendem a aumentar no futuro⁽³³⁾. Este conceito, embora tenha sido utilizado para orientar programas de pesquisa e áreas de investimento, pela sua imprecisão tornou-se meramente gerencial. Ao caracterizar uma infecção emergente pelo aumento da sua ocorrência, nas duas últimas décadas, o conceito estabelece um período de tempo de forma artificial e deixa de definir qual o território oculto em que o evento ocorre. Há um entendimento de que este documento, tendo sido elaborado em torno das preocupações com o problema dessas infecções, nos Estados Unidos, o país oculto na definição refere-se a ele próprio. Também, contribui para a imprecisão do termo o fato de que qualquer aumento na incidência de uma doença infecciosa seria caracterizado como emergência, independente da magnitude desse aumento e da tendência histórica⁽²⁹⁾.

^d Incidência expressa o número de casos novos de uma determinada doença, durante um período definido, numa população sob o risco de desenvolver a doença.

Para melhor utilização do conceito de “emergente” torna-se fundamental considerar se a doença infecciosa e o seu surgimento ou o aumento na sua incidência têm relevância epidemiológica para uma população e território definido⁽²⁾.

As limitações do termo doenças emergentes, somadas à preocupação internacional com as mudanças do cenário epidemiológico ocorridas nas últimas décadas, culminam num novo conceito, não restrito às doenças infecciosas – emergências de saúde pública de importância internacional. Aprovado pela Assembleia Mundial de Saúde em 2005⁽³⁴⁾, o Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) traz uma nova perspectiva conceitual que passa a orientar os países na construção de políticas e medidas de saúde pública para o enfrentamento e resposta a essas emergências no âmbito global e local.

3.1.3 Mudanças de rumo: diretrizes do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI-2005)

O Regulamento Sanitário Internacional (2005) foi aprovado pela 58ª Assembleia Mundial de Saúde, em maio do mesmo ano⁽³⁴⁾, após dez anos em revisão, substituindo a versão de 1969 que permaneceu em vigor até junho de 2007. Enquanto finalidade de alcance, o RSI-2005 apresenta como proposta “[...] prevenir a propagação internacional de doenças, proteger contra esta propagação, controlar e oferecer uma resposta de saúde pública proporcional e restrita aos riscos para a saúde pública e evitando, ao mesmo tempo, as interferências desnecessárias com o tráfego e comércio internacionais”^(4:3).

Conforme mencionado anteriormente, antes da existência do RSI já eram adotadas medidas para tentar impedir disseminação de doenças entre os países. O regulamento de quarentena que toda a Europa dispunha no final da Idade Média é um exemplo de norma regulamentadora que ditava as diretrizes diante de situações epidêmicas. Porém, com o passar do tempo, essa norma converteu-se em obstáculos ao trânsito de pessoas e mercadorias, forçando o início da discussão sobre a necessidade de cooperação internacional entre os países na área da saúde. Diante disso, na 1ª Conferência Internacional que ocorreu em Paris no ano de 1851 este tema foi destaque, permanecendo na agenda de outras conferências que ocorreram no século XIX, resultando na assinatura dos primeiros tratados internacionais que abordavam as questões de comércio e saúde.

Em 1946, após a 2ª guerra mundial, na Conferência Sanitária Internacional em Nova Iorque foi esboçada a constituição da OMS, criada oficialmente em 1948. Em sua 4ª Assembleia Mundial, no ano de 1951 foi criado o primeiro RSI, estabelecendo como doenças quarentenáveis a cólera, a peste, a febre amarela, a varíola, a febre tifóide e a febre recorrente.

Em 1969, este regulamento sofreu sua primeira revisão sendo excluídas da lista de doenças de controle internacional a febre tifóide e a febre recorrente. Em 1973, o certificado de vacinação contra a cólera deixou de ser necessário e com a erradicação da varíola em 1981, esta também foi excluída do texto do regulamento. Em 1995, a Assembleia Geral - instância máxima da OMS, responsável pela elaboração de convenções, pactos, tratados e regulamentos, recomendou a revisão do RSI-1969. O propósito era de adequá-lo ao novo cenário global caracterizado pelo aumento do fluxo de pessoas e mercadorias entre os países, com consequente aumento do risco de disseminação de doenças. Além disso, a norma apresentava-se restrita à notificação de somente três doenças: cólera, febre amarela e peste e, suas medidas não acompanhavam o potencial de surgimento e disseminação das doenças emergentes e reemergentes.

Situando a participação do Brasil neste processo de revisão, menciona-se que o Ministério da Saúde participou diretamente na construção de propostas que estavam sendo formuladas sob a Coordenação da OMS. Fora as discussões internas semestrais, o Brasil reuniu-se com órgãos da vigilância epidemiológica e de controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras terrestres dos Ministérios da Saúde dos países do Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL) e países associados, passando a integrar o grupo de trabalho, no âmbito da OMS, a partir de 2002⁽³⁵⁾.

Durante a revisão do código sanitário, foi dada atenção especial para metodologias que ampliassem as capacidades nacionais para detecção e respostas aos riscos de disseminação de doenças entre os países. A ideia dos *expertises*⁽³⁵⁾, conforme eram chamados os integrantes do grupo de trabalho da OMS, era que, ao tratarem do risco de disseminação de doenças, seria possível a adoção de medidas antecipatórias, com o potencial de evitar ou minimizar a ocorrência de dano à população. Mas para isto, era preciso chegar a um conceito que fosse mais preciso que o de doenças emergentes e mais avançado do que epidemia, na medida em que essas se restringem a ocorrência do dano⁽²⁾. Assim, chegam ao objeto de maior relevância desse regulamento, o conceito de emergências de saúde pública de importância internacional - “evento^e extraordinário, o qual é determinado, como estabelecido neste regulamento: por constituir um risco de saúde pública para outro Estado^f por meio da propagação internacional de doenças e, por potencialmente requerer uma resposta internacional coordenada”^(34:7).

Destaca-se que está contida no conceito a referência a risco de saúde pública, que foi objeto de intensos debates durante as reuniões de construção do documento. Como resultado,

^e Evento significa a manifestação de uma doença ou uma ocorrência que cria um potencial para a doença⁽³⁵⁾.

^f Estado Parte do RSI, ou seja, o Estado Membro da OMS para o qual o RSI entrou em vigor.

risco de saúde pública foi definido como “[...] a probabilidade de um evento que possa afetar adversamente a saúde de populações humanas, com ênfase naqueles que possam se propagar internacionalmente, ou possa apresentar um perigo grave e direto”^(34:7).

Embora o conceito de risco seja central na ideia de evento extraordinário que sustenta a noção de emergências de saúde pública, chama-se atenção para a defesa⁽³⁶⁾ de que a ideia de risco reinterpreta de maneira indireta, e reafirma tacitamente, o pressuposto da regularidade essencial do mundo. Sob esse pressuposto é que os riscos podem ser em tese, de acordo com a própria definição, calculados – e só enquanto esse pressuposto se sustenta é que é possível tentar, com certo grau de sucesso, minimizá-los por meio da ação ou inação. Em outras palavras o conceito de “riscos” só faz sentido em um mundo rotinizado, no qual as sequências causais reaparecem com frequência e de modo suficientemente comum para que os custos e benefícios das ações pretendidas e suas chances de sucesso ou fracasso sejam passíveis de tratamento estatístico e avaliados em relação aos precedentes. Mas o mundo globalizado não é assim. Em um mundo como o que se vive, precisa-se refletir sobre as emergências de saúde pública e problematizar seu conceito que serve de orientação às políticas públicas de saúde. Visto que é nesse mundo que os efeitos da globalização se propagam muito além do alcance do impacto rotinizante do controle, assim como do escopo do conhecimento necessário para planejá-lo. O que torna o mundo vulnerável são principalmente os perigos da probabilidade não calculável, um fenômeno profundamente diferente daqueles aos quais o conceito de risco comumente se refere. A incerteza sob um nome diferente⁽³⁶⁾.

O RSI compreende uma série de questões relacionadas ao processo de notificação e verificação de eventos que impliquem risco de propagação internacional de doenças. Estes eventos não são restritos à ocorrência de doenças transmissíveis, mas contemplam também problemas de saúde de natureza química e radionuclear. Um algoritmo de decisão⁽⁴⁾ foi desenvolvido com a pretensão de facilitar a operacionalização da noção de emergência de interesse internacional. Os eventos que deverão ser avaliados compreendem desde doenças específicas, como poliomielite por poliovírus selvagem, influenza com potencial pandêmico e síndrome respiratória aguda grave, até aquelas que serão avaliadas independentemente de sua definição prévia enquanto entidade nosológica.

Outra mudança, vista como importante, diz respeito à possibilidade da OMS investigar situações de possível emergência a partir de informações de fontes não oficiais, dando maior mobilidade para essa organização. Pelas regras do RSI-1969 só era possível disparar um alerta mundial e investigações para controle de propagação de uma determinada doença após a comunicação oficial pela autoridade sanitária do país afetado. Também, os países deixam de

ser responsáveis pelo controle da entrada de doenças em seus territórios e passam a ter que cuidar da entrada e saída.

Esta alteração aumenta a responsabilidade dos Estados em manter seus sistemas de saúde e serviços o mais organizado, a fim de minimizar situações que possam causar risco de disseminação de doenças. Assim, todos os países precisam adequar-se para possuírem capacidades básicas de vigilância e resposta pelos serviços de saúde continentais e nacionais.

3.2 Na evolução dos acontecimentos: preparo do Brasil para resposta às emergências de saúde pública

No Brasil, o ponto focal para o desenvolvimento das atividades de implementação do novo RSI-2005 é a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), ficando responsável pelas comunicações com a OMS e por qualquer orientação técnica sobre como o país deve proceder (na atenção básica e saúde pública) diante de uma situação de emergência. Esta Secretaria, desde 2002, vem colaborando na avaliação do instrumento de decisão, proposto pelo regulamento, para classificação das emergências de saúde pública e a avaliação das capacidades básicas instaladas nos países para detectar e responder às situações de emergência. Com base em análise de resultados das investigações das emergências epidemiológicas que ocorreram no país, o resultado do trabalho indicou que o instrumento de decisão era pouco preciso para caracterizar uma emergência de saúde pública, no que diz respeito a sua relevância epidemiológica e possibilidade de propagação. Ao ser aplicado o instrumento, muitos surtos e epidemias que foram detectados pelos serviços de vigilância epidemiológica no país, mesmo que tenham apresentado relevância restrita à esfera local ou estadual, passaram para a classificação de importância internacional. Esta foi uma avaliação preliminar à publicação do RSI (2005) que culminou em ajustes no documento. Hoje, a SVS/MS vem aperfeiçoando o referido instrumento de decisão, tendo designado como centro colaborador dessa atividade o Instituto de Saúde Coletiva da Bahia.

No movimento entre os velhos e novos acontecimentos na área da saúde, a SVS/MS passa a adotar o conceito de emergências de saúde pública, direcionando para questões nacionais. O desafio é estruturar o Plano Nacional de Preparação e Resposta às Emergências de Saúde Pública, acompanhando às diretrizes do RSI-2005. Entretanto, foi preciso alguns ajustes conceituais para atender as especificidades do Brasil, sem prejuízo à ideia nuclear do regulamento que sustenta o conceito de emergências, o risco. Seguindo esta perspectiva, começa a ser adotada a definição de emergências de saúde pública como “evento que

apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada (Estado ou Distrito Federal), com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública (independente da natureza ou origem), depois de avaliação de risco e, que possa necessitar de resposta nacional imediata”^(2:22).

Entende-se por eventos de saúde pública cada caso suspeito ou confirmado de doença de notificação imediata, agregado de casos de doenças que apresentem padrão epidemiológico diferente do habitual (para doenças conhecidas), agregado de doenças novas; epizootias e/ou mortes de animais que podem estar associadas à ocorrência de doenças em humanos (por exemplo, epizootia por febre amarela) e outros eventos inusitados ou imprevistos, incluindo fatores de risco com potencial de propagação de doenças⁽³⁷⁾.

Cabe mencionar que a SVS, criada em 2003, substituiu o Centro Nacional de Epidemiologia, como estratégia do Ministério da Saúde em reunir as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças numa mesma estrutura. O objetivo era buscar responder melhor aos desafios colocados pelo perfil epidemiológico complexo que se desenha na atualidade⁽³⁸⁾. Porém, mesmo diante dessas reorganizações, ainda não se verifica no SUS uma gestão desse trabalho como função estratégica e integrada. Entre as possibilidades, chama-se atenção para a apresentação atual do MS. Este separa a Secretaria de Atenção à Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde, dando permanência a dicotomia entre assistência, ainda que com o fortalecimento da Atenção Básica, e a saúde pública. Também, distanciou as ações de vigilância sanitária que estão sob a responsabilidade de uma autarquia, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, vinculada ao MS por contrato de gestão. Além dessas constatações, que se convertem em fragilidades para responder às situações de emergência, menciona-se que a formação dos trabalhadores permanece como um desafio para os gestores do SUS⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

É visível a necessidade de desenvolver-se investimentos para a readequação e aprimoramento teórico-conceituais, no âmbito do SUS, para uma melhor familiarização com esse fenômeno social - as emergências de saúde pública, reorganizando estruturas, processos e práticas. Destaca-se como ponto principal a formação/educação de trabalhadores da saúde propiciando que estes possam encontrar caminhos possíveis para **sulear**[§] o ver, o pensar, o

§ Cabe mencionar que Paulo Freire usa a palavra *sulear*, que na realidade não consta dos dicionários da língua portuguesa, chamando a atenção dos leitores para a conotação ideológica dos termos *nortear*, *nortear-lo*, *nortear-se*, *orientação*, *orientar* e outras derivações, importante de se atentar considerando-se a teoria que “*suleia*” este estudo. Norte é o primeiro mundo. Norte está em cima, na parte superior, assim norte deixa escorrer o conhecimento que nós do hemisfério sul aceitamos sem conferir o contexto local⁽⁴¹⁾. Depois de Freire, Boaventura Souza Santos no livro “*Pela mão-de-Alice*”⁽⁴²⁾ utiliza o termo no mesmo sentido, já na sua introdução e desenvolve no capítulo I.

sentir, o conhecer, o produzir e o relacionar-se no contexto socioeconômico e geopolítico que configura a sociedade contemporânea, onde está inserido, hoje, o conceito de emergências de saúde pública.

A contemporaneidade, no contexto da reestruturação globalizante, se traduz na exigência de modelos padronizados que respondam de forma sincronizada, como preconizam, por exemplo, as regras do RSI-2005. Enquanto movimentos para atender a nova orientação, tanto do cenário epidemiológico como das novas diretrizes do regulamento, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo estratégias para aumentar a capacidade nacional para detectar, prevenir e controlar emergências de saúde pública, no seu âmbito de atuação.

3.2.1 Plano de contingência do Brasil para enfrentamento de uma pandemia de influenza

Paralelamente à aprovação do novo RSI a Organização Mundial de Saúde intensificava seu alerta mundial para a possibilidade da ocorrência de uma pandemia de influenza, diante da ameaça provocada pela gripe do frango ou influenza A (H5N1) e incentivava os países a organizarem seus planos de preparação. Diante disso, primeiramente, o Brasil representado pela SVS/MS constituiu um comitê técnico para a elaboração do plano do Brasil⁽⁴⁰⁾, envolvendo: secretarias e áreas técnicas do Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, a Sociedade Brasileira de Infectologia, a Sociedade Brasileira de Pneumologia Tisiologia, a Sociedade Brasileira de Virologia, a Organização Panamericana de Saúde e o Ministério da Defesa⁽⁴⁰⁾. Porém, somente este comitê não deu conta da elaboração do plano, tendo ocorrido apenas duas reuniões, uma em 2004 e outra em 2005. Para agilizar e concluir a proposta houve a necessidade de formar um Grupo de Trabalho, instituído em agosto de 2005. Esse grupo, a partir das discussões acumuladas até aquele momento e das orientações da OMS estruturou o Plano de Contingência do Brasil para o enfrentamento de uma Pandemia de Influenza⁽⁴⁰⁾.

O plano estava escrito e publicado, mas só isto não era suficiente. O governo brasileiro precisava ir além. Assim, através de Decreto Presidencial, em outubro de 2005⁽⁴⁰⁾, criou o Grupo Executivo Interministerial com o intuito de acompanhar e propor medidas emergenciais necessárias para a implementação do referido plano. Esse grupo era constituído por representantes da Presidência da República (Casa Civil e Gabinete de Segurança Institucional), Ministério da Saúde, responsável pela coordenação do grupo, representado pelo Secretário Executivo e outros órgãos do governo federal. Assuntos que mereciam uma maior

discussão técnica eram remetidos para um subgrupo, coordenado pelo Ministério da Defesa, retornando para a pauta das reuniões do Grupo Executivo Interministerial para avaliação e aprovação. Caso fossem detectadas fragilidades nas propostas apresentadas, as mesmas retornavam para o subgrupo. Essas medidas integram as estratégias para a estruturação da rede de serviços do Sistema Único de Saúde para uma resposta diante de uma pandemia. O objetivo principal do Plano é orientar as ações e atividades necessárias para impedir ou, no mínimo, retardar a introdução da cepa pandêmica no Brasil e minimizar o impacto à saúde pública⁽⁴⁰⁾.

Influenza ou gripe é uma infecção viral aguda do sistema respiratório, de distribuição global e elevada transmissibilidade. As pandemias de influenza já causaram graves danos à humanidade, fazem parte da história natural biológica do vírus influenza. Assim, observa-se a média de três pandemias por século, sendo que até o evento do vírus Influenza A (H1N1) em 2009, tinham sido experimentadas trinta e três pandemias nos últimos 500 anos. No século passado, conforme já mencionado, ocorreram três pandemias que causaram impacto importante na morbimortalidade, afetando principalmente crianças e adultos jovens. A gripe espanhola representa a mais grave das três pandemias, provocando situações de desordem social. Acredita-se que um bilhão de pessoas tenha se infectado pelo vírus da gripe espanhola de 1918. Somente nos Estados Unidos da América ocorreram seiscentos e setenta e cinco mil mortes. A gripe asiática de 1957, Influenza A (H2N2) determinou o dobro das mortes relatadas para períodos epidêmicos. A pandemia de Hong Kong em 1968, Influenza A (H3N2), em comparação foi um pouco menos intensa.

As pandemias são epidemias com progressão rápida que acometem regiões inteiras, continentes ou apresentam disseminação global. Ocorrem esporadicamente, em intervalos irregulares, ocorrendo mudança completa do componente genético do vírus circulante. Ambos componentes - H (hemaglutinina) e N (neuraminidase) - podem ser novos. Então, ocorrem inúmeras epidemias ao mesmo tempo em diversas regiões do globo aumentando progressivamente os números de casos, sendo esses mais graves e com maior número de mortos do que ocorre na epidemia anual, denominada influenza sazonal.

Buscar essas memórias e registros na história, ao mesmo tempo em que esclarece, também dispara um sentimento de se estar pisando num terreno movediço, diante da tensão provocada pela possibilidade de um tipo novo de influenza (novos H ou N) circular na população^h, desencadeando uma pandemia. Também pela variação de mortalidade e de grupos

^h Possibilidade de um tipo novo de influenza (novos H ou N) circular na população - Fenômeno chamado de *shift*⁽⁴³⁾.

de risco nas pandemias serem diferentes dos grupos de risco para epidemias anuais (principalmente idosos). Por isso, os planos de preparação para pandemia precisam ser flexíveis para adequações necessárias, em tempo real no momento do *shift*⁽⁴³⁾. Ainda que os avanços tecnológicos praticamente eliminem a possibilidade de se repetir a situação dramática vivida na gripe espanhola, uma nova pandemia sempre se constitui em uma ameaça que poderá impactar gravemente os sistemas de saúde, além de provocar sérias consequências sociais e econômicas.

Em carta aberta, o Ministro da Saúde do Brasil anunciou, nesta primeira década do século XXI, a possibilidade de uma pandemia de influenza provocada pelo vírus A (H1N1)⁽⁴⁴⁾. Todos os países foram comunicados pela OMS, em 24 de abril de 2009, sobre a ocorrência de uma emergência de saúde pública de importância internacional, de acordo com o RSI-2005, causada pela infecção por esse novo vírus que tinha em sua composição genes humano, suíno e aviário. Em apenas cinco dias, após esta primeira comunicação, a OMS elevou o alerta pandêmico para nível 5, tendo em vista a ocorrência de transmissão sustentadaⁱ em mais de um país numa mesma região, e adotou uma série de recomendações com o objetivo de diminuir os efeitos da epidemia. Uma das mais abrangentes diz respeito à ativação dos planos nacionais de preparação para uma pandemia de influenza pelo H5N1 (gripe aviária), com as devidas adaptações para a epidemia atual. Imediatamente a esse comunicado da OMS, o Brasil instituiu o Gabinete Permanente de Emergências em Saúde Pública, ficando este responsável pelo monitoramento da situação mundial e nacional com vistas a adotar as medidas de prevenção e controle mais indicadas ao País. Com base na disseminação global do vírus, o Comitê de Emergências da OMS, em 11 de junho de 2009, eleva o nível de alerta da fase 5 para a fase 6, caracterizada por haver transmissão sustentável em pelo menos dois continentes.

Os dados estatísticos mundiais alteravam-se de forma dinâmica. As evidências de circulação do vírus sem vínculo com pessoas que se infectaram no exterior ou com aquelas que tiveram contato com elas, inicialmente foram identificadas no Estado Rio Grande do Sul/RS. Assim, no Brasil, a vigilância dos casos iniciou-se em 16 de julho de 2009, ocasião em que foi declarada a transmissão sustentada dentro do país. Até esse momento, tinham sido notificados 30.854 casos de Síndrome Respiratória Aguda (SARS). Destes, 19,8% tiveram confirmação laboratorial para influenza, sendo 85,3% relacionados ao novo vírus de influenza A (H1N1). Até o dia 22 de agosto de 2009, ocorreram 557 óbitos laboratorialmente

ⁱ Transmissão sustentada: conglomerado de cinco ou mais casos confirmados, estreitamente relacionados no tempo e espaço ou duas ou mais gerações de transmissão autóctone⁽⁴³⁾.

relacionados à cepa pandêmica no Brasil^(12,45). A falta de um claro padrão de risco foi compartilhada por toda a sociedade, incluindo profissionais de saúde e gestores.

Diferente do que acontecia em séculos anteriores, hoje as informações circulam rapidamente. A notoriedade mundial imediata propiciada pela mídia, redes de televisão e internet para a pandemia influenza A (H1N1) de 2009, com destaque para as fragilidades dos serviços de saúde e as incertezas dos gestores e trabalhadores da área da saúde diante dessa situação de emergência, serviram de alavanca para aumentar o medo da população. O “contágio” por esse medo global provocado pela mídia parece ter ido muito além dos limites da própria capacidade do vírus.

Havia muita insegurança. Concorde-se que “o risco, ao ser desconhecido, gera medo frente ao dano possível, enquanto que a incerteza gera ansiedade pela própria possibilidade do dano”^(31:162). Na situação de pandemia, os gestores tomam decisões baseadas em risco, mas a população fica ansiosa pela vulnerabilidade associada à suas vidas. Mas, de que risco está se falando? A situação era desconhecida, a característica de contágio do vírus fez com que não fosse poupada nenhuma classe social, atingindo a todas as pessoas indistintamente.

A demanda provocada pela pandemia levou a exaustão os trabalhadores de saúde e às instituições, com destaque para os espaços hospitalares^(12,31,45). A disseminação da influenza A (H1N1) em território nacional tornou evidente o desconhecimento de muitos setores sobre as funções das autoridades nacionais, bem como, os limites e as limitantes do Estado frente ao quadro que se apresentava naquele momento. Esta pandemia reforça que as doenças infecciosas ainda são importantes e, especialmente imprevisíveis, colocando-as em destaque pela possibilidade de a qualquer momento vir a provocar uma emergência de saúde pública.

3.2.2 Rede nacional de alerta e respostas às emergências de saúde pública

Para o Ministério da Saúde, um dos maiores investimentos nessa área diz respeito às ações de vigilância e monitoramento do perfil epidemiológico de doenças que se constituem ou possam vir a se constituir em emergências de saúde pública⁽³⁸⁾. Entre as iniciativas adotadas nesse sentido, destaca-se a implantação do Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde, implantada em março de 2006. Esse centro pretendeu e ainda pretende permitir o monitoramento contínuo destes eventos que possam se constituir numa emergência de saúde pública de importância nacional, após avaliação de risco, utilizando o processo de análise semelhante ao adotado por outros países e pela OMS seguindo as orientações do RSI-2005.

A ideia é integrar uma rede mundial de alerta e resposta (Global Outbreak Alert and Response Network-Goarn), constituída por centros que tem a finalidade de detectar e apoiar estratégias frente às situações de emergência. Trata-se de uma ferramenta de globalização da vigilância e da informação, que tem a função de controlar riscos. Pode-se dizer que o país torna-se aberto. A abertura de uma “sociedade aberta, adquiriu novo brilho hoje, um brilho com o qual Karl Popper, que cunhou a expressão jamais sonhou”^(36:126). A ideia que representava originalmente a autodeterminação de uma sociedade livre, orgulhosa de sua abertura, agora traz à maioria das mentes a experiência terrificante de populações vulneráveis, horrorizadas por sua própria indefensabilidade e obcecadas pela segurança de suas fronteiras e das populações que vivem dentro delas.

“Em um planeta globalizado, habitado por sociedades forçosamente ‘abertas’, a segurança não pode ser obtida, muito menos garantida de maneira confiável, em um único país ou grupo de países: não por meios próprios e não independentemente do estado das coisas no resto do mundo”^(36:127).

O Brasil foi o terceiro país das Américas a estruturar um seu centro de alerta e resposta e vem investindo para a implantação de uma rede deste centro no país a fim de ampliar a capacidade de vigilância e resposta em todo território nacional. Interessa, portanto, refletir acerca do propósito dessa vigilância de, por meio da identificação de um evento entender o adoecimento coletivo humano e, assim, controlá-lo. Esta pretensão de controle é um dos elementos basais da disciplina de epidemiologia que tem como “compromisso fundamental [...] a produção de conhecimento em si, referente a padrões de distribuição da ocorrência em massa de doenças em populações”^(46:71). Precisamente nesta expectativa de antes conhecer o evento para, desse modo, controlar, é que se insere a intenção de antever, sendo o ato de antever, em sentido mais amplo, elemento fundamental do projeto científico moderno como um todo^(47:15).

Entretanto, as emergências de saúde pública, requerem outras formas da ciência interrogar esses acontecimentos como o surgimento da AIDS, da infecção pelo vírus ebola, a ameaça da dengue, entre outros como a pandemia pelo vírus influenza A (H1N1) e de compreender o mundo. Apesar das resistências e bloqueios que a ciência da certeza nos imprime, cabe tomar consciência do que se está discutindo e, lançar-se num caminho menos determinado, sem verdades absolutas.

Desta forma, cabe atentar-se para o fato de que, “ao mesmo tempo em que se desafia os dogmas, institui-se mais um punhado deles. Porém, neste caminho em que verdades foram refutadas por outras verdades mais verdadeiras, apartamos a ciência da filosofia”^(48:33). A

concordância com a existência de um universo infinito remetia ao descentramento, a uma perda de referenciais. Ao mesmo tempo, a geometrização do espaço e o surgimento da mecânica tornaram o universo passível de todo tipo de medição. Sustentava-se uma ciência neutra abalizada nas leis de causa e efeito. Assim, em meados do século XIX, o paradigma era o da física clássica, no qual as leis universais dos movimentos das partículas permitiam explicar todos os fenômenos físicos, resultando num mundo idealizado e estável^(48,49).

Na medida em que esta ciência da certeza foi sendo questionada, pois a realidade não seguia de forma linear, causa e efeito se confundiam sem guardar proporcionalidade alguma. Alguns trabalhos seminais foram os responsáveis por todo esse encadeamento em direção a um estatuto da ciência. Faraday, Maxwell, Clausius e Canot^j prepararam o caminho para que Einstein abalasse de vez os fundamentos da ciência. Sua teoria transformou as concepções de tempo e espaço quando demonstrou a não coincidência dos referenciais sobre a simultaneidade de eventos e colocou em dúvida a correção das medidas tão caras às nossas certezas⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾. Concorreram, também, para essa ruptura as descobertas da física quântica, com destaque para o princípio da incerteza de Heisenberg^k, impondo restrições à precisão com que se podem efetuar medidas simultâneas de uma classe de pares de observáveis^(52:7).

Após essas rupturas, provocadas no campo da física pela teoria da relatividade de Einstein e pelo princípio da incerteza de Heisenberg, a teoria do caos de Henri Poincaré, que havia sido esquecida ressurge. Conhecida contemporaneamente pela matemática como teoria da catástrofe, o caos estuda as possíveis leis reguladoras do movimento aleatório e imprevisível dos sistemas, a maneira como mudanças matematicamente contínuas podem levar a resultados inesperadamente súbitos ou matematicamente descontínuos⁽⁵²⁾.

Para alguns autores^(49,53) o século XIX nos colocou no limiar de dois caminhos diversos, mas não excludentes: o de universo estático regido pelas leis de Newton e o de um mundo evolutivo associado ao conceito de entropia^l. A ciência das certezas coexiste com a ciência que admite uma “flecha do tempo”⁽⁵⁴⁾, a evolução e a possibilidade ao invés da determinação. Estes caminhos não excludentes revelam a importância e a relatividade dos

^j Algumas descobertas foram minando este estatuto da ciência. Entre elas, pode-se citar as investigações de Faraday e Maxwell sobre os fenômenos eletromagnéticos que não podiam ser explicados pelas leis da mecânica de Newton, e os estudos de Clausius e Carnot sobre os fenômenos térmicos. Os primeiros estudos citados foram, posteriormente, definidos claramente por Einstein, na sua abordagem da radiação eletromagnética que, juntamente com a teoria especial da relatividade, foi o xeque-mate no modelo da ciência moderna⁽⁴⁸⁾.

^k O princípio da incerteza de Heisenberg além de influenciar o pensamento de Prigogine na área da física, também influencia os estudos de Japiassú⁽⁵⁵⁾ na área da ciência desenvolvida na universidade.

^l Entropia é uma propriedade de estado; uma medida do número de combinações (complexões) dos estados possíveis de um sistema; uma medida que traduz o grau de desordem de um sistema. A entropia está ligada aos processos naturais que atraem os sistemas em equilíbrio⁽⁴⁹⁾.

pontos de referência. A física atômica, neste sentido, tornou mais complexo, ainda, o conceito de probabilidade. A matéria assume uma forma dual: partícula e onda, impossível de ser isolada e analisada como uma coisa. Estudar um fenômeno passa a ser estudar sua relação com outros fenômenos. Um aspecto fundamental dessa nova visão é o surgimento do elemento incerteza⁽⁴⁹⁾.

Foi também no século XIX que a epidemiologia surgiu como ciência e começa a discutir as questões de saúde, contando com bases históricas fundamentais da medicina social dos anos 1800, apresentando as características de uma disciplina do coletivo^(18,21). Retoma-se que foi no final desse século que começa a ser discutido o conceito de risco, fundamental no campo da saúde coletiva e que, ainda sustenta as políticas de vigilância em saúde. Entretanto, é possível admitir⁽⁴⁷⁾ que, ao operar seus conceitos, a epidemiologia o faça na contextualização de um projeto científico positivista, ou seja, que sua movimentação científica requeira para esta operacionalização um tempo também positivista. “Tal deve ser o modo pelo qual a epidemiologia faz falar seu objeto, doente em populações”^(46:50).

É importante que se perceba, então, que uma das características fundamentais do positivismo é o isolamento do objeto, a sua exteriorização e purificação. O tempo da epidemiologia vem se caracterizando, por conseguinte, como tempo quantitativo, objetivo e exterior. Não é o tempo vivido e, em vez de passado-presente-futuro, envolve dimensões de anterioridade-simultaneidade-posterioridade. “O tempo do conhecimento da epidemiologia trabalha com os fatos de modo a artificializá-los, separá-los das pessoas, amputá-los da sua historicidade e submetê-los estatisticamente. [...] controla os eventos, eliminando a sucessão e ameaça de mudança”^(47:15). Isto é um complicador, pois como compreender as relações sociais, as inter-relações humanas, tecnológicas nesse tempo-espaço da globalização?

No que se refere ao tempo físico da termodinâmica generalizada e suas contribuições à epidemiologia é preciso considerar a aceitação das influências das ciências humanas. Uma tentativa de humanizar a física^(49,53). É neste contexto que explica a vida como ordem que tende ao não equilíbrio. Estas estruturas de não equilíbrio, também chamadas de estruturas dissipativas⁽⁵⁶⁾, reconhecem a importância das flutuações e da instabilidade. Abre-se um espaço para a incerteza. Nessa perspectiva, abre-se um novo mundo, novas interrogações, noções de múltipla escolha, de liberdade e criatividade, que não tem lugar num mundo determinista. As estruturas dissipativas são próprias de processos irreversíveis e revelam que ocorre a criação de ordem longe do equilíbrio. Fenômenos caóticos ou irreversíveis não se reduzem a um aumento de desordem, como se pensa comumente, mas, ao contrário, têm importante ação de transformação. Nesse tempo é que se precisa pensar as emergências

causadas pelas doenças infecciosas enquanto processo e perceber essas ameaças como presentes numa realidade em constante transformação, numa relação dinâmica de interdependência entre o biológico, o cultural, o histórico, o social, o político e o econômico.

“Fazer ciência, em princípio, é fazer escolhas. Escolhas que não são aleatórias e, sim, organicamente ligadas à visão que se tem de mundo. Esta visão de mundo, além de direcionar a escolha do objeto de estudo, aponta caminhos e influencia a construção de teorias. Por outro lado, visão de mundo não é fixa”^(48:35), da mesma forma que não são fixas as representações sociais e, portanto, a realidade. Enquanto construções históricas são passíveis de transformação, uma vez que são construídas pela prática social de sujeitos históricos e, portanto, aptas a serem transformadas por meio dessa prática, num movimento de reconstrução⁽⁴⁸⁾, mediadas pelas representações sociais.

3.2.3 Ambiente hospitalar como fonte de informação e conhecimento

O Ministério sinaliza o ambiente hospitalar como fonte fundamental para alimentar o sistema de informação relacionado às doenças de notificação compulsória, dando ênfase para os hospitais de ensino pela característica de centros formadores de conhecimentos e tecnologias⁽³⁸⁾.

A detecção precoce, pelos trabalhadores, de uma possível epidemia é vista como essencial para a adoção de medidas de alerta e resposta⁽²⁾. Além disso, o hospital pode ser fonte de informação para outros problemas com impacto na saúde pública, possibilitando o acompanhamento do perfil de morbimortalidade da população atendida, apoiando o planejamento do sistema de saúde. Com este olhar, instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar⁽⁵⁷⁾ como forma de ampliar a detecção, notificação e investigação de doenças de notificação compulsória e de outros agravos emergentes e reemergentes. As atividades desenvolvidas pelos 191 Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, vinculam-se às unidades de saúde, componentes da Rede de Hospitais de Referência⁽¹¹⁾, que ainda se encontra em fase de implantação. Atualmente, o Brasil dispõe de 53 unidades de referência hospitalar, com 1270 leitos para atender as demandas de emergências de saúde pública por doenças infecciosas, sendo que somente 173 dispõem de um ambiente com pressão negativa⁽⁴⁴⁾. Na emergência causada pela pandemia de influenza A (H1N1), em 2009, outras unidades hospitalares que não integravam a rede de hospitais de referência foram incorporadas para atender as demandas desta pandemia.

3.3 Hospitais universitários no tempo das emergências de saúde pública

Ao correlacionar passado, presente e futuro, é preciso certa arte de quem o faz, para não endurecer/amarrar o tempo em seu movimento e nos seus espaços. Ao pensar no tempo como um sistema assimétrico entre passado e futuro, um tempo irreversível⁽⁵⁴⁾, pondera-se que a ciência herdou do século XVII a visão dinâmica clássica, determinista e reversível, baseada na negação do tempo e a visão do século XIX fundamentada no crescimento da entropia^m que contextualiza, então, um tempo irreversível.

As instituições e particularmente os hospitais universitários, são constituídas de uma organização que lhes permite certa previsão dos movimentos gerenciais. “Em situação de equilíbrio tudo parece simples, estável e não há variação de entropia”^(58:3). Porém, a própria atividade favorece o desenvolvimento de uma desorganização do “estado de equilíbrio”, do que é previsível. Quando ocorre uma emergência de saúde pública não prevista na organização da instituição, esta chega ao caos e, conseqüentemente, aumenta a entropia.

Ao pensar em estabilidade e instabilidade, menciona-se que um pêndulo na sua posição de equilíbrio é um sistema estável, pois uma pequena perturbação na condição de equilíbrio produz mínimas oscilações e o sistema retorna, em seguida, a sua posição de equilíbrio. Existe, todavia, uma classe de sistemas dinâmicos para os quais pequenas alterações na condição inicial sofrem amplificação ao longo do tempo. Então, trajetórias que correspondem a condições iniciais muito próximas, divergem exponencialmente no tempo. Esses sistemas apresentam sensibilidade às condições iniciais e são chamados de sistemas dinâmicos instáveis, sendo o caos um exemplo extremo desses sistemas⁽⁵⁸⁾. Assim, longe do equilíbrio pode aparecer o instável e o complexo, mas surge também a possibilidade de formação de estruturas complexas e delicadas. As estruturas biológicas, a auto-organização e a vida só são possíveis longe do equilíbrio. Isso mostra que o caos assume uma função de transformação⁽⁴⁹⁾.

No desenvolvimento de seu trabalho cotidiano, os gestores e trabalhadores de saúde em hospitais universitários estão diretamente vinculados ao tempo. As histórias desses trabalhadores e da instituição levam a otimizar atitudes que vão ao encontro de dar conta de suas características, dadas ao longo dos tempos, consolidadas segundo as demandas que recebem. A ambivalência e o paradoxo entre ordem e desordem conduzem à passagem de um

^m Entropia é uma propriedade de estado; uma medida do número de combinações (complexões) dos estados possíveis de um sistema; uma medida que traduz o grau de desordem de um sistema. A entropia está ligada aos processos naturais que atraem os sistemas em equilíbrio⁽⁴⁹⁾.

nível de organização a outro mais elevado, com novas propriedades, novas aptidões para assumir novas formas e maiores disposições relacionais⁽⁵⁹⁻⁶⁰⁾. Trata-se da busca por um equilíbrio, a partir do que possa se converter em concreto, real, num ambiente em que existe uma pressão para a prática do saber científico. Isto leva a uma nova reorganização desse sistema, organizando o caos, diminuindo o estado entrópico.

No Brasil, existem 150 hospitais universitários reconhecidos pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde como entidades de ensino. Destes, 46 são hospitais universitários federais ligados as Universidades Federais ou Instituições Federais de Ensino Superior⁽⁶¹⁾. Esta integração entre saúde e educação concretiza, neste espaço, uma imagem atrelada à concepção tradicional⁽⁶²⁾ construída ao longo da história. Isto é, consagram-se como importantes centros de formação de recursos humanos e desenvolvimento de tecnologia para a área da saúde, prestando assistência de qualidade à sociedade. Os hospitais universitários assumem um papel social muito mais abrangente do que tão somente a prestação de serviços de saúde. Ao integrar assistência à saúde, ensino, extensão e pesquisa, esses hospitais ganham destaque, enquanto espaços estratégicos de construção de conhecimento em saúde, novas tecnologias e metodologias de gestão nesta área. Mas, de que conhecimento está se falando?

No tempo dessa tese, em que se está problematizando as emergências de saúde pública pelo espaço dos HU's, estes hospitais estão passando por transformações importantes que merecem um olhar atento para o rumo que possam tomar. A proposta do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais traz novas diretrizes com a pretensão de criar melhores condições materiais e institucionais para que esses hospitais possam desempenhar plenamente suas funções como agentes nucleares das políticas de saúde e educação. Deixam de se vincular administrativamente ao Ministério da Educação, ganhando autonomia na gestão financeira com repasse compartilhado entre as áreas de educação e saúde.

Discute-se a autonomia de gestão dada aos HU's. Embora a palavra seja de conotação positiva, pode estar significando um caminho para a extinção desses hospitais, visto que passam a ser igualados a qualquer hospital que exerça atividade de ensino, favorecendo o ensino privado e abrindo portas para o estabelecimento de fundações na gestão. A gestão dos HU's por universidades proporcionava certa garantia de melhores condições de formação com indissociabilidade entre pesquisa, ensino e extensão, situação que sinaliza uma proposta política que pretende levar a algum lugar, mas respondendo a que interesses?⁽⁶³⁻⁶⁴⁾.

Partindo da perspectiva de que as instituições surgem das tipificações dos hábitos no decorrer de uma situação social que perdura no tempo, pode-se dizer que estas adquirem

objetividade passando a ser experimentadas como se possuíssem realidade ou vida própria⁽¹⁴⁾. Parece haver um véu a enuviar o fato de que o mundo da vida cotidiana tem origem no pensamento e na ação de homens e mulheres. Portanto, o espaço dos HU's também produz conhecimentos mediados por representações que orientam o agir e o reagir nele presentes.

Embora a ação possa ser consciente, as representações sociais que mediam as práticas não necessariamente o são. É nesse espaço da instituição, com esse tempo histórico que se pretende observar as marcas deixadas no campo das ideias e das memórias. Estas representações⁽¹⁴⁾ fazem parte de um conjunto de conexões com conteúdos mentais que não permanecem nos indivíduos. Esses conteúdos se projetam, tomam forma, tendem a se consolidar, a se tornar objetos. Isso corresponde a dar caráter material às nossas abstrações e imagens, a metamorfosear as palavras em coisas, mesmo que de forma inconsciente. A forma como se combinam sistemas técnicos de diferentes idades vai ter uma consequência sobre as formas de vida possíveis naquela área⁽⁶⁵⁾. Na reflexão do espaço em hospitais universitários, é importante considerar que esse é o lugar da memória, do passado e expressa o presente se processando. Sendo assim, cada lugar é específico, pois o tempo atual se defronta com o tempo passado, cristalizado em formas⁽⁶⁵⁾.

Esse é o espaço e o tempo em hospitais universitários e, é nele que se busca o que é definido como rugosidade⁽⁶⁶⁾, ao que fica do passado como forma, espaço construído, passagem, o que resta do processo da supressão, acumulação, superposição, com que as coisas se substituem e se acumulam em todos os lugares. Esse é o lugar, e é nesse tempo que precisamos trabalhar nas rugosidades para organizar as relações de promoção e proteção da vida. Mas, é nesse lugar, também, que agimos para dar conta das ondas da globalização contextualizando o local com o global nas quais as representações sociais fazem as mediações.

3.4 A Teoria das Representações Sociais como referencial suleador do estudo

Para estabelecer a compreensão a respeito das emergências de saúde pública, no espaço presente de hospitais universitários, a reflexão sobre que condição se está conversando é ponto inercial para a caminhada da pesquisa. O contexto discutido neste estudo traz a necessidade de uma abordagem que leve em consideração o saber efetivamente praticado que se concretiza no cotidiano dos trabalhadores responsáveis por desenvolver e operar habilidades de gestão no espaço de um Hospital Universitário. A ideia é fluir pela história preservando toda a riqueza e o colorido da experiência vivida, valorizando o cotidiano⁽⁶⁷⁻⁶⁸⁾.

A partir das perspectivas do projeto, adotam-se as bases conceituais da Teoria das Representações Sociais, por constituírem um vasto campo para estudos que pretendam englobar as dimensões cognitivas, afetivas e sociais como apresentado por Serge Moscovici⁽⁶⁹⁾ e tratado posteriormente por Denise Jodelet^(68,70-71). Há várias ciências que estudam a maneira como as pessoas tratam, distribuem e representam o conhecimento. Mas o estudo de como e porque as pessoas compartilham o conhecimento e, desse modo, constituem sua realidade comum, transformando ideias em prática, é o problema específico da psicologia social⁽⁶⁹⁾.

Seguindo esse compasso⁽¹⁴⁾, o desafio é dar visibilidade aos recifes da alma que ordenam os fluxos e refluxos desse tempo social da globalização, sem com isto estar desatento para o real, à experiência-ação⁽⁷²⁻⁷³⁾ no cotidiano de trabalho. Com esse movimento, nesse tempo, que gera por excelência uma velocidade excedente, é que se concretizam as emergências do novo e as reemergências de antigas doenças. Este é o desafio aos serviços de saúde, não só de países em desenvolvimento como o Brasil, como também dos países desenvolvidos. Por essa razão, a preocupação com problemas de saúde decorrentes das doenças transmissíveis voltou ao centro das agendas dos governos.

Quando se fala em desafio para os serviços de saúde, sente-se a necessidade de dar vida a esses serviços. Isto porque, estes só existem pelas pessoas que os planejam, organizam e os operacionalizam, estreitando a relação entre sujeito e objeto, foco da teoria moscoviciana⁽⁷⁴⁾. Portanto, a teoria detém-se sobre um sujeito que, em sua relação com o mundo, constrói tanto este como a si próprio. Neste movimento de construção torna-se fundamental tanto a atividade do indivíduo no mundo quanto à realidade do mundo sobre o sujeito. Assim, e seguindo os propósitos deste estudo, destaca-se os trabalhadores da saúde que se encontram ocupando o lugar de gestores em hospitais universitários, enfrentando os desafios impostos pelas emergências de saúde pública por doenças infecciosas.

À deriva em meio à tempestade ameaçadora, precisam ancorar a um porto seguro. Há a necessidade de acompanhar o ritmo acelerado dos ventos provocados por esta tempestade que agita as ondas e aumenta a insegurança e a incerteza.

Para isto, precisam classificar e nomear as informações e exigências buscando o equilíbrio, materializando o abstrato, ou seja, chegando ao porto seguro da familiarização com o não familiar. Esta familiarização, ou transformação de uma linguagem não familiar em familiar, na abordagem psicossocial da teoria das representações sociais, significa acionar dois mecanismos de um processo de pensamento baseado na memória e conclusões passadas.

Ou seja, dois processos geradores de representações sociais: a objetivação e a ancoragem provocados pelo efeito conjugado do funcionamento cognitivo e social⁽⁶⁸⁾.

Este processo gera um conhecimento, mediado pelas representações sociais do grupo. Mas, quais as representações que estão dando sustentação às práticas gerenciais destes trabalhadores? Esta pergunta ganha relevância, visto que⁽¹³⁾ “ as representações não são pensadas pelos indivíduos”. Podem influenciar comportamentos e atitudes não desejados conscientemente por eles. As representações sociais são tanto “conservadoras como inovadoras, estruturadas com uma lógica singular que permite a um determinado grupo social compreender o mundo que o rodeia e lidar com os problemas que nele identifica”^(75:5). Reforça-se, aqui, a importância do estudo dessas representações pela possibilidade de proporcionar a visualização dos conceitos que sustentam as representações desses trabalhadores.

Que memórias e conclusões passadas estão sendo acionadas para dar conta dessa situação na realidade da vida cotidiana desses trabalhadores? O que acontece no cotidiano do pensamento e do sentimento desse grupo específico? “Para compreender o que foram as monarquias de outrora, e principalmente para explicar a sua ascendência sobre a mente dos homens, não basta esclarecer, detalhadamente, quais os mecanismos da organização administrativa, judiciária, financeira que elas impuseram aos seus súditos [...]. É preciso ainda penetrar nas crenças e nas fábulas que florescem em torno das casas principescas. Em muitos pontos, todo esse folclore nos diz mais do que qualquer tratado doutrinário”^(76:59).

O exercício é atentar-se para os fatos anônimos, compreendidos como universo consensual, que geralmente ninguém se detém ao estudar caminhos para a gestão de serviços de saúde, fatos cuja presença não se suspeita por se mascararem com os fatos nominados que correspondem ao universo reificado. Numa relação dialética, esses dois universos sustentam o conceito de sociedade. Esta não é vista como um todo autônomo, anterior ou exterior às relações que enlaçam seus membros. Ela se desenvolve ao mesmo tempo em que eles^(14,77).

No universo consensual a sociedade é uma criação visível, contínua, permeada de sentido e finalidade, possuindo uma voz humana. Em outras palavras, o ser humano é a medida para todas as coisas⁽¹³⁾. O pensar torna-se uma atividade ruidosa, pública, que satisfaz a necessidade de comunicação, com isso mantém e consolida o grupo, enquanto comunica a característica que cada membro exige dele. Neste universo, a sociedade constitui-se de um grupo de pessoas iguais e livres. As pessoas falam em nome deste grupo, materializando o pensamento por meio de conversas informais (discursos) que, com o passar do tempo, formam uma base comum de significância entre seus participantes.

Entretanto, no universo reificado a sociedade é transformada em um sistema de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possui identidade, situando-se neste universo o não familiar, as incertezas acionadas pelas emergências de saúde pública. Esta sociedade ignora a si mesma e as suas criações, que ela vê somente como objetos isolados, tais como as pessoas, ideias, ambientes e atividades⁽¹³⁾.

A sociedade não se resume a fatos nominados, portanto, estes imperativos sociais mais amplos, as instituições, o Estado, as classes sociais e os grupos de interesse não devem ser concebidos como um dado “dado”. Pois é importante entender que na dinamização do corpo social, os seres concretos não são somente constituídos, mas também constituintes. Por isso, a relevância de se dar atenção aos movimentos dos fatos anônimos, para os momentos em que se intersectam encontros informais e os da micro formalidade, em vigência do trabalho cotidiano⁽⁷⁸⁾.

Estes dois universos entram no cotidiano da vida subjetiva e coletiva por meio dos mecanismos de objetivação e ancoragem. A objetivação, desta forma, é o processo pelo qual são materializadas as ideias e os conceitos. A materialização de uma abstração é uma das características mais misteriosas do pensamento e da fala. Objetivar é descobrir uma qualidade icônica de uma ideia, ou seja, é reproduzir um conceito em uma imagem. É reabsorver o que era apenas inferência ou símbolo⁽⁷⁹⁾. Com isto, há a substituição do percebido pelo conhecido.

Na transmutação das teorias científicas para o senso comum, as ideias científicas, difundidas através de uma minoria de cientistas, filósofos, etc., uma vez incorporadas no mundo da vida, passam pelo processo chamado de popularização do conhecimento⁽¹³⁾. Desta forma, estas ideias já não são percebidas como produtos da atividade intelectual de um grupo específico de cientistas, mas como reflexo de algo que existe efetivamente como fatos, independentes de quem as criou. Ao circular dentro do universo consensual (maioria), a nova ideia interfere em ideias existentes, tornando-se foco de conversações e debates. O que antes era específico de um conceito e determinado pelas regras do universo reificado reduz-se ao penetrar no real. Assim, há uma interdependência entre a minoria e a maioria. A influencia é exercida nestas duas direções e é recíproca. Ainda, cada parte de um grupo é considerada simultaneamente como emissora e receptora de influencia, constituindo-se numa forma de pensar dialética ou dialógica⁽¹³⁾.

Outro mecanismo presente na constituição das representações sociais é a ancoragem, entendida como a penetração de uma representação entre as já existentes na sociedade. Se a objetivação faz com que o social penetre na elaboração das representações, a ancoragem permite que esta penetre no social. A ancoragem é o processo que permite compreender a

forma como os elementos contribuem para exprimir e constituir as relações sociais⁽⁶⁹⁾. Então, é na ancoragem que a representação assume seu caráter eminentemente social, pois os novos elementos são percebidos pelo indivíduo/grupo. Emergindo das características fundamentais da representação na teoria moscoviciana, reforça-se que só se pode falar em representação como representação de alguém, isto é, de um grupo específico que tem e partilha informações, convenções e emoções específicas⁽¹⁴⁾.

É preciso localizar socialmente o agente da representação social, em lugar de tratá-lo genericamente, como indicava Durkheim, pois a representação não está fora do grupo e nem paira sobre ele. Cada grupo social poderá agir de forma diferente em relação a um mesmo elemento, e na interação entre os grupos, o resultado do que passa e o que se fixa, o que muda e o que expulsa o novo, não pode ser previsto, embora se possam identificar tendências.

Neste estudo, o interesse é estudar a temática “emergências de saúde pública” em si mesma, pelas lentes da representação social de gestores em um hospital de ensino, no universo consensual. Conectando a temática à natureza das coisas (universo consensual) e ao contexto social (universo reificado), sem reduzir os indivíduos a um espaço limitado⁽⁶⁾, respeitando-se a especificidade do grupo.

4 MÉTODO

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso, encontrando-se na Teoria das Representações Sociais⁽⁶⁹⁾ a fundamentação teórico-metodológica. Considerando-se as três correntes teóricas complementares^a em que se desdobram as proposições básicas da teoria moscoviciano, toma-se como referência neste estudo a perspectiva de Denise Jodelet. Esta corrente, além de ser mais fiel à teoria original do que as outras duas abordagens, também ganha relevância neste estudo ao “ser indicada para pesquisas que pretendam dar conta de uma maneira maximamente compreensiva da representação de um dado objeto por um dado conjunto social”^(80:78). Entretanto, acompanha-se o entendimento de que “as diferentes abordagens não são incompatíveis entre si, na medida em que provêm todas de uma matriz básica e de modo algum a desautorizam”^(80:68).

O objeto das ciências sociais e das ciências da saúde é histórico, uma vez que a sociedade existe num determinado espaço com uma formação e configuração social específicas. A partir de uma consciência histórica, os seres humanos dão sentido ao trabalho intelectual do pesquisador, havendo identidade entre sujeito e objeto, uma vez que o pesquisador é, também, humano. Como consequência, o objeto de estudo é, em essência, qualitativo, pois a realidade social é parte integrante do dinamismo da vida individual e social, possuindo um alto grau de complexidade e uma enorme riqueza.

É importante atentar-se para o fato de que já nos anos oitenta, asseverava-se que a ciência que se vinha construindo, a ciência ocidental, era machista, branca, patriarcal, fundada numa “filosofia masculina” preocupada em salvar e cultivar a racionalidade e a objetividade, portanto, trabalhava com a certeza⁽⁵⁵⁾. Hoje, cabe a reflexão de como pensar na consolidação da ciência da enfermagem, na grande área da saúde, se esta é predominantemente feminina, senão propondo o rompimento da adoção de um código masculino em suas práticas sociais? Para trabalhar a gestão em saúde do “lugar de enfermeira pelo espaço da enfermagem”^(81:201-202) é preciso abrir o caminho de uma nova ciência. Torna-se principal pensar uma ciência da incerteza⁽⁵⁵⁾, que valorize a condição da subjetividade humana e, deixe de restringir-se ao código masculino como orientador de suas práticas sociais.

^a A grande teoria, conforme são chamadas as proposições originais básicas de Moscovici, desdobra-se em três correntes teóricas complementares: uma liderada por Denise Jodelet, em Paris, mais fiel à teoria original moscoviciano, outra que procura articulá-la com uma perspectiva mais sociológica, liderada por Willem Doise, em Genebra, e outra, ainda, que enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações, liderada por Jean-Claude Abric, em Aix-em-Provence⁽⁸⁰⁾.

Pondera-se que a realidade está em constante movimento e nesse movimento a troca de conhecimento, sua construção e transformação vão acontecendo através da crítica e do diálogo, numa relação dialética entre os universos consensual e reificado. Aqui, além-se em destacar a importância destas inter-relações que se estabelecem no cotidiano, uma vez que as representações sociais são construídas nas contradições sociais a partir das pressões cotidianas e possuem a preocupação de criar versões contemporâneas de um determinado saber. Assim, o senso comum afeta a ciência, bem como a ciência afeta o senso comum^(13, 81- 82).

A externalidade da representação sobre as emergências de saúde pública e do seu processo, seu deslocamento, sua naturalização e projeção consistem num mecanismo psicossocial de apresentação/construção social da realidade. Define-se, então, a inserção psicossocial no estudo, buscando-se o limite entre o social e o psicológico, como um processo dinâmico que permite compreender a formação do pensamento social e os mecanismos de funcionamento da elaboração social do real, diante do não familiar.

A partir desse delineamento é que se evidencia a potencialidade do estudo de caso⁽⁸³⁻⁸⁵⁾, enquanto categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente, em uma dada realidade. Sendo assim, constitui-se em um saber em torno do acontecimento estudado. Desta forma, os resultados obtidos a partir desta pesquisa constituem-se de generalidades que poderão interessar a grupos de especialistas como ponto de análise que caminhe no desenvolvimento de ideias, significados e compreensão sobre o fenômeno pesquisado.

4.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido num hospital de ensino - Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Junior localizado no município de Rio Grande, planície costeira sul do Estado do Rio Grande do Sul/RS. Trata-se de uma empresa pública vinculada academicamente à Fundação Universidade do Rio Grande (FURG), integrando a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação.

A escolha deste campo para pesquisa justifica-se pela posição estratégica do hospital universitário como núcleo integrador da rede de cuidado do Sistema Único de Saúde e, por sua natureza como meio de formação profissional e de articulação da gestão dos processos e organização do trabalho em saúde e enfermagem.

Menciona-se ainda que esta instituição abre suas portas para um município que possui um dos principais portos marítimos do Brasil. Cada embarcação que atraca no porto

representa um país diferente dentro de Rio Grande/RS, interligando diariamente a cidade a diversos cenários epidemiológicos. Esta situação torna-se ainda mais relevante se considerarmos que nos últimos anos, devido ao desenvolvimento do pólo de construção naval, a cidade vem recebendo um número significativo de pessoas oriundas de diversas regiões do país devido à oferta de empregos na área. Essas pessoas passam a integrar a população de viajantes⁽⁸⁶⁾, tanto pelo trânsito de uma região para outra, como pela condição de trabalhadores portuários que estão em contato direto com embarcações procedentes de diversos países ou regiões brasileiras que podem ser veículo para doenças com potencial para causar situações de emergência de saúde pública.

Em junho de 2009, este hospital deparou-se com o desafio de integrar esforços junto à rede de saúde do município para fazer frente à pandemia da nova gripe, a Influenza A (H1N1). Esse vírus, até então desconhecido, exigiu dos profissionais, principalmente os que estavam ocupando cargos formais de gestão, uma assimilação rápida da situação para organizar o serviço e dar uma resposta à comunidade.

O município com uma população residente de 197 mil e 228 habitantes⁽⁸⁷⁾, conta somente com mais um hospital - Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande - que até 2009 integrava a lista dos hospitais de referência do Ministério da Saúde⁽¹¹⁾ para atendimento dessas emergências. Porém, com a instalação da pandemia e o aumento do número de casos, outros hospitais precisaram somar-se a esta lista nacional, situação que inseriu o HU/FURG nesse atendimento à população.

A estrutura física do referido hospital universitário conta com 190 leitos e disponibiliza atendimento nas áreas básicas de clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica, clínica obstétrica e clínica ginecológica. Possui ainda: serviço de pronto atendimento, UTI neonatal e UTI geral, banco de leite, hospital-dia para AIDS, hospital-dia para doenças crônicas, centro regional de estudos, prevenção e recuperação de dependentes químicos, centro integrado de diabetes, centro regional do trauma ortopédico, centro regional integrado de diagnóstico e tratamento em gastroenterologia, centro de atendimento de doenças renais, centro integrado de tratamento e reabilitação pulmonar e unidade de educação.

Contratualizado com o Ministério da Saúde, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, atende as necessidades de saúde da cidade de Rio Grande e micro-região constituída dos municípios de São José do Norte, Santa Vitória do Palmar e Chuí.

Quanto à sua participação na assistência, no ensino, na pesquisa e na extensão⁽⁸⁸⁾, realiza por ano cerca de 233 mil consultas, 8 mil internações, 6 mil procedimentos cirúrgicos

e 331 mil exames. Na área de ensino, atua em conjunto com a FURG na formação e qualificação de profissionais da saúde, sendo que a Universidade forma anualmente em média 60 médicos e 50 enfermeiros. Possui residência médica, com uma média/ano de 40 vagas. Serve como campo teórico-prático a cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação. Produz e dissemina conhecimento na região a partir de projetos desenvolvidos em sua própria estrutura. Na área de extensão destacam-se dois programas: HU Saudável e Sustentável e Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão.

A Administração Central é composta do Diretor, Vice Diretor, Administrador, Coordenação de Enfermagem, Coordenação de Medicina e Coordenação de Infraestrutura que, em conjunto, compartilham as tomadas de decisões gerenciais da Instituição.

O quadro de pessoal compreende 103 professores oriundos do corpo docente da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem da FURG, 453 técnicos administrativos e 295 funcionários da Fundação de Apoio à Universidade do Rio Grande⁽⁸⁸⁾. A fundação de apoio é uma instituição de direito privado, cujos trabalhadores têm seus contratos regidos pela consolidação das leis do trabalho (CLT)^b e planos de cargos e salários, diferente dos vinculados à FURG. Estes últimos são regidos pelo regime jurídico único (RJU)^c, ou seja, servidores investidos em cargo público.

Destaca-se a atuação de docentes enfermeiros como protagonistas deste HU-FURG, participando ativamente do planejamento para a sua criação, bem como, durante todo o processo de consolidação, por meio de posições assumidas nos níveis estratégico e tático⁽⁸⁹⁾.

4.2 Participantes do estudo

Participaram da pesquisa 30 gestores do hospital universitário em estudo, sendo a seleção intencional. Adota-se como critérios de inclusão os trabalhadores que ocuparam cargos gerenciais na hierarquia formal da instituição durante a pandemia de influenza A (H1N1) em 2009 e aqueles considerados estratégicos para a coordenação dessa emergência de saúde pública. Não houve critérios de exclusão para os trabalhadores selecionados.

4.2.1 Caracterização dos participantes do estudo

^b CLT – Aprovado pela Decreto-Lei 5.452 de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.

^c RJU – Lei n°. 8112 de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

Pelas lentes da teoria moscovicianas as representações sociais sobre um determinado fenômeno sempre dizem respeito a um grupo específico^(69,90), estabelecendo-se uma relação dialética tão estreita entre sujeito e objeto que ambos se fundem. Nessa perspectiva, é que se destaca a importância em se visualizar a caracterização dos participantes da pesquisa por fornecer importantes subsídios envolvidos diretamente na organização das representações sociais sobre o fenômeno estudado.

A maioria dos gestores que compuseram a população do estudo é do sexo feminino 24(80%). A média de idade é de 40 anos (idade mínima 26 e 54 idade máxima), sendo que entre as mulheres 40% se localiza na faixa etária de 40 a 49 anos e entre os homens não há diferença numérica entre as faixas etárias de 31 e 39 anos (10%) e de 40 a 49 anos (10%). Os profissionais enfermeiros representam 43,3% da amostra estudada, sendo que desses 92,3% são do sexo feminino. Estes dados estão descritos na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos sujeitos, segundo profissão, sexo e faixa etária, Rio Grande, 2012.

Profissão	Número de entrevistados				Total	
	F		M		n	%
	n	%	n	%		
Enfermeiro	12	40	1	3,3	13	43,3
Médico	4	13,3	3	10	7	23,3
Administrador	1	3,3	0	0	1	3,3
Farmacêutico	1	3,3	0	0	1	3,3
Bioquímico	1	3,3	0	0	1	3,3
Assist. Social	1	3,3	0	0	1	3,3
Téc. Radiologia	0	0	1	3,3	1	3,3
Téc. Administrativo	1	3,3	0	0	1	3,3
Aux. Administrativo	2	6,7	1	3,3	3	10
Porteiro	1	3,3	0	0	1	3,3
Total	24	80	6	20	30	100
Idade (Anos)						
≤ 30	1	3,3	0	0	1	3,3
31 a 39	8	26,7	3	10	11	36,7
40 a 49	12	40	3	10	15	50
49 a 59	3	10	0	0	3	10
Total	24	80	6	20	30	100

Fonte: Dados da pesquisa, Souza DB, Rio Grande, 2012.

Na tabela 2 pode-se visualizar uma divisão numérica homogênea entre os participantes da pesquisa no que diz respeito à condição de chefes formais e chefes informais. A instituição, campo deste estudo, possui em sua estrutura gerencial hierárquica trabalhadores

investidos em cargos gerenciais formais, que recebem uma remuneração pelo exercício da chefia, e trabalhadores que respondem informalmente por unidades do hospital, não havendo uma remuneração por esse exercício, os quais foram nominados de chefes informais. Considerando-se o organograma da instituição (Anexo A), somente aqueles vinculados à administração central e 13 de 16 trabalhadores vinculados à coordenação de infraestrutura, especificamente, podem ser enquadrados como chefias formais. Cabe mencionar que, na administração central, os profissionais que exercem a função de adjuntos das coordenações de enfermagem, medicina e infraestrutura, enquadram-se na categoria chefia informal.

Os dados da tabela 2 demonstram igualdade na distribuição de chefias formais entre as enfermeiras e médicas. Entretanto, se compararmos proporcionalmente os profissionais dos dois grupos entrevistados, 13 enfermeiros e 7 médicos, a enfermagem ocupa 23% dos cargos de chefia e a medicina 42,9%. Tanto as enfermeiras como as médicas com cargos de chefia formal vinculam-se a administração central do HU.

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos, segundo a profissão, sexo e vínculo gerencial e vínculo empregatício, Rio Grande, 2012.

Profissão/Sexo	Número de entrevistados			
	Chefia Formal	Chefia informal	FURG	FAHERG
	n	n	n	n
Enfermeiro/F	3	9	12	0
Enfermeiro/M	0	1	1	0
Médico/F	3	1	4	0
Médico/M	0	3	3	0
Administrador/F	1	0	0	1
Bioquímico/M	1	0	1	0
Farmacêutico/F	1	0	1	0
Assist. Social/F	0	1	1	0
Téc. Radiologia/M	1	0	1	0
Téc. Administrativo/F	1	0	1	0
Aux. Administrativo/F	2	0	0	2
Aux. Administrativo/M	1	0	0	1
Porteiro/F	1	0	0	1
Total	15	15	25	5

Fonte: Dados da pesquisa, Souza DB, Rio Grande, 2012.

Dos 30 trabalhadores que participaram do estudo 8 integravam a administração central do HU, correspondendo a 26,7% do total da amostra. Esse grupo gestor era constituído por 4 enfermeiras, 1 sem chefia formal, 3 médicas com chefias formais, sendo duas delas docentes e, 1 médico com chefia informal.

As unidades assistenciais do HU não possuem chefia formal, mas todas elas têm um trabalhador de referência, um médico e um enfermeiro, que respondem junto à respectiva chefia da administração central. Integram este estudo enfermeiros e médicos das unidades de: emergência, tratamento intensivo geral, pediatria, maternidade e centro obstétrico, clínica médica e centro de esterilização de materiais. Todos os demais profissionais de saúde^d que compõem a amostra, com exceção da assistente social, vinculam-se a coordenação de infraestrutura e possuem chefias formais.

Com relação ao vínculo empregatício, verifica-se na tabela 2 que a maioria dos participantes da pesquisa são trabalhadores estatutários, funcionários da FURG, correspondendo a 83% da amostra.

Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o tempo de trabalho no HU, Rio Grande, 2012.

Profissão/Sexo	Número de entrevistados			Total
	Tempo de trabalho			
	≤ 5 anos	6 a 15 anos	≥ 15 anos	n
Enfermeiro/F	0	5	7	12
Enfermeiro/M	1	0	0	1
Médico/F	1	3	0	4
Médico/M	0	2	1	3
Administrador/F	0	0	1	1
Bioquímico/F	0	1	0	1
Farmacêutico/F	0	1	0	1
Assist. Social/F	0	1	0	1
Téc. Radiologia/M	0	0	1	1
Téc. Administrativo/F	0	0	1	1
Aux. Administrativo/F	0	1	1	2
Aux. Administrativo/M	0	1	0	1
Porteiro/F	0	0	1	1
Total	2	15	13	30

Fonte: Dados da pesquisa, Souza DB, Rio Grande, 2012.

O tempo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam no máximo 15 anos no HU totalizou 93% da amostra. A média de tempo entre todas as profissões foi de 11 anos de experiência. Entre os 13 profissionais enfermeiros, que compõem 43,3 % da amostra do estudo, a média de tempo de trabalho foi de 11,9 anos, sendo que das 4 enfermeiras que

^d Neste estudo, segue-se a perspectiva participativa de inclusão defendida durante a pandemia de influenza A (H1N1) de 2009. Ou seja, além de médicos e enfermeiros, outros trabalhadores de nível superior, técnico ou operacional que atendem pacientes ou usuários do sistema de saúde, incluem a categoria profissionais de saúde^(31,40).

atuavam como gestoras na administração central do HU, 3 delas tinham 17 anos de trabalho na instituição.

4.3 Coleta de dados

No estudo da teoria das representações sociais que discute a dinâmica do conhecimento entre os universos reificados e consensuais, por meio dos processos de objetivação e a ancoragem, ressalta-se a importância em se adotar uma abordagem plurimetodológica⁽⁶⁸⁾. Isto permite uma aproximação do objeto sob perspectivas diferentes, buscando-se penetrar em sua complexidade e na sua dinâmica, que envolve processos psicológicos e sociais e exige uma reflexão crítica considerando-se o contexto sócio-político-cultural-econômico. Assim, para atender ao propósito da pesquisa localizou-se na Técnica de Associação Livre e nas Entrevistas Semiestruturadas o suporte apropriado para conhecer os sentidos que os gestores de um hospital universitário atribuem às emergências de saúde pública. Pretendia-se realizar a Técnica de Análise Documental, mas somente um documento foi analisado, por se constituir como o único documento produzido e disponibilizado internamente para orientar a conduta dos trabalhadores diante da emergência de saúde pública influenza A (H1N1) em 2009. Por isso, essa informação foi incluída no diário de campo da pesquisadora.

A coleta de dados ocorreu entre junho e setembro de 2011, após homologação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.

4.3.1 Técnica de associação livre de palavras

Para disparar o processo de apreensão dos elementos constitutivos das representações sociais, buscando-se a primeira noção dos participantes do estudo sobre o objeto, utilizou-se o método associativo, isto é, a técnica de associação livre de palavras como primeiro recurso. Essa técnica que ajuda a localizar zonas de bloqueio e de recalçamento de um indivíduo⁽⁹¹⁾, foi operacionalizada por meio da evocação de palavras. Como indutora das associações, investiu-se na expressão emergência de saúde pública na pandemia de influenza, com o objetivo de identificar as representações sociais que os gestores do HU-FURG têm sobre essa emergência. Fez-se a seguinte pergunta: “Quais as três primeiras palavras que lhe vêm à cabeça quando você escuta a expressão emergência de saúde pública na pandemia de

influenza?” Logo após, solicitou-se que organizassem estas três palavras destacando as duas mais significativas e/ou importantes.

Esta técnica foi aplicada aos 30 participantes do estudo, conforme apresentado a seguir.

4.3.2 Entrevista semiestruturada

Trata-se de uma técnica muito conhecida na pesquisa qualitativa, em que se parte de um conjunto de perguntas básicas construídas de acordo com a teoria, formuladas a partir do problema de estudo, segundo os objetivos da pesquisa. Em seguida, conforme as respostas dos sujeitos, novas perguntas são formuladas, elaboradas a partir de novas hipóteses, derivadas das respostas anteriores⁽⁸⁴⁻⁸⁵⁾. Adotou-se a sugestão⁽⁶⁸⁾ de se iniciar com perguntas de caráter mais concretos, factuais, um trabalho que inicie no particular, seguindo em direção ao geral, começando com descrições de elementos e condutas da vida cotidiana. A abordagem deste particular vai permitindo que os elementos que estruturam as opiniões e as atitudes se mostrem. Atentou-se para que as perguntas fossem formuladas precisamente para ir além da espontaneidade em direção ao que, por várias razões, não é comumente dito⁽⁶⁾.

Assim, no instrumento de coleta (Apêndice A), apresenta-se o roteiro para as entrevistas, o qual inicia com alguns dados de caracterização dos participantes, duas questões indutoras de Associação livre de palavras, sendo as evocações registradas na ordem em que foram referidas pelos participantes. Na sequência, foram organizadas questões gerais que foram sendo desdobradas à medida que novas hipóteses se apresentavam diante das respostas fornecidas pelo informante, num movimento de construção articulado entre o foco do entrevistador e a espontaneidade de linha de pensamento e experiência do entrevistado. No final de cada entrevista, assegurou-se um espaço para que o participante pudesse acrescentar mais alguma fala, dando-se oportunidade de explorarem mais ideias, noções, conceitos que tivessem sido movimentados durante a entrevista.

Quanto ao número de participantes a serem entrevistados, seguiu-se o critério de saturação, considerando-se os estudos que indicam essa condição, entre 20 e 30 entrevistas⁽⁹²⁾. Primeiramente, entrevistou-se 8 gestores da administração central do hospital. De acordo com o desenho da pesquisa, solicitou-se que estes indicassem outros informantes-chave até completar o módulo de 30 entrevistas.

Para a realização das entrevistas, seguiram-se as orientações quanto à apresentação da pesquisadora, ao convite para a participação na pesquisa e aos esclarecimentos para responder

as perguntas formuladas. Esses cuidados são elementos fundamentais para a compreensão do material textual obtido, visto que a utilização da entrevista supõe o uso da análise de conteúdo, na qual as interpretações não chegam a desligar-se da subjetividade da pesquisadora⁽⁹³⁻⁹⁵⁾.

Todas as entrevistas foram realizadas em salas apropriadas, reservadas para reuniões, no próprio local de trabalho, com horário e data previamente agendados. Esses locais foram eleitos como preferenciais pelos entrevistados devido à facilidade de ajustarem a agenda para a realização das entrevistas à rotina acelerada de quem responde pela gestão de serviços de saúde.

4.4 Procedimentos de organização e análise dos dados

A análise de conteúdo categorial temática proposta por Laurence Bardin foi o procedimento adotado neste estudo para análise dos dados, conforme será explicitado.

Inicialmente a técnica de associação de palavras foi explorada. Essa técnica permite que se faça uma análise qualitativa de dados processados quantitativamente, uma vez que são quantificados os significantes, ou seja, as palavras que são evocadas a partir da expressão que caracteriza o objeto em estudo⁽⁶⁻⁷⁾. Mas “para a informação se tornar acessível e manejável, é preciso tratá-la, de modo a chegarmos a representações condensadas (análise descritiva do conteúdo) e explicativas (análise do conteúdo, veiculando informações suplementares adequadas ao objetivo a que nos propusemos)”⁽⁹¹⁾.

Então, os produtos das evocações foram organizados, por meio do programa *Microsoft Excel* 2010, em listas de frequência, ordem de aparecimento das três palavras evocadas e importância atribuída a elas pelos participantes, uma vez que se estimulou a organização das duas palavras mais importantes. Essa organização ajudou a captar indicativos dos universos de opiniões⁽⁷⁹⁾ constituídos pelo grupo estudado, evidenciando-se conteúdos expressos com conotações afetivas e valorativas além de elementos que dão sentido a dinâmica representacional.

A análise dos resultados obtidos a partir do teste de evocação de palavras foi aprofundada por meio de associações ou confronto com os significados explorados dos depoimentos obtidos pelas entrevistas. Assim, esta etapa de análise não ficou restrita ao significado explícito, ou seja, apenas por associação direta com os significantes. Também se explorou o significado subjacente nas entrelinhas de cada entrevista.

A análise das entrevistas transcritas na íntegra foi realizada pela técnica de análise de conteúdo categorial temática, seguindo-se o entendimento de que “a noção de tema está ligada à mensagem que se refere a determinado assunto. [...] é unidade ou significação que depreende de um texto analisado de acordo com critérios relativos à teoria que serve de guia de leitura”^(91:48).

Os temas, em sua concepção, aparecem como o centro da consciência fundamentado na experiência, onde a “estruturação temática coincide de algum modo, com o trabalho de objetivação” da representação. Assim, os elementos afetivos, cognitivos e sociais que organizam e propiciam o emergir dos temas, indicam o segundo ponto primordial para o entendimento das representações sociais, ou seja, a ancoragem^(13, 96:220). A ideia é descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência sejam significativas para o objeto analítico visado⁽⁹¹⁾, chegando-se a apreensão dos conteúdos que dão contorno e consistência às representações.

A técnica de análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) das mensagens”^(91:37). Essa técnica possibilita estudar as comunicações entre os seres humanos, colocando ênfase no conteúdo das mensagens.

Outra ideia essencial da delimitação do conceito é a inferência que pode partir das informações que fornece o conteúdo da mensagem. “Complementando, em termos de aplicação, a análise de conteúdo permite o acesso a diversos conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto, sejam eles expressos na axiologia subjacente ao texto analisado, implicação do contexto político nos discursos, exploração da moralidade de dada época, análise das representações sociais sobre determinado objeto, inconsciente coletivo em determinado tema, repertório semântico ou sintático de determinado grupo social ou profissional, análise da comunicação cotidiana, seja ela verbal ou escrita, entre outros”^(97:570). Assim, tudo que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo⁽⁹⁸⁾, sendo fundamental o entendimento do caráter social desse método de análise.

Embora esta técnica sofra crítica por sua influência positivista, ao enfatizar aspectos quantitativos que podem ser enfocados pelo método, isto não invalida a importância do método na pesquisa qualitativa⁽⁸⁴⁾. O importante é que se tenha amplo campo de clareza teórica. Isto é, não será possível a inferência se não houver domínio dos conceitos básicos da teoria que, segundo as hipóteses levantadas, estariam alimentando o conteúdo das mensagens.

No estudo das representações sociais “a prática articulada mais comum de pesquisa, quase o ‘romeu e julieta’ das representações, combina a coleta de dados por meio de entrevistas individuais com a técnica de análise de conteúdo para seu tratamento”^(80,99).

A análise de conteúdo categorial temática⁽⁹¹⁾ realiza-se por processos de desmembramento do texto em unidades de registro e em categorias segundo reagrupamento analógicos. Operacionalmente, foram respeitadas as três etapas básicas no trabalho com a análise de conteúdo categorial temática, conforme preconiza Bardin: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na **pré-análise** se priorizou a organização do material transcrito das 30 entrevistas (universo consensual) com posterior investimento na leitura flutuante de todo o material. Cabe destacar que não se desconsiderou nesta fase os resultados do teste de associação de palavras. Essa leitura geral, chamada de flutuante no referencial adotado⁽⁹¹⁾, intuitiva ou parcialmente orientada do texto, permitiu que se chegasse a constituição do *corpus*, ou seja, que se selecionasse o material a ser analisado de acordo com os objetivos iniciais da pesquisa. Também, essa leitura permitiu uma retomada da fase exploratória, avaliando o material disponível quanto aos questionamentos iniciais, definindo-se hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado. Em seguida, realizou-se uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, a partir das hipóteses levantadas até o momento e do referencial teórico, chegando-se a unidades de registro para serem utilizadas nas etapas posteriores.

Na etapa de **exploração do material** realizou-se o agrupamento dos temas a partir das semelhanças e confluência de sentidos para a determinação das categorias e, em seguida a nomeação e descrição das categorias de análise. Os procedimentos de codificação, classificação e categorização foram básicos nesta fase. Reforça-se que na delimitação das categorias temáticas consideraram-se os dados obtidos no teste de associação de palavras.

Como próximo passo, realizou-se o **tratamento dos resultados obtidos e interpretação** dos mesmos, apoiando-se nos materiais de informação, que se iniciaram já na etapa de pré-análise e que alcançam nesta fase sua maior intensidade. Refere-se ao momento de inferências dos materiais categorizados, possibilitando a submissão dos dados a interpretações a partir do referencial teórico, além do levantamento de novas hipóteses que ajudem a explicar o fenômeno.

Reforça-se que na interação dos materiais, *corpus* - resultado das 30 entrevistas e de 150 unidades de significação provenientes da aplicação de 30 testes de associação livre de palavras - ao se trabalhar com as representações, a atenção não pode se fixar no conteúdo

manifesto dos materiais. Torna-se relevante aprofundar a análise para que se possa desvendar o conteúdo latente que eles possuem⁽⁹⁹⁾.

4.5 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado ao Hospital Dr. Miguel Corrêa Junior (HU-FURG), por meio de carta (Apêndice B) com anúncio formal. Nesse documento, procurou-se esclarecer os objetivos da pesquisa, finalidades, metodologia e precauções éticas, solicitando-se espaço para a pesquisadora proceder aos encaminhamentos necessários. Inicialmente submeteu-se o projeto à apreciação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Em seguida, tramitou no Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS-FURG) e no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP-UFRGS), sendo homologado sob o número 19985. Esse parecer (Anexo B) foi validado pela instituição co-participante da pesquisa, HU-FURG, por meio da assinatura da declaração de ciência do referido documento e de suas co-responsabilidades com o estudo (Anexo C). Somente após esse trâmite se iniciou a coleta de dados.

No momento da divulgação deste estudo, bem como antes de se iniciar as entrevistas e o teste de associação livre de palavras, foi esclarecido que se trata de uma iniciativa acadêmica de pós-graduação, cuja responsabilidade é da pesquisadora que conta com a orientação e amparo legal do programa de pós-graduação, ao qual se vincula. Buscou-se anuência dos participantes do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), oficializando o compromisso com as formalidades éticas, uma vez que se trata de uma pesquisa com seres humanos⁽¹⁰⁰⁻¹⁰¹⁾. Por meio desse termo específico, solicitou-se concordância com a gravação em áudio para o registro das falas dos entrevistados. Essas falas foram repassadas para arquivos do tipo *wav*, armazenadas em meio digital (CD) e numa *pen-drive*, para garantir a segurança das informações. As entrevistas foram transcritas e identificadas pela letra “E”, seguida de numeração crescente, conforme a ordem cronológica de realização das mesmas (E1, E2, ...). Assegurou-se a privacidade e a confidencialidade das informações, bem como o anonimato dos sujeitos. Também, se garantiu a livre participação com possibilidade de desistência a qualquer momento, sem que essa decisão incorresse em prejuízos ao participante. Além disso, as falas que compuseram o relatório para a publicação foram validadas pelos sujeitos da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue previamente à coleta de dados em duas vias,

uma destinada ao participante e outra ao pesquisador responsável, contendo as respectivas assinaturas.

Assegurou-se aos participantes a devolutiva dos resultados após conclusão do estudo. Com relação à gravação em áudio das entrevistas, os arquivos do tipo *wav* foram armazenados em computador de uso exclusivo da pesquisadora, mantendo-se a sua guarda e do material transcrito por cinco anos, a contar da publicação dos resultados. As gravações digitais das falas em CD e na *pen-drive* foram inutilizadas.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em um primeiro momento (5.1), apresentam-se os resultados obtidos na primeira etapa das entrevistas que constituiu na associação livre de palavras, fornecendo uma visão geral sobre os possíveis conteúdos das representações sociais dos sujeitos sobre as emergências de saúde pública. Estas informações são retomadas na apresentação e discussão das categorias temáticas (5.2), em conjunto com o conteúdo abstraído das respostas fornecidas pelos sujeitos às perguntas semiestruturadas.

5.1 Associação livre de palavras

O teste de associação livre de palavras, aplicado a cada um dos 30 participantes do estudo no primeiro momento das entrevistas, resultou em 150 evocações ou unidades de significado com 45 palavras diferentes.

No Quadro 1, constam, por ordem de evocação e frequência de aparecimento, as palavras evocadas a partir do estímulo indutor: quais as três palavras que lhes vêm a cabeça quando escuta a expressão emergência de saúde pública na pandemia de influenza H1N1? Assim, as palavras primeiramente evocadas correspondem, em ordem decrescente de aparecimento: pânico (17%), medo (10%), conhecimento (10%), prevenção (6,7%), agilidade (6,7%), controle (6,7%) e caos (6,7%), tomando-se como ponto de corte os valores menores que dois (Quadro 1).

Num segundo momento, quando se solicitou aos participantes que mencionassem as duas palavras mais importantes, houve uma aproximação com os resultados do quadro 1. As expressões conhecimento (13,3%), pânico (10%), medo (6,7%), prevenção (6,7%), cuidado (6,7%), informação (6,7%) e responsabilidade (6,7%) aparecem como primeira evocação e se destacam das demais por se repetirem no mínimo duas vezes, conforme ilustra o Quadro 2.

Pânico, medo, conhecimento e prevenção aparecem no primeiro e no segundo quadro destacando-se como primeiras evocações, maior frequência de aparecimento e importância atribuída pelos sujeitos. O fato de serem evocadas mais prontamente sinaliza “o que há de mais espontâneo e livre de formulações conscientes sobre os conteúdos afetivos, cognitivos e sociais responsáveis pela organização das representações sociais”^(6:455). Essa ideia apoia-se na noção de que “as primeiras evocações parecem ser as mais espontâneas e inconscientes se o sujeito for pego de surpresa, em situação natural, ao passo que as apresentadas posteriormente são mais racionais, portanto, mais ligadas aos indivíduos, ao meio social”^(99:117). Outro aspecto

importante a ser considerado na análise, diz respeito ao fato de que as palavras mais frequentes geralmente aparecem como primeira evocação. Portanto, também merecem uma atenção especial por se revelarem como mais expressivas, no grupo social estudado, para a apreensão das representações sociais, explicitando conteúdos que estão além do entendimento consciente, latentes⁽⁹⁹⁾.

Quadro 1 - Associação de palavras sobre o estímulo indutor emergência de saúde pública na pandemia de influenza H1N1, ordenadas pela frequência e ordem de evocação, de 30 gestores de um HU, Rio Grande, 2012.

1ª Evocação	n	%	2ª Evocação	n	%	3ª Evocação	n	%
Pânico	5	17	Tratamento	4	13,3	Insegurança	3	10
Medo	3	10	Medo	4	13,3	Dificuldade Técnica	2	6,7
Conhecimento	3	10	Pânico	3	10	Coragem	2	6,7
Prevenção	2	6,7	Organização	3	10	Educação	2	6,7
Agilidade	2	6,7	Desinformação	2	6,7	Organização	2	6,7
Controle	2	6,7	Responsabilidade	2	6,7	Pânico	2	6,7
Caos	2	6,7	Distanciamento	1	3,3	Conhecimento	1	3,3
Cuidado	1	3,3	Desconhecimento	1	3,3	Atualização	1	3,3
Contágio	1	3,3	Despreparo	1	3,3	Confiança	1	3,3
Tratamento	1	3,3	Falta de padronização	1	3,3	Tratamento	1	3,3
Equipe	1	3,3	Conscientização	1	3,3	Prevenção	1	3,3
Conscientização	1	3,3	Educação	1	3,3	Responsabilidade	1	3,3
Isolamento	1	3,3	Proteção	1	3,3	Isolamento	1	3,3
Desconhecimento	1	3,3	Coerência	1	3,3	Curiosidade	1	3,3
Saúde Pública	1	3,3	Cooperação	1	3,3	Cuidado	1	3,3
Organização	1	3,3	Feio	1	3,3	Informação	1	3,3
Desorganização	1	3,3	Informação	1	3,3	Deprimente	1	3,3
Crítico	1	3,3	Morte	1	3,3	Revolta	1	3,3
						Atenção	1	3,3
						População	1	3,3
						Pouco Caso	1	3,3
						Ansiedade	1	3,3
						Falta de Bom senso	1	3,3
	30	100		30	100		30	100

Fonte: Dados da pesquisa, Souza DB, Rio Grande, 2012.

Analisando a frequência entre as 150 evocações/unidades de significado, os vocábulos mais citados foram, em ordem decrescente: pânico (16 vezes), tratamento (12 vezes), organização (11 vezes), medo (10 vezes), conhecimento (8 vezes), responsabilidade (5 vezes) prevenção (5 vezes), caos (4 vezes), conscientização (4 vezes) e desconhecimento (4 vezes).

Quadro 2 - Evocação de palavras sobre o estímulo indutor emergência de saúde pública na pandemia de influenza H1N1, ordenadas pela importância, frequência e ordem de evocação, de 30 gestores de um HU, Rio Grande, 2012.

1ª Evocação	n	%	2ª Evocação	n	%
Conhecimento	4	13,3	Organização	5	17
Pânico	3	10	Tratamento	5	17
Cuidado	2	6,7	Pânico	3	10
Informação	2	6,7	Desconhecimento	2	6,7
Medo	2	6,7	Caos	1	3,3
Prevenção	2	6,7	Cooperação	1	3,3
Responsabilidade	2	6,7	Conscientização	1	3,3
Ansiedade	1	3,3	Desinformação	1	3,3
Agilidade	1	3,3	Desorganização	1	3,3
Caos	1	3,3	Distanciamento	1	3,3
Conscientização	1	3,3	Educação	1	3,3
Contágio	1	3,3	Agilidade	1	3,3
Controle	1	3,3	Isolamento	1	3,3
Deprimente	1	3,3	Medo	1	3,3
Desinformação	1	3,3	Equipe	1	3,3
Educação permanente	1	3,3	Urgência	1	3,3
Falta de bom senso	1	3,3	Revolta	1	3,3
Coragem	1	3,3	Insegurança	1	3,3
Saúde Pública	1	3,3	Controle	1	3,3
Tratamento	1	3,3			
	30	100		30	100

Fonte: Dados da pesquisa, Souza DB, Rio Grande, 2012.

Esses dados coletados por meio do teste de associação livre de palavras foram confrontados com o conteúdo das entrevistas. Assim, as representações foram sendo desveladas por meio dos sentimentos, atitudes, práticas e imagens construídas na relação com o fenômeno emergência de saúde pública experimentado de forma concreta pelo grupo, no campo das doenças infecciosas, durante a pandemia de influenza A (H1N1) em 2009.

5.2 Categorias temáticas

As categorias temáticas que resultaram do estudo são: vulnerabilidade, proteção da saúde, descaso: zonas nebulosas da esfera pública e integralidade, dispostas no Apêndice D. É importante destacar-se que a técnica de entrevista propiciou a contextualização das informações obtidas no teste de associação de palavras. Esta contextualização, por sua vez, subsidiou a organização das evocações, dando contorno à categorização temática, conforme pode ser visualizado no Apêndice E, e que a seguir serão apresentadas.

5.2.1 Vulnerabilidade

A experiência concreta dos gestores com uma situação de emergência de saúde pública, propiciada pela pandemia de influenza A (H1N1), fez pairar uma ameaça inquietante. Ameaça com o gosto amargo da incerteza e a dor íntima do desamparo frente à impotência de não saber o que deve ser feito. É marcante a consolidação de uma visão de incapacidade de administrar o que é desconhecido, o desconhecido apresenta-se como imprevisível, assustador. Revelam-se, nas falas dos sujeitos, memórias e conclusões de situações dramáticas vinculadas a epidemias passadas. Sentimentos e pensamentos contraditórios que se instalam na relação entre os avanços da ciência e da tecnologia e a desconcertante constatação de que o conhecimento científico é menor do que a exigência no plano do real, da vida.

Nessa construção, existe uma associação da emergência de saúde pública à categoria temática nominada vulnerabilidade. Assim, esta categoria se configura como a cristalização da representação social sobre o objeto, onde se encontra a materialização do que era abstrato aos sujeitos, ou seja, por meio do pensamento e da fala dos participantes do estudo, ancorada em elementos da realidade dos mesmos. “Este processo de objetivação fundamenta-se na arte de transformar uma representação na realidade da representação, transformando a palavra que substitui a coisa, na coisa que substituiu a palavra”^(13:71).

A representação social sobre emergência de saúde pública apresenta-se, ancorada em elementos principais relacionados a medo, pânico, desconhecimento, insegurança, caráter de inusitado, contágio, castigo divino, morte e informação. Esses temas foram reforçados no teste de associação de palavras, com destaque para medo e pânico pela ordem de aparecimento, maior frequência e importância atribuída pelos participantes.

Na compreensão de alguns autores⁽¹⁰²⁻¹⁰³⁾, a análise histórica de eventos relacionados a doenças infecciosas como a peste, gripe ou cólera, revela que apesar das diferenças de tempo e espaço, não há como negar as manifestações simbólicas coletivas invariáveis, próprias dos períodos epidêmicos. Nessa perspectiva, as imagens relacionadas às epidemias geralmente expressam representações sociais semelhantes, ainda que em conjunturas históricas específicas. Como exemplo, os autores⁽¹⁰²⁻¹⁰³⁾ trazem a associação desses períodos a ideia de castigo divino e morte, destacando o medo como elemento constante, aludindo sua presença como avassaladora.

O sentimento de medo que se manifestou nas falas dos entrevistados inspirado pela experiência da emergência provocada pela pandemia de gripe H1N1 em 2009 anunciava

sinais de atravessamento das memórias do cotidiano de epidemias que aterrorizaram no passado, como a gripe espanhola em 1918:

A gente sabendo da gripe espanhola que teve no passado, tendo toda aquela prévia, não é? Foi muito interessante participar disso tudo. O medo era grande. Foi nossa primeira experiência de participar de uma pandemia, de uma experiência mundial. A gente foi ver o histórico, o que aconteceu aqui em Rio Grande, queimaram até um hospital por conta da espanhola, dá medo (E8).

*As imagens que se tem dessa doença no passado, aqui em Rio Grande, são de grupos de pessoas sendo atiradas, deixadas, aqui bem pertinho onde hoje é o HU, pois era um cais de porto [silêncio], corpos empilhados. E o pessoal já estava visualizando essa coisa toda, ninguém mais quer passar por aquilo tudo, ver aquelas cenas. **Nem gosto de falar** [grifo meu] (E5).*

A memória da gripe espanhola se mostra como um caminho para lidar com o que até aquele momento se apresentava como um evento pouco compreendido. Uma tentativa de fuga do estado de perplexidade e desorientação, “organizando o fenômeno a um sistema de categorias familiares e funcionais aos indivíduos, e que lhes estão facilmente disponíveis na lembrança, denominando e classificando-o em função dos laços que este mantém com sua inserção social”^(90:110). Por outro lado, a expressão ‘nem gosto de falar’ revela uma prudência redobrada acionada pelo medo do poder mágico da palavra. Falar da doença é como torná-la presente, simbolicamente, mas também provocar, pelo desvio da rememoração, a sua ressurgência⁽¹⁰⁴⁾.

Além da gripe espanhola, a experiência da AIDS também surge como memória atrelada ao medo, integrando a rede de significados que concerne à ancoragem da representação sobre emergência de saúde pública. Assim, a emergência da gripe A, discutida no campo das doenças infecciosas, traz à tona outros períodos epidêmicos de medo coletivo, que colocaram a sociedade impotente diante dos chamados ‘males’ que se instalaram de forma agressiva e letal na idade média⁽¹⁰²⁻¹⁰³⁾.

Pode-se dizer que medo e o mal andam lado-a-lado. “Talvez sejam apenas dois nomes de uma só experiência - um deles se referindo ao que se vê e ouve, o outro ao que se sente. Um apontando para o lá fora, para o mundo, o outro para o aqui dentro, para você mesmo. O que tememos é o mal, o que é o mal, nós tememos”^(36:74). Todos os arcabouços utilizados para registrar e mapear histórias horripilantes, como as vinculadas ao estereótipo da peste, a fim de torná-las compreensíveis ou toleráveis, perdem a consistência e parecem se desintegrar quando se tenta esticá-los o suficiente para acomodar o tipo de maldade chamado de “mal”,

por conta da sensação de incapacidade de decifrar o conjunto de regras que essa maldade pode violar⁽³⁶⁾.

Na relação do medo com o mal encontra-se uma das organizações da emergência de saúde pública no espectro da vulnerabilidade ativada pela ameaça provocada pela pandemia H1N1. A imagem concreta da vulnerabilidade aloca os profissionais de saúde à situação das pessoas em necessidade, própria da condição humana. Esta condição, por si só, é marcada por um extremo grau de fragilidade devido à característica temporal e finita de toda vida humana⁽¹⁰⁵⁾. Por isso toca a todos indistintamente relativizando a dicotomia clássica entre os profissionais de saúde que “sabem” e usuários do sistema de saúde que “não sabem”, ensejando uma adequada aproximação dos fortes e dos fracos. A emergência ao ser percebida pelos participantes como uma ameaça que não poupa ninguém, afetando a todos de forma indiferenciada, acaba por assumir um caráter democrático:

Numa emergência de saúde pública dessas, como a provocada pela pandemia, todos estão expostos (E1).

Não havia diferença, todos estavam expostos, profissionais médicos, enfermeiros, estavam todos apavorados. O pânico era geral (E10).

Entretanto, pode-se argumentar que esse caráter democrático pode não ser tão democrático assim, quando pensado no âmbito das consequências sociais de um mundo globalizado. Ou seja, a globalização é universalização⁽¹⁰⁶⁾. Universalização da produção, das trocas, do mercado, do consumo, do espaço e das pessoas. É esse o movimento das emergências de saúde pública, é nesse turbilhão de universalizações que os gestores da área da saúde fragmentam-se enquanto cidadãos constituídos pelo universo reificado na relação atemporal da globalização, sem clareza de como obter meios de planejar e executar ações globais de forma particular.

Embora as doenças infecciosas acometam a todos, isto não significa que ocorra na mesma medida, pois a globalização abrange uma repercussão sobre a saúde da população muito mais negativa do que positiva, uma vez que a pobreza está intimamente relacionada às condições e expectativas de vida e ao pouco recurso financeiro para as ações de saúde^(3,107). No campo da saúde, cabe a reflexão de que o processo linear e relativamente simples de transição epidemiológica, no qual as chamadas doenças da pobreza são substituídas/disfarçadas por males da modernidade, não acena movimentos que façam frente ao quadro complexo de alterações, mudanças, adaptações e emergências típicas dos fenômenos vivos. A relação entre as populações humanas, vetores e agentes etiológicos é

bastante complexa e não parece estar no horizonte, para os próximos anos, a miragem de uma vida livre de infecções.

Os gestores do HU situam as emergências a uma distância segura dos domínios do compreensível invocando uma resposta à insistência racional em lidar com o que se apresentava no plano do real, mas que inconscientemente tinha força de inexplicável e negativo. No campo das representações, o elemento medo também pode ser entendido como expressão simbólica de um estado de imprevisibilidade, tanto relacionado ao espaço obscuro do desconhecido, quanto ao de incognoscível.

De certa forma, os sujeitos permanecem ligados à herança histórica de explicação das epidemias pelo plano do divino, conforme explicitado:

Sabe, nessas horas, a gente entrega a Deus. E aí eu pensava assim: mas Deus não vai fazer isto comigo, eu estou lá trabalhando, ajudando, ele não vai me dar uma doença dessas. Com o desconhecido não tem como [pausa] (E1).

Subjaz a fala do sujeito um pedido de absolvição, justificado por uma conduta virtuosa de estar “trabalhando”, “ajudando”, pedido este que revela uma conexão da emergência pandêmica à ideia de castigo. É possível verificar nos textos e na iconografia medieval a presença da justiça divina imposta aos mortais como razão das epidemias. O flagelo era explicado como um castigo dos deuses contra pecados cometidos pela humanidade, sendo inúmeras as imagens representando criaturas divinas lançando flechas contra as pessoas⁽¹⁰²⁻¹⁰³⁾. A noção de castigo divino aflora nas entrevistas em vinculação com o tema desconhecimento. Há certa conformidade quanto ao fato de que acontecimentos inesperados fazem parte da história humana, das sociedades e estão presentes inevitavelmente na vida de todos. A questão é de como lidar com isto, para que não insurja essa ‘certa coisa’ ainda incerta que a emergência traz consigo e que parece esquivar-se à consciência:

A gente não sabia com o que estávamos lidando, tínhamos medo dessa coisa. Lutar contra o que? (E1).

[...] sentimento de impotência tu não sabe o que vem, como gerenciar (E16).

A tradução desse discurso, repetido na história, é abstraído das entrevistas pelo entendimento do caráter substancial e irremediável de epidemia na intermediação com a ideia de inusitado, inadministrável. Dizer que a emergência é desconhecida, que existe algo de incognoscível sugere uma restrição do agir gerencial e um admitir, mesmo que inconscientemente, os limites da ciência de lidar com a incerteza num hospital que se constitui em espaço de assistência, mas principalmente num espaço de ensino e pesquisa:

As dúvidas eram muitas, pelas incertezas [...]. Porque realmente era uma coisa muito nova (E5).

Na verdade, representa toda uma situação de incerteza (E7).

A psicologia das emergências, discutida por alguns autores⁽¹⁰⁸⁾ pelo dramático cotidiano do trauma, reforça a necessidade de se preencher a superficialidade e a velocidade do modo de abordar esses assuntos nominados de “espinhosos”. Muitas vezes “a comunidade acadêmica, representante da ciência, reproduz o que combate exatamente pela pressa e por uma ilusória busca de objetividade e clareza, que julga encontrar negando as contradições, principalmente pelas perdas narcísicas que provocam: algo como correr de suas próprias pegadas com medo de suas marcas”^(108:250).

Parece que a única certeza durante a pandemia da gripe era a da incerteza. Para os sujeitos do estudo, a experiência vivenciada significou um confrontar-se com uma situação-limite que se anunciava de forma rápida e que exigia ações também rápidas. Foi preciso lidar com um vírus novo, que se alastrou rapidamente e causou mortes. Mais ainda, que se mostrou prevalente e letal principalmente entre pessoas jovens. A maioria dos casos graves e fatais foi registrada em adultos com idade inferior a 50 anos, ao contrário da influenza sazonal, na qual 90% destes casos atingem maiores de 65 anos⁽¹⁰⁹⁾. Não havia tempo para grandes elaborações. Mas como agir rapidamente diante da cegueira que se instalou subitamente?

*A pandemia H1N1 me deixou muito fragilizada. Porque era uma doença que mesmo tu olhando para o paciente, buscando o teu conhecimento e a tua a experiência, tu não enxergavas. Havia um desconhecimento. Ninguém conhecia, ninguém sabia. [...] a sensação de morte era muito grande (E6).
A gente tinha alguma coisa publicada, mas ao vivo e a cores eu nunca tinha visto alguém com H1N1. E é uma evolução totalmente diferente do vírus da Influenza B, totalmente. Na influenza A, são pessoas híidas. O que era mais cruel, hoje pela manhã com quadro gripal, hoje às 18 horas com insuficiência respiratória e com uma dissociação clínica que tu vê muito raramente na tuberculose (E11).*

Homens fortes, jovens que internavam com quadro gripal que se não fosse a pandemia, essa pessoa iria voltar para casa (E27).

Eu vi um recém-nascido morrer de H1N1 e foi muito triste (E13).

O paciente estava com um quadro gripal e em poucas horas evoluía para uma insuficiência respiratória grave e a gente perdia o paciente. O desconhecimento era marcante (E8).

Depreende-se das falas um sentimento de impotência acionado pela dificuldade de compreensão de como lidar com algo que não se enxerga, com algo que não se conhece. O sentimento de fragilidade remete ao tema insegurança em vinculação direta com a ideia de morte. A insegurança, compreendida como o símbolo⁽¹¹⁰⁾ da morte alimenta a sensação de

suscetibilidade a um perigo, como que um acionar do arquétipo^a de horror construído na história das epidemias durante séculos e que atesta permanências, enquanto representações das emergências de saúde pública.

“Quantos valorosos homens, quantas mulheres belíssimas, quantos galantes homens, que Galeno teria considerado mais do que sadios assim como Hipócrates, Esculápio e outros, tomaram o seu almoço de manhã com os parentes, colegas, amigos, e, em seguida na tarde desse mesmo dia, jantou no outro mundo, em companhia de seus antepassados”^(20:17). É da epidemia da peste que Giovanni Boccaccio esta falando. Esse relato é tão atual que impressiona. Embora se refira ao século XIV não difere em quase nada dos relatos dos sujeitos deste estudo sobre a emergência H1N1, mesmo já se dispor de medicamentos em estoque e de tecnologia para produção de imunobiológicos.

Quando algo ocorre na vida que corresponde a um arquétipo, este é ativado e surge uma compulsão que se impõe a modo de uma reação instintiva contra toda a razão e vontade⁽¹¹¹⁾. A morte aflora no significado cedido pelos sujeitos como a própria encarnação do desconhecido. Concebida como um dos maiores mistérios da vida, ganha sentido enquanto anulação de tudo que se aprendeu, como que se anunciando o fim de tudo⁽¹¹²⁾. Nessa perspectiva, a morte como um dos elementos que ancoram a representação social das emergências de saúde pública por doenças infecciosas, além de integrar nesse processo de ancoragem conteúdos pré-existentes ligados à história das epidemias, também atribui novos sentidos vinculados às características da própria instituição. Isto é, um desmoronar de uma construção sólida de segurança atrelada à ciência e ao espaço dos hospitais universitários.

O saber acadêmico, profissional, classificado como reificado⁽⁷⁹⁾, fica comprometido pela falta de conhecimento para respaldar as condutas técnicas e gerenciais. Identifica-se que muitos dos entrevistados sentem falta de alternativas para dar conta do atendimento das necessidades dos pacientes na situação de emergência por doenças infecciosas. Na ausência de um saber reificado as representações são construídas na contradição entre o que as pessoas “deveriam saber”, pois “a universidade como espaço da ciência impõe o paradigma da excelência de toda verdade,”^(55:18) e a cultura das epidemias, enquanto ações que se repetem⁽¹⁰³⁾.

^aSob a ótica junguiana, compreende-se que todos trazem em si o princípio de desagregação, sob o conceito de arquétipo. Para a psicologia analítica, os arquétipos são fruto da experiência humana ao longo da evolução, isto é, as experiências típicas/comuns humanas imprimiram na psique, ao longo das centenas de milhares de anos, um registro residual dessas experiências, de modo que forneceriam ao indivíduo padrões de organização psíquica necessários para sua vida psíquica/simbólica⁽¹¹¹⁾.

Nessa contradição, a noção de morte inspirada pela doença infecciosa engendra-se com o medo. Esse medo, cujos sinais se constatou muitas vezes nas entrevistas, sugerindo uma recusa de reconhecer-lhe a existência ou de enfrentar a consciência, tem um alcance mais significativo quando interligado ao tema negação e resistência:

Mas a resistência foi tão grande, que eu me lembrei do início da epidemia da Aids. Alguns poucos médicos da cidade se interessaram e começaram a falar do problema. Eu lembro que meus colegas diziam, o que eles querem com isso, isso não é doença que vem para cá. Não sonha. Hoje com a pandemia isso se repetiu (E6).

Eu parto do pressuposto de que quem trabalha numa instituição de ensino deveria ter uma cabeça mais aberta. [...] se envolver mais. Tu não tens ideia da resistência que foi. Gente que eu considerava profissionalmente muito bons, e são bons profissionais, mas com uma negação [ênfase]. Eles se negavam, resistiam a aceitar informação, se negavam a participar [...] (E22).

No início foi difícil. Ninguém queria ajudar. Havia uma falta de valorização da situação naquele momento [...]. Difícil foi mostrar para os colegas a importância, francamente parecia que ninguém tinha noção do que estava acontecendo (E8).

Se analisarmos uma série histórica. [...] nunca aconteceu nada. Nenhuma experiência que tivesse sido preocupante, que saísse do controle (E15).

A partir do entendimento da doença sob a ótica da história das epidemias, trata-se de um comportamento esperado, que se repete, independente de marcos geográfico e temporal⁽¹⁰³⁾. Entretanto, também pode estar indicando uma proteção da tranquilidade oferecida pelo espaço da universidade. Uma forma de expulsar do campo das incertezas a ansiedade dos não saberes, ocultando a vulnerabilidade, ou o medo da mesma.

Mas se, para além das denegações, tudo funciona tanto para evitar um perigo quanto para dominar um medo, é necessário poder evidenciar os indícios brutos da ansiedade que mobiliza a defesa das regras, compreender de que o grupo se protege por meio dessa organização dualista, que serve tanto para ocultar o processo defensivo quanto o seu objeto⁽¹⁰⁴⁾, e quais implicações para a gestão. Os gestores manifestaram nas entrevistas a necessidade de uma maior conscientização sobre a importância das emergências de saúde pública, no sentido de melhorar o entendimento de que as mesmas se constituem numa ameaça real à saúde da população. Sendo assim, essas situações exigem coerência no conjunto de decisões gerenciais, prontidão, agilidade e humildade para seu enfrentamento.

A necessidade de conscientização, referida pelos sujeitos, pode dar sentido a palavra falta de bom senso presente no teste de associação de palavras. Ou seja, o bom senso significando uma estratégia gerencial para aprender com a variação, sendo importante saber

escutar e, mais, saber perscrutar o caso singular. Decidir os melhores caminhos gerenciais, mas decidir ponderando, ouvindo outros profissionais, expondo incertezas, compartilhando dúvidas. “A arrogância de um sábio que conhece quase toda a história de um ser inexistente pode atrapalhar mais do que ajudar. No entanto, há que se saber sobre as regularidades possíveis”^(113:66).

Há um perigo ligado à morte que concorda, no nível manifesto, com o temor subjacente aos limites do conhecimento científico, o perigo do contágio. Elemento importante na organização da categoria vulnerabilidade, enquanto ponto de ancoragem que dá suporte à cristalização da mesma, o contágio apresentou-se muito forte nas entrevistas, principalmente ligado à ideia (in)segurança de suas famílias. A perda de uma pessoa amada é uma das experiências mais intensamente dolorosa que o ser humano pode sofrer. É penosa não só para quem experiência, como também para quem observa, ainda pelo fato de sermos tão impotentes para ajudar⁽¹¹²⁾.

Um estudo⁽³¹⁾ entre 644 profissionais que atuam em um hospital universitário apontou que 28% dos participantes reconheceram como justificável abandonar o trabalho para se proteger ou proteger sua família. Do ponto de vista normativo, ainda não há um consenso que possa subsidiar os gestores quanto a estratégias a serem adotadas diante de situações como estas. Entretanto, os deveres dos profissionais de saúde precisam ser avaliados de acordo com os critérios da necessidade e da proporcionalidade, balanceando os deveres com a sociedade com os deveres com as suas famílias⁽³¹⁾.

[...] eu oriento meu pessoal nesse sentido, vocês tem que se cuidar aqui para proteger a família de vocês [...]. Saíam daqui, tirem as roupas de vocês antes de irem para casa (E16).

Imagina contaminar as pessoas em casa?[...] todos os trabalhadores tinham essa preocupação, levar a doença para casa. Era um fator de ansiedade, já pensou se meu filho morresse?(E1).

Culpa, caso contraísse H1N1. Tinha criança pequena em casa. Como não contaminar os meus em casa?(E12).

Não é só o problema de nos contaminar, eu dizia isso, mas por levar para a nossa família, perder nossa família, filhos (E14).

Na observação freudiana há um “colapso total quando a morte atinge alguém a quem amamos, um pai, mãe ou parceiro de matrimônio, um irmão, um filho ou parente próximo. Nossas esperanças, desejos e prazeres jazem na tumba com ele, não nos consolaremos, não preencheremos o lugar daquele que perdemos”^(114:78). Os aspectos mais trágicos das epidemias tinham haver com o contágio. Não específico e muito mais amplo que o conceito de

transmissão, o contágio relaciona a doença ao contato e ao sentido do tato⁽¹⁵⁾. Fazendo uma leitura da saúde e da doença no campo das representações sociais, constata-se que as pessoas se comportam como se algumas ideias ou crenças sobre a saúde fossem verdadeiras, e reconhecidas por consenso. “Observa-se inúmeros exemplos de ações representacionais^b, no campo da saúde, uma vez que a noção de contágio é fundante da própria noção de doença e assim permanece até hoje”^(115:610), podendo determinar práticas de gestão e solapar o conhecimento científico, garantindo a permanência dessas visões arcaicas:

O contágio ainda denota uma experiência que associa reações de medo a de rejeição ao outro⁽¹⁵⁾, sendo possível constatar nas entrevistas a continuidade dessa ideia no tema distanciamento do paciente:

Tínhamos muito medo do contágio. Ah, então eu não vou mais entrar nesse quarto. Eu não vou mais no SPA (E7).

Por outro lado, a falta de informações claras sobre o comportamento do vírus e seus reais meios de transmissão, também favoreceram esse distanciamento e incitaram o pânico:

Os protocolos eram tão inconsistentes que assustavam, iam se modificando a cada momento. A cada alteração aumentavam as dúvidas, a insegurança [...] (E20).

Para a maioria dos gestores os meios de comunicação tiveram um papel significativo durante a emergência do H1N1, tanto como fonte geradora de pânico como fonte de informação:

O pânico estava na mídia. A imagem era de horror, catástrofe (E25).

A mídia tem uma influencia muito grande, foi a primeira coisa de vulto que a gente atendeu (E1).

A gente acompanhava a situação pelos jornais e pela televisão, a toda hora aumentavam o número de óbitos e a coisa se alastrava (E29).

A comunicação social, sob seus aspectos midiáticos, aparece como condição de possibilidade e determinação das representações e pensamentos sociais⁽⁶⁸⁾. Estudos que analisaram as representações sociais da AIDS sinalizam que “a falta de informação e a incerteza da ciência favorecem o surgimento de representações que vão circular de boca em boca ou pular de um veículo de comunicação a outro”^(68:20). Portanto, é preciso ter clareza que a abundância de trocas de informações favorece a circulação de inúmeros boatos, informações distorcidas e incompletas, assim como dados imprecisos e que podem estar influenciando na

^b Trata-se de um conjunto de condutas regulares, sem contradição com as normas, realizadas com o consentimento do grupo e que correspondem às crenças comuns, mas não verbalizadas, e que justificam os comportamentos de proteção⁽¹¹⁵⁾.

organização das representações, repercutindo na forma de gerenciar uma emergência de saúde pública.

Lidar com o fluxo acelerado de informações e, principalmente, dar-lhes um significado, interpretá-las, integrando-as em sua visão de mundo, é uma tarefa inevitável do sujeito moderno. O acesso à informação em nossos dias, depende de uma forma sem precedentes em tempos anteriores, da relação do indivíduo com os veículos de comunicação⁽¹¹⁶⁾. Durante a emergência da gripe H1N1 as imagens e informações chegavam aos espaços de trabalho, nas casas e ambientes de lazer, em todos os cantos, numa velocidade que abolia a distância e tornava o problema imediato. A ênfase na divulgação de *updates* informando o número de óbitos e os países acometidos pela emergência davam o ritmo do horror. No entendimento de alguns autores⁽¹²⁾ houve certo sensacionalismo na notificação de óbitos pela mídia, gerando pânico e favorecendo falhas no controle da pandemia.

Embora existam elementos de estabilidade, ligados a memória das doenças epidêmicas⁽¹⁰²⁻¹⁰³⁾, ancorando a representação de emergências de saúde pública, o tema informação dá visibilidade a uma das características mais importantes de nosso tempo, a velocidade, a aceleração do tempo. As constantes transformações que dão a sensação de um permanente atraso em relação ao presente e que precisam ser pensadas, com cuidado, caso se queira tomar distância da pura opinião (*doxa*) que define o sentido da nossa época. Nesse movimento, na dança das relações que se revolucionam em meio a interpretações veiculadas a vida cotidiana é que as representações são retroalimentadas e, para ser mais fiel ao pensamento de Jodelet⁽⁶⁸⁾, são mantidas enquanto se transformam e se transformam enquanto se mantém.

5.2.2 Proteção da Saúde

Emergências de saúde pública tornou-se um tema central na sociedade contemporânea, diante das crises sanitárias atuais que emergem num contexto globalizado e que expõem as populações às ameaças advindas do fluxo intenso de indivíduos, produtos, serviços e enfermidades reincidentes ou emergentes. Com base em análise de risco contextualizada sobre eventos de saúde que podem se disseminar internacionalmente, o termo tem sido discutido na literatura, principalmente, na relação com eventos de natureza infecciosa que ocorrem sob a forma de surtos ou epidemias⁽²⁾. Na percepção dos gestores do HU, as emergências estão intimamente relacionadas a medidas de contenção. Há uma predominância no entendimento dessa contenção com foco em medidas de salvaguarda da vida humana,

depreendendo-se como fio condutor nas falas uma ideia de proteção a partir da minimização de riscos.

Muitos autores⁽¹¹⁷⁻¹¹⁸⁾ utilizam o termo risco em relação a perigo, probabilidade, possibilidade, ameaça, aventura e incerteza, o que demonstra que sua definição conceitual está longe de reunir consensos. Historicamente, o risco assumiu um poder normativo na sociedade. As medidas sanitárias a partir de riscos muitas vezes foram e ainda são utilizadas como parâmetros para organizar a vida em sociedade, estabelecendo normas, condutas, comportamentos, e servir como estratégia de governo⁽¹¹⁹⁾. Assim, o conceito de risco conjugado às emergências de saúde pública remete à reflexão sobre o impacto das mesmas para a sociedade, sejam de ordem econômica, como na restrição de viagens a negócios ou a turismo devido ao risco de maior exposição ao vírus do influenza A (H1N1) ou de natureza política, implicando reordenações gerenciais das instituições envolvidas com a saúde da população.

Na situação concreta, os gestores, chamados a falarem sobre uma emergência de saúde pública, confrontam-se com um objeto mal definido e impreciso, tanto do ponto de vista da experiência quanto do protocolo clínico, tendo em vista o fator novidade ligado ao objeto. Trata-se de um fenômeno social caracterizado por seu potencial em sensibilizar e mobilizar o interesse público. É sobre esses fenômenos que a teoria das representações sociais se debruça, estuda e constrói teoria, fenômenos que são pensados e discutidos, que causam tensão e provocam ações⁽¹²⁰⁾.

Na categoria proteção da saúde, abstraída das entrevistas, tem-se uma das objetivações da representação sobre emergência de saúde pública, ancorada em elementos relacionados a ações de prevenção, controle, isolamento, biossegurança, diagnóstico, tratamento e regulamentação. No teste de associação de palavras, destacam-se as expressões: prevenção pela maior frequência, ordem aparecimento e importância atribuída pelos sujeitos e, tratamento por aparecer entre as 150 evocações como a segunda palavra mais citada.

A conversão da ideia de emergência em saúde pública em proteção da saúde, enquanto imagem cristalizada, possível de ser compreendida e transmitida pelos sujeitos, tem como principal ponto de ancoragem o tema prevenção. Ao fazer menção à proteção da saúde, cabe distingui-la da prevenção, uma vez que a especificidade da proteção encontra-se na natureza e magnitude das defesas e não na intensidade dos riscos como a prevenção, podendo a proteção da saúde ser tanto individual quanto coletiva⁽¹²¹⁾. A prevenção é uma das ações de proteção da saúde.

Os sujeitos, falam das emergências de saúde pública de forma muito vinculada às medidas de proteção individual, pois as explicações sobre a prevenção passam muitas vezes pela adoção do ato seguro, atribuído como responsabilidade dos trabalhadores.

Mas o que eu notei, basicamente, aqui no HU, foi que houve um mutirão, no sentido de prevenção, da nossa proteção, agir de modo seguro, usar máscaras, luvas, álcool gel (E13).

O uso de EPI está conectado ao desempenho da atividade dos trabalhadores e encontram justificativas tais como:

Nós disponibilizamos todo o material que era preciso para proteção das equipes e dos pacientes, informamos sobre a necessidade do uso (E5).

Durante uma emergência como a da pandemia de influenza o uso de EPI remete a preservação da saúde dos trabalhadores, uma forma de passar segurança aos mesmos para a realização de suas atividades. Não se pode esquecer que o risco de exposição, é um dos fatores que afetam a vontade de trabalhar durante uma pandemia⁽³¹⁾. Portanto, a ênfase no EPI surge como uma ação gerencial concreta, como uma estratégia para minorar o absenteísmo e dar conta de manter o serviço funcionando para atender a demanda.

Nesse sentido, sobressai o conceito de biossegurança que, na área da saúde, suscita reflexões por parte de trabalhadores, especialmente os que trabalham nas áreas críticas dos hospitais, como o setor de emergência, uma vez que estão mais vulneráveis a doenças, por meio de procedimentos que envolvem principalmente riscos biológicos^(31,122). Esses riscos são os mais comuns entre profissionais de saúde e tiveram sua visibilidade aumentada durante a emergência da AIDS, sendo reforçados durante a pandemia de influenza H1N1.

Estudos sobre a pandemia de influenza de 2009, reforçam que o risco de exposição dos profissionais não pode ser ilimitado^(31,123). A atuação destes trabalhadores passa a obedecer às rotinas e padrões de biossegurança, não só para o atendimento direto dos pacientes como as decorrentes da manipulação de materiais biológicos para fins assistenciais, de pesquisa, de apoio e de descarte. Em todas estas situações o esclarecimento prévio das normas e o seu cumprimento é essencial, especialmente quando envolvem alunos, como no caso dos HU's, ou outros profissionais ainda não plenamente capacitados.

Por outro lado, a prevenção como ancoragem, também pode estar revelando, entre seus significados, uma transferência da responsabilidade de possíveis falhas, desta medida de proteção, aos trabalhadores. “A explicação da exposição de trabalhadores a riscos que os tornam mais suscetíveis a contrair doenças, devido a procedimentos e atitudes que não levam em consideração práticas seguras e uso adequado de EPI estão maciçamente disseminadas na

sociedade, principalmente entre os próprios trabalhadores, favorecendo a produção de uma consciência culposa^{»(124:243)}.

Entretanto, prevenir para além do ato seguro, que passa pela culpabilização do trabalhador, revela mediações na imagem de proteção da saúde organizadas na explicação da rapidez das emergências e do perigo da incerteza. Contudo, o que chama atenção é que, embora os gestores tenham referido dificuldade de gerenciar as emergências de saúde pública devido à rapidez com que aparecem e se disseminam, somando a isso o fator incerteza, ainda assim, consideram o uso de EPI's como a principal medida para conter a doença e proteger os trabalhadores e a população.

O controle é outra ancoragem que sustenta os argumentos dos sujeitos vinculados à prevenção, no sentido de evitar (prevenir) a propagação da doença, estabelecendo uma ligação com a noção de isolamento:

*Dividimos o atendimento de suspeitos numa área e de não suspeitos em outra. O serviço de pronto atendimento passou a ter duas portarias. Foi uma forma de **prevenir, proteger** para [ficou formulando uma explicação], como vou explicar? Dividindo a gente **controlou** melhor [grifos meu] (E9).*

Os instrumentos aplicados com o objetivo de controlar as doenças infecciosas são, possivelmente, mais antigos que o próprio conceito de controle. A quarentena, juntamente com o isolamento, se constituem nos primeiros instrumentos aplicados no controle de doenças infecciosas⁽¹⁵⁾. Durante a ocorrência de uma emergência de saúde pública esses conceitos ressurgem, atuando como mediadores das representações sociais sobre o fenômeno. As memórias e experiências dos sujeitos, embora integrem a situação de emergência a ideia de saúde, ainda fornecem elementos vinculados à solidez da noção de proteção a partir de práticas repressivas de controle sanitário.

Esse controle, visto como uma herança da saúde pública e da medicina tradicional, que organizam, também, o conjunto de conhecimentos da vigilância em saúde, leva muitas vezes à opacificação de que as decisões gerenciais vão ter implicações sobre pessoas, havendo uma valorização de regras voltadas para as doenças e para o ambiente⁽¹¹³⁾. Sendo assim, embora essas organizações atuem no campo do inconsciente, oferecem elementos que ocultam os sujeitos envolvidos e dão ênfase à intervenção sobre situações de risco como se não mexesse com a vida da população, de pessoas, conforme se pode perceber na fala:

Foi levantada a questão do preconceito, o povo reagiu um pouco. Achavam que era preconceito, que nós [instituição] não estávamos tratando-os bem. Se a gente colocava máscara neles, eles se sentiam agredidos, a separação agredia. Não estavam entendendo bem (E13).

Montamos barreiras de isolamento no corredor (E10).

Nós colocávamos máscara quando entrava algum suspeito (E8).

A separação de pessoas com o discurso de uma ordem que protege a coletividade, por meio da divisão de duas entradas no HU, converge com os efeitos da regra da distância e situa nesse espaço social um lugar para o suspeito. Assim, as significações podem ir mais longe, na medida em que o ‘suspeito’, está impregnado de imagens de errância, até mesmo de crime e, portanto, faz suas vítimas. Parece que os usuários entendiam muito bem a mensagem da medida de controle adotada durante a pandemia, explicitada pelo preconceito e pelo sentimento de agressão.

Sabe-se que os direitos individuais incluem a vida, a privacidade, a liberdade, a segurança e a não discriminação entre outros, devendo todos ser preservados. Contudo, em situações excepcionais como de uma pandemia, esses direitos podem ser suplantados pelos direitos coletivos^(1,31). Por isso, o tema emergências de saúde pública vem sendo discutido no âmbito do direito sanitário e tem suscitado muita polêmica.

A pergunta que vem sendo discutida no campo da saúde pública, diz respeito à necessidade ou não de uma legislação específica para essas emergências^(1,125). Isto porque, a criação de leis sanitárias precisa considerar os princípios democráticos das leis^c que regem o SUS e os dispositivos relativos aos direitos individuais da carta constitucional brasileira^d, sob o risco de, em nome do controle sanitário, serem elaboradas regulamentações que *a priori* sejam restritivas e coercitivas, afastando ou ignorando as garantias estabelecidas na Constituição.

Nessa perspectiva, o efeito de cristalização e de reforço da inserção da norma na organização da imagem de proteção da saúde é ratificado pelos gestores no tema regulamentação, relacionado diretamente com protocolos e manuais:

Havia um protocolo com orientações do MS e, a partir dele nós montamos um manual do hospital, com um fluxograma nosso, um plano do HU. A Secretaria Estadual também tinha um manual. Esses documentos nos davam certo respaldo (E9).

Era preciso enfrentar o problema, mas no início não havia um padrão claro sobre quais condutas adotar (E14).

^c Lei n.º.8.080 de 19 de setembro de 1990⁽¹²⁶⁾ e Lei n.º. 8.142/1990⁽¹²⁷⁾.

^d Considerando o que se encontra referido no Inciso II do art. 5º as leis restritivas de direitos, se realmente necessárias, devem ser cuidadosamente elaboradas, para que em nome da necessidade do uso da força para controle de riscos à saúde, atos arbitrários não venham a ser cometidos pela autoridade de saúde, ainda que acompanhados da ressalva de que só serão adotados quando fundamentais e com base em informações sobre a eficácia, efetividade e segurança das mesmas⁽¹⁾.

Ao se estudar as representações sociais deve-se considerar que as mesmas são historicamente construídas⁽¹¹⁵⁾. Por isso, torna-se importante ponderar que a fala dos sujeitos dão sinais do legado da lógica clínica, pautada no modelo biomédico tradicional em que se busca um padrão normal de funcionamento e a padronização das condutas. Com isso, busca-se a expressão “falta de padronização” evocada no teste de associação de palavras, que embora tenha aparecido somente uma vez como segunda evocação, apresentou-se muito forte nas entrevistas, dando sentido à falta de um padrão claro sobre quais condutas adotar diante da pandemia.

Porém, cabe a indagação sobre como gerenciar sob a ótica da clínica, “que passa por regularidades possíveis de serem identificadas e descritas em manuais, cadeias de cuidado ou protocolos,”^(128:109) diante da complexidade das demandas advindas das emergências de saúde pública. A mobilidade dos protocolos do MS durante as variações dos períodos pandêmicos já deu provas de que essa regularidade não sustenta a gestão de uma emergência.

Trata-se de mais um desafio para o hospital universitário contemporâneo, que seria melhor gerenciado se fosse problematizado longe do campo da tendência, visto o aspecto de inexorabilidade desta. Os desafios têm a ver com os problemas identificados numa determinada situação e como se considera que eles possam ser tratados para a transformação de um cenário, em que a ordem de relevância dos problemas muda e surgem novas situações, às vezes indesejadas⁽¹²⁹⁾.

Por isto, após as tendências das emergências surgem os desafios gerenciais e, entre eles o de tornar esse fenômeno familiar, atribuindo-lhe um sentido, uma significação, quando justamente essa significação não é óbvia e, sobretudo, quando dificilmente se encaixa no conhecimento corrente⁽¹³⁰⁾.

Os HU's tem assumido gradativamente uma função de traduzir o conhecimento científico em práticas capazes de incidir sobre a saúde das populações, *a priori*, para dar conta das demandas de saúde da sociedade. Desse modo, talvez um maior desafio seja o de desempenhar sua vocação de formação de profissionais de saúde num contexto em que as demandas sócio-sanitárias são múltiplas e crescentes⁽⁶³⁾.

Para os sujeitos, os protocolos e manuais, além de favorecer uma padronização de condutas e manejos durante a emergência, ofereciam uma maior segurança para a adoção de caminhos gerenciais, no sentido de respaldo. Esse respaldo surge como uma manifestação da condição reificada dos sujeitos, manifestadas como atendimento às solicitações do MS:

A gente precisou atender essas demandas todas que chegaram aqui, no sentido de respeitar as normas que o Ministério estava solicitando que fossem atendidas (E5).

Esse respeitar as normas traduz, mesmo que sem muita clareza para os gestores, a própria função da União, representada pelo Ministério da Saúde, de “uma vez declarado o estado de emergência de saúde pública, coordenar, nacionalmente, a execução das ações necessárias para o controle da situação que deu origem à declaração de emergência”^(125:123). Para tanto, deverá articular os órgãos federais para que atuem de forma coordenada entre eles: a Defesa Civil, o Ministério da Defesa e demais órgãos e agências que possam cooperar. Essa articulação abrange ainda os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, para que promovam as ações conjuntas necessárias de contenção e controle da emergência.

A pouca clareza nas entrevistas, sobre o que compete a quem durante uma emergência de saúde pública, desvela uma não familiaridade dos gestores com a temática e reforça um olhar ainda muito fechado, para dentro do hospital universitário, com implicações na gestão das emergências, uma vez que os sujeitos assumem uma postura de constituídos pelo universo reificado. Pondera-se que uma tomada de consciência sobre as funções de coordenação e orientação do MS durante uma situação de emergência de saúde pública, afastando o entendimento de cumpridores de regras de algo dado, poderia facilitar uma maior mobilidade gerencial ao assumirem-se como constituintes. Próprio de uma gestão participativa⁽¹²⁸⁾.

Integrando um sistema de categorias familiares e funcionais aos gestores do HU, o tema tratamento e diagnóstico emergiram nas falas da maioria dos entrevistados, revelando o que lhes estava disponível na memória e unindo o objeto de representação a um esquema de valores que lhes são próprios.

Era importante conhecer o tratamento e no início não se tinha nada, até o diagnóstico era difícil (E18).

Quando se tem um diagnóstico e um tratamento é fácil, mas não foi o caso. Quando disponibilizaram o tamiflu ficou melhor, mas também não era cem por cento (E27).

A doença pela doença exige um diagnóstico e um tratamento. “Não há como ignorar a enfermidade, senão não seria clínica, mas sociologia ou filosofia existencial”^(113:62). Entretanto, a doença como objeto acaba por tomar as pessoas por suas doenças, esquecendo-se das dimensões subjetiva e social o que se reverte em saberes e práticas pautadas por um pressuposto da cura. Essa, sendo frequentemente confundida com a eliminação de sintomas, afasta-se dos paradigmas da promoção da saúde. Contemporaneamente, o conceito de promoção da saúde, está pautado em estratégias mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente⁽¹³¹⁾. Sendo assim, a promoção da saúde é compreendida num sentido amplo, de

ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por meio de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde. A promoção da saúde surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde e os custos desmedidamente crescentes da assistência médica, que não correspondem a resultados igualmente significativos^(121,131-132). Com efeito, se o hospital ainda se organiza pela lógica clínico-biológica normativa, a promoção acaba por não encontrar lugar nesse espaço de cura e controle, o que justificaria a fala:

A gente tem uma ação muito mais preventiva do que de promoção. [...] a nossa atitude realmente foi de preservar, conter a expansão da epidemia (E5).

A ciência e a tecnologia aparecem como aliadas para a contenção dos problemas oriundos das emergências de saúde pública no campo das doenças infecciosas. Para os gestores, sempre haverá um tratamento ou uma vacina capaz de agir sobre a doença:

As emergências, as epidemias vão aparecer, vão estar aí nos desafiando, a ciência está sempre avançando, toda a tecnologia que temos nos possibilita a produção de medicamentos, vacinas de forma mais acelerada do que foi a anos atrás (E10).

Essa esperança na ciência e na tecnologia pode ser interpretada como uma forma dos gestores de tentarem confundir o tempo e derrotá-lo no seu próprio campo, ou seja, retardando a frustração ao se aproximarem da satisfação do saber seguro da ciência apoiada pela tecnologia. Nessa perspectiva, preocupa a possibilidade de esvaziamento de uma postura crítica diante de um problema tão complexo. Seria como colocá-lo em *stand by* e contar com a possibilidade de controlá-lo quando aparecer. Os “perigos são imprevisíveis? Mais uma razão para deixá-los de lado. Até agora tudo bem, poderia ser pior [...] então, não comecemos a nos preocupar em atravessar aquela ponte antes de chegar perto dela”^(36:20). Assim, a gestão das emergências que vão aparecer, conforme a fala dos sujeitos pode desviar-se pela ideia de que elas talvez nunca cheguem e, portanto, a produção de um plano gerencial para o problema possa ser adiado.

5.2.3 Descaso: zonas nebulosas da esfera pública

A emergência da pandemia de influenza foi compreendida pelos sujeitos do estudo em consonância com as dificuldades que o setor saúde vem enfrentando. Frequentemente, divulgadas na mídia e discutidas em estudos da área da saúde e enfermagem^(128-129,133), estas dificuldades são marcadas pela falta de condições de trabalho em hospitais públicos, pela

superlotação das emergências e pelos problemas financeiros das instituições de saúde hospitalares.

A demanda assistencial-gerencial advinda da pandemia intensificou esses problemas, causando uma desacomodação de sentimentos negativos associados ao cenário caótico da saúde que no dia-a-dia dos gestores, muitas vezes, parecem silenciarem-se numa rotina ordenada. Nesse contexto, os sujeitos objetivam o conceito de emergência de saúde pública na imagem do ‘descaso’ em vinculação direta com a esfera pública, ancorada em vários temas como caos, saúde pública, serviço público e outros que convergiram para a falta de infraestrutura, pessoal, planejamento, comprometimento com a esfera pública, valorização do trabalhador e qualificação dos gestores e da rede de atenção. No teste de evocação de palavras destacaram-se os temas caos e saúde pública, por apresentarem-se como primeira evocação e serem apontadas como os mais importantes, conforme quadro 2. Além desses, foram evocados outros que não ganharam destaque pela frequência, ordem de aparecimento e atribuição de importância, mas que podem ser significativos se relacionados à categoria descaso: zonas nebulosas da esfera pública, que são: despreparo, feio, deprimente, revolta e pouco caso.

Nessa relação entre objetivação e ancoragem, a representação social de emergência de saúde pública vai se saturando de realidade, convertendo o estranho em familiar, passando a ser percebida como realidade objetiva. O fenômeno das representações sociais e a teoria que serve de guia para explicá-las, diz respeito à construção de saberes sociais e, nessa medida, ele envolve a cognição. O caráter simbólico e imaginativo desses saberes traz à tona a dimensão dos afetos, porque, quando sujeitos sociais empenham-se em entender e dar sentido ao mundo, eles também o fazem com emoção, com sentimento e com paixão. A construção da significação simbólica é, simultaneamente, um ato de conhecimento e um ato afetivo⁽⁶⁸⁾. Assim, tanto a cognição como os afetos que estão presentes nas representações sociais dos gestores encontram sua base na realidade social.

Nessa perspectiva, é importante ter presente que a emergência de saúde pública está sendo representada por um grupo específico, envolvido com a gestão, num espaço específico: um hospital universitário. Portanto, juntamente com a crise do setor saúde, os gestores experienciaram e compreenderam a pandemia em vinculação com as dificuldades vividas, também, no ensino na saúde pública no Brasil:

Nós estamos assim [silêncio] com muita deficiência. Como sempre a saúde e a educação sempre [pausa]. Ainda são muitas as dificuldades (E13).

A fala reforça uma negação sempre presente, ligada à saúde e a educação⁽¹³⁴⁾, podendo gerar uma atmosfera pouco receptiva a inovações, mesmo que percebidas pelos sujeitos como necessárias. Mensagens que anunciam a existência de um constrangimento diante das dificuldades para enfrentar uma emergência de saúde pública dão sentido às palavras deprimente e feio, evocadas pelos sujeitos:

O pessoal de enfermagem muitas vezes não tem material adequado, os equipamentos são deficientes, inadequados para fazer frente a essa realidade das emergências. Essa situação, em si, já é uma emergência, só que esta é velha conhecida. É constrangedor conversar sobre isto [...] temos uma UTI pediátrica que está desativada, nem funcionou e está tudo deteriorando, ar condicionado parado, acho que nem funcionam mais (E24).

Incomodava a falta de infraestrutura do hospital que não é preparada para isso. O despreparo foi visível. A estrutura era bem ruim. Às vezes o isolamento era uma sala fechada no próprio SPA [serviço de pronto atendimento]. Chegamos ao nosso limite do limite (E9).

A falta de estrutura e recursos se revelou como um dos maiores problemas para os gestores, dando visibilidade ao despreparo do serviço para lidar com a pandemia. Embora a falta de planejamento tenha sido associada a esse despreparo, ganhou destaque o descaso da esfera pública na promoção de estrutura e condições de trabalho para o enfrentamento das questões que envolvem o atendimento dessa demanda específica. Isto explicaria a palavra ‘pouco caso’ evocada pelos sujeitos. Porém, esse sentimento sugere uma convicção de que as soluções ocorrem de cima para baixo, com inexpressiva interferência dos mesmos.

Talvez, os sujeitos estejam explicitando uma posição assumida de constituídos pelo universo reificado, materializada pela imagem do descaso. Somado a isso, a expressão ‘limite do limite’ acena uma sobrecarga emocional mobilizada pelos gestores para dar conta de receber e enfrentar as dificuldades. Situação essa que pode se traduzir no favorecimento da criação de estratégias para lidar com o sofrimento causado pelo desafio imposto⁽⁹⁵⁾, como, por exemplo, o fortalecimento das representações ancoradas na naturalização da ‘falta de’ e, portanto, no entendimento de que o HU não tem estrutura para atender essa demanda. Esse raciocínio pode estar influenciando os sujeitos a uma acomodação com consequências para a tomada de decisões gerenciais importantes.

A necessidade de organização dos serviços hospitalares vem sendo enfatizada pela OMS nas últimas décadas como estratégia importante para a gestão internacional coordenada das emergências de saúde pública provocadas por doenças infecciosas. As orientações aos governos signatários do Regulamento Sanitário Internacional alertam para que façam o possível a fim de melhorar a capacidade de resposta desses serviços e sobre a importância de

previsão em seus planos de contingência nacional para a adequação das estruturas dos serviços como hospitais e clínicas, bem como, recursos humanos capacitados⁽¹³⁵⁾.

Entretanto, não se trata de uma tarefa fácil de ser gerenciada no plano do real. Isto porque, embora as organizações de saúde no Brasil venham sofrendo grandes transformações, devido a vários fatores importantes como o avanço da indústria farmacêutica, a alta tecnologia dos equipamentos médico-hospitalares, existe, por exemplo, o alto custo para mantê-los. O desafio da gestão pública nos HU's assenta-se em políticas de formação formuladas pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e MS, registradas e ordenadas pela Constituição Nacional, sustentadas pelos princípios e diretrizes do SUS, que tem seu financiamento expresso em valores que vêm sendo insuficientes para a proposta do sistema^(129,134).

Os sujeitos do estudo, ao serem convocados a ingressar na frente de atendimento, apoiando o hospital de referência do município, ficaram apreensivos quanto a encaminhar os casos suspeitos para o serviço de pronto atendimento (SPA) do HU, pois, poderia sobrecarregar ainda mais o já superlotado serviço. Entretanto, essa acabou sendo a escolha dos gestores. A possibilidade de montar uma estrutura externa, em parceria com o Ministério da Defesa, com a montagem de barracas, configurando um hospital de campanha⁽¹⁰⁾, foi considerada como uma segunda alternativa, que não chegou a ser utilizada. A expressão 'barraquinha', referida nas falas a seguir, revelou em seu conteúdo uma carga simbólica, impregnada de valores e sentimentos explicitando o desconforto dos gestores diante da possibilidade de externar as fragilidades do serviço.

Optamos por reorganizar o SPA, conseguimos com o tínhamos [...]. Não precisamos nem de barraquinha na rua. Era uma coisa que assustava (E1).

Quando o pessoal começou a falar que a gente teria de ter barraquinhas do lado de fora, ter não sei mais o que, era difícil admitir. Mas, não precisamos, ainda bem (E25).

A expectativa de como seria lidar com o problema, no âmbito do SPA, foi referido como fator estressante:

Na pandemia foi muito difícil, estressante. O SPA hoje está assumindo a função de clínica. Deveríamos ter pacientes em observação. Mas hoje temos 42 macas e tem dias que a gente tem 42 pacientes internados [ênfatizando], aguardando liberação da clínica ou, muitas vezes, eles acabam fazendo o tratamento no próprio SPA, tendo alta através do pronto atendimento. Não é a função, mas pela necessidade, não tem uma estrutura nem para a demanda da rotina [pausa] (E10).

O pessoal comenta: porque vocês não tiram essas macas do corredor? Tirar é o mais fácil, mas quando chega um paciente que precisa ficar deitado? Mesmo assim, tem dias que o paciente fica sentado, recebendo soro,

medicamento, sangue, um dia sentado, no dia seguinte, sentado. Então, se faz o que? É o que se tem (E15).

É até estranho falar em emergência de saúde pública. O corredor não foi feito para abrigar pacientes [...], não temos onde colocar mais. Já existe uma enfermaria grande com 16 pacientes num mesmo local, independente de sexo. Isso tudo leva tempo, exige recurso, exige mão-de-obra, mas [silêncio] (E23).

As falas dos gestores expressam a realidade dos serviços de emergência e as capacidades instaladas nos hospitais para responder às emergências de saúde pública, que no plano do real está bem longe da organização idealizada pela OMS por meio do RSI⁽⁴⁾. “O serviço de emergência, entendido como principal porta de entrada das instituições terciárias em saúde, agrega e expõe problemas oriundos da rede básica e da escassez de leitos das unidades de internação e das unidades de tratamento intensivo, que não absorvem os atendimentos gerados, superlotando esses serviços”^(136:117).

Ao mencionarem estranheza em falar de emergência de saúde pública, os gestores racionalizam uma revolta diante da precariedade do serviço. Essa revolta pode ganhar maior sentido se discutida juntamente com o conceito da clínica degradada^(113,128). Esse conceito procura reconhecer que contextos socioeconômicos específicos podem exercer uma determinação tão absoluta sobre a prática clínica, que esta teria potencialidade para resolver problemas de saúde diminuída. O modelo de pronto atendimento constitui-se num bom exemplo de clínica degradada “por interesses econômicos ou por desequilíbrio muito pronunciado de poder. Toda vez que a racionalidade totalmente clínica é atravessada por outras racionalidades, há degradação de sua potencialidade teórica e perde-se a oportunidade de resolver problemas de saúde”^(113:60).

Entende-se que o sentimento de revolta precisa sair do campo da queixa que coloca os sujeitos na situação de constituídos pelo universo reificado. A lucidez de que toda ação gerencial de saúde é uma prática submetida a determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais, favorece a abertura de brechas para que os gestores assumam seus lugares de constituintes de caminhos mais livres de toda essa determinação.

Outra questão relevante para os gestores, diz respeito à dificuldade de gerenciar a pandemia com um quadro de trabalhadores que não acompanhava a necessidade de pessoal requerida pela demanda:

Tivemos que remanejar funcionários, tirar, deixar algumas unidades funcionando com menos que o mínimo necessário, com vistas a suprir o serviço de pronto atendimento (E5).

Porque tu sabes, tudo aqui é difícil e não é diferente em se tratando de funcionários. Para a gente conseguir recursos humanos [pausa], coisas do serviço público [grifos meu] (E20).

A limitação de recursos humanos é uma realidade na maioria dos HU's no Brasil. A falta de pessoal leva os hospitais a utilizarem a maior parte de seus recursos financeiros, provenientes da assistência, para pagamento de trabalhadores contratados pelas fundações de apoio que fazem parte da estrutura dos HU's^(134,137).

Os investimentos nas áreas da saúde e educação situam-se sistematicamente em patamares inferiores, o que compromete que o HU cumpra integralmente suas funções. Associado a isso, no setor público e nestas duas áreas em particular, saúde e educação, a qualidade dos produtos disponibilizados à população encontra-se abaixo não só do necessário, mas do possível⁽¹³⁸⁾, deixando um terreno fértil para as novidades teóricas de natureza privatizante. As expressões trazidas nas falas 'tudo aqui é difícil' e 'coisas do serviço público' reforçam essa problemática. Cabe aqui a reflexão de que a representação social negativa do 'público' se reverte em ferramenta importante para o sistema privado. Uma vez que se utiliza desse discurso legitimado para enfatizar que o serviço público não dá conta da gestão das ações da saúde.

“A privatização do público é uma falsa consciência de desnecessidade do público”^(139:32). Esta falsa consciência se materializa pela falência do Estado, pelo mecanismo da dívida interna, onde as formas aparentes são as do privado, isto é, as burguesias emprestam ao Estado. Mas, a forma é totalmente inversa: a riqueza pública, em forma de fundo, sustenta a reprodução do valor e da riqueza do capital privado. Assim, se constitui um padrão de financiamento público da economia privada capitalista. Com esse entendimento é que se questiona o caminho dos HU's, visto a proposta trazida no texto da MP 520/10^e, aprovada na virada do ano de 2010. Esta autoriza o governo a criar uma empresa pública sob a forma de sociedade anônima, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado.

A desqualificação da ação do Estado na prestação de serviços na área social associa rapidamente expressões como educação pública e saúde pública a serviços de péssima qualidade⁽¹³⁸⁾. Esta lógica parece explicar a imediata ligação da emergência de saúde pública pelos participantes do estudo à imagem do descaso, ancorada principalmente na noção da 'falta de' e ao conceito de saúde pública que configura-se “em palco de representações com

^e Medida Provisória 520 de 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSEH e dá outras providências.

significados predominantemente negativos para diferentes sujeitos”^(140:101). A terminologia de saúde pública, que compõem o conceito da emergência provocada pela pandemia de influenza, traz consigo a base linguística, comunicacional, das representações sobre os serviços oferecidos nesse campo. Os serviços públicos de saúde constituem-se em arena de contradições políticas expressando uma longa história de clientelismo e precariedade, que marcam e instituem permanências nas formas de entendimento dessas práticas por indivíduos ou grupos sociais⁽¹⁴⁰⁾.

Durante as emergência da pandemia de influenza, o Estado Nacional, representado pelo ministro da saúde, convocou em carta aberta⁽⁴⁴⁾ os gestores da área hospitalar a assistirem os suspeitos e contatos por meio da adoção de medidas descritas nos protocolos de procedimentos para manejo de casos e contatos de influenza. Mas como aplicar os protocolos sem infraestrutura e recursos? Na percepção dos gestores do HU, entre outras dificuldades, as más condições para a ação a que os trabalhadores acabam sendo (re)submetidos traz a tona um sentimento de desvalorização:

Durante a pandemia, como vou explicar [reflexão]? O sentimento era de certo descaso, descaso com o trabalhador, nessas horas a gente vê isso melhor (E16).

Durante a coleta de material para o teste laboratorial do H1N1, a pessoa responsável se paramentava toda, parecia que estava entrando numa nave espacial, mas ficava a pergunta – e os trabalhadores? Cadê a nave deles? É uma gafe, entende? [risos, nervosismo]. Todos nós somos trabalhadores (E23).

Se o gestor também é trabalhador, pensa-se que a desvalorização se dá, também, na relação que deveria se estabelecer entre o entrevistado como trabalhador e gestor dos processos de trabalho no HU. Neste caminho está a representação da fluidez da ação para os cuidados das emergências de saúde pública, pois é deste lugar que os trabalhadores são desqualificados. Ao mesmo tempo em que esse sentimento de desvalorização é explicitado, os gestores também mencionam a dificuldade de lidar com o pouco comprometimento dos trabalhadores no enfrentamento da pandemia:

Parece que não existe compromisso, não existe comprometimento, as pessoas não estão preocupadas com coisa nenhuma. [...] impressionante como os funcionários não se comprometem [pausa] servidor público, né? [...] falta pessoal? Falta, mas o atendimento desse pouco que se tem é muito ruim (E16).

Essa naturalização da falta de comprometimento do trabalhador esconde problemas sócio-político-econômicos importantes que uma vez situados em zonas nebulosas da esfera pública podem comprometer o enfrentamento da questão da eficiência e da qualidade no provimento dos serviços públicos e, portanto, das emergências de saúde pública.

Ressalta-se que, embora a imagem do descaso esteja ancorada principalmente na ‘falta de’, os gestores também manifestaram surpresa diante da rapidez de resposta do governo federal em fornecer material para o enfrentamento da pandemia:

Surpreendeu à participação do governo federal, tudo chegou na hora certa. Isto que somos do terceiro mundo (E7).

Porque tudo foi uma coisa muito rápida. Explodiu e a gente conseguiu ter recursos financeiros para comprar o material (E14).

Entretanto, essa surpresa, que num primeiro momento parecia movimentar sentimentos positivos, acabou por se reverter em indignação, recaindo novamente na queixa:

As coisas andavam mais rápidas por causa da pandemia. Porque não é sempre assim? (E3).

A pandemia de influenza ajustou tudo, mas depois [pausa], tudo igual (E6).

Trata-se de um problema gerencial complexo que coloca os gestores da área da saúde e da enfermagem em particular, diante de situações concretas do tempo-espaço em que se dão suas práticas. Sendo que essas situações têm a ver com a maneira que entendem suas presenças em seus locais de ação e suas relações com o contexto social. Se suas presenças forem somente determinadas ou condicionadas, então se torna necessário um (re)conhecimento de si e de sua ação, das representações sociais que orientam sua prática gerencial, para que possam ir além.

Se com o trabalho, enquanto gestores podem ser atuantes, curiosos, capazes de correr riscos, transformadores, nesse movimento podem ser sujeitos que ao agir marcam suas ações com seus sentimentos. Trata-se de estar/agir no mundo, mais do que a ele se acomodar, podendo assumir-se enquanto sujeito sentir-pensante⁽³⁹⁾. “O homem não pode participar ativamente da história, na sociedade, na transformação da realidade se não for ajudado a tomar consciência da realidade e da sua própria capacidade para transformar”^(41:37), por isso é importante que se conheçam as representações sociais e trazê-las para a visibilidade dos gestores.

5.2.4 Integralidade

A complexidade do fenômeno emergência de saúde pública vem exigindo dos governos uma mobilização no sentido de desenvolverem trabalhos conjuntos e coordenados na busca de estratégias para a gestão do problema⁽¹⁰⁹⁾. Nesse sentido, o RSI⁽⁴⁾ destaca em suas diretrizes a importância dessa integração entre os países para a adoção de medidas sanitárias que minimizem o risco de propagação de doenças e para a tomada de decisões políticas⁽⁵⁾.

Cabe mencionar que esse regulamento, ao tempo em que estabelece as normas a serem seguidas durante uma emergência de saúde pública, também firma um acordo internacional entre os países. Portanto, uma gestão integrada, além de ser uma necessidade associada às emergências de saúde pública, também se constitui num compromisso internacional assumido, do qual o Brasil é signatário.

As emergências de saúde pública, por se constituírem em ameaça à saúde da população humana, são alocadas no campo de atuação do SUS. Assim, as estratégias de resposta do governo brasileiro carecem de estar em consonância com os mesmos princípios e diretrizes desse sistema^f, sem prejuízo às orientações do RSI. Embora seja por dentro do SUS que a gestão das emergências está sendo pensada, não se pode esquecer que o “pensamento erige fronteiras de signos e símbolos, e essas fronteiras não se relacionam a elementos de uma suposta realidade ou verdade, mas se constituem em si mesmas a realidade, uma construção social dos sujeitos”^(141:109).

Para os gestores do HU, o desafio de integrar os esforços do sistema de saúde para dar conta da emergência pandêmica impulsionou a abertura de espaços de diálogo entre profissionais e serviços envolvidos com o problema. Como conteúdo comum à fala dos sujeitos, emergiram aspirações e valores fortemente vinculados à noção de integralidade, favorecendo a transformação da complexidade e novidade da emergência provocada pela pandemia de influenza numa imagem concreta e significativa, por ser familiar aos sujeitos. Enquanto elemento que compõe o conceito de representação social, “as imagens não se separam da potencialidade criativa dos objetos e dos sujeitos, que reorganizam, constituem e são constituídos de forma infinitamente nova”^(90:107). Assim, os sujeitos ao relatarem suas experiências durante a emergência pandêmica, já haviam formulado uma representação deste objeto, o que vale dizer que estímulo e resposta se formam juntos⁽⁷⁹⁾.

Nessa construção, a emergência de saúde pública é objetivada na imagem da integralidade, ancorada em elementos como: organização, integração, solidariedade, agilidade de resposta, responsabilidade social, educação permanente e distanciamento ensino-assistência. No teste de evocação de palavras, destacam-se os temas conhecimento, pela maior frequência, ordem de aparecimento e importância atribuída pelos gestores e organização ao ter se destacado entre as 150 evocações como terceira palavra mais citada.

^f Dentre os princípios que suleiam o SUS, destacam-se a universalidade, a integralidade e a equidade, formando um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, capaz de expressar a luta por cidadania, justiça e democracia, consubstanciada no ideário da reforma sanitária brasileira.

O tema organização se apresenta nas entrevistas permeando os movimentos dos sujeitos para a gestão da emergência. Pelas lentes da teoria moscoviciana “tudo que nos faz agir, preencher uma função e nos posicionar nas relações sociais, obedece a uma representação social dominante, ou seja, aquela que tem maior grau de ancoragem e, portanto, de legitimação e partilha no ambiente social”^(14:272). Assim, a noção de organização surge como a de maior influência, dentre os demais elementos de ancoragem, à imagem de integralidade. Na fala dos sujeitos, a organização ganha ênfase ao se vincular a necessidade de articulação entre serviços e ações, o que aproxima essa ancoragem a um dos sentidos da integralidade, ou seja, a organização dos serviços e das práticas de saúde. Por esse sentido, “a integralidade se apresenta como um modo de organizar os serviços de forma a assimilar novas necessidades, que devem ser consideradas de forma abrangente”⁽¹⁴²⁾. Pode-se dizer que uma das complexidades das emergências de saúde pública está na sua dinâmica em razão da capacidade de mudança rápida de um padrão epidemiológico dentro de um mesmo evento, como aconteceu durante a pandemia de influenza, incorporando necessidades⁽¹¹⁵⁾ que precisam ser absorvidas pelos serviços.

A expressão ‘o quadro da pandemia exigiu’ acena um reconhecimento dos gestores da ‘necessidade’ de um trabalho integrado, acionada pela emergência pandêmica:

*Foi preciso reorganizar o serviço, buscar apoio junto à secretaria de saúde, conversar com a vigilância. O **quadro da pandemia** exigia essa postura [grifo meu] (E12).*

Cabe a reflexão de que essa experiência no plano do real favoreceu a abertura de um espaço de tensão entre passado, presente e futuro. Isto é, a construção de uma resposta gerencial a partir da ‘necessidade’ de integração trazida pela emergência, embora estivesse acontecendo no tempo presente, por dentro do SUS, também agregou experiências de ‘ontem’, de um arranjo institucional dicotomizado, marcado por uma distinção entre saúde pública e assistência. Esse movimento no tempo e no espaço de práticas distintas e que não dialogam comumente é reforçado no discurso dos gestores, pois subjaz a fala de que foi preciso reorganizar o serviço de forma a integrar com a secretaria de saúde e a vigilância o anúncio de uma rotina de distanciamento.

Sendo o tempo um componente importante na construção do processo representacional⁽⁷⁵⁾, pode-se dizer que esse movimento entre passado, presente e futuro, também deixou sinais nas expressões ‘houve articulação’ e ‘aquele momento foi’:

Houve articulação com a Secretaria Municipal de Saúde, 3ª CRS e vigilância. [...] foi uma experiência muito positiva (E5).

Aquele momento foi muito interessante, porque a gente começou a se organizar, a se ajudar, uns precisavam dos outros. [...] embora no início tenha sido difícil, houve integração com a prefeitura, com o município (E8).

Ambas as falas revelam um momento de entrelaçamento entre um ‘fazer’ ainda marcado pelo modelo tradicional de atenção, anterior à pandemia, e um ‘fazer’ que combinou esse formato tradicional com o modelo de atenção integral, momento real da pandemia.

“Olha esse portal, anão! Ele tem duas faces. Dois caminhos aqui se juntam; ninguém ainda os percorreu até o fim. Essa longa rua que leva para trás, dura uma eternidade. E aquela longa rua que leva para frente, é outra eternidade. Contradizem-se, esses caminhos, dão com a cabeça um no outro, e aqui, neste portal, é onde se juntam. Mas o nome do portal está escrito no alto, momento”⁽¹⁴³⁾. A perspectiva nietzschiana acena um tempo circular que gira presentificando o passado e o futuro no devir do momento. Alguma coisa que acontece no instante, juntamente com passado e futuro. Vale dizer que, se por um lado os gestores encontram-se engessados em um tempo irreversível, a história os colocou em contradição, pois ao caminharem pelo presente, entraram num passado que constrói esse presente e que viabiliza a construção do futuro. “É na contradição que as representações sociais são acionadas”^(141:114) e vão estabelecer acordos de adaptação sob as pressões do cotidiano dos sujeitos, mobilizando valores, crenças e memórias sobre o objeto representado, buscando também apoio e garantias científicas. Entretanto, “há momentos em que faltam conhecimentos científicos para a tomada de decisões [...] ou em que as decisões são necessárias mesmo diante de escassas evidências”^(144:822).

Assim, o modo concreto da pandemia demandou dos sujeitos uma construção coletiva de pactos e acordos que envolveram principalmente o gestor municipal de saúde e a vigilância em saúde. Para os sujeitos do estudo a agilidade de resposta era uma exigência. As negociações tinham de ser rápidas, acompanhando o ritmo imposto pelo aumento, também rápido, do número de casos suspeitos. Era preciso dar uma resposta às necessidades dos usuários do sistema. A tomada de decisão na gestão em saúde e na enfermagem é complexa e permeada de subjetividades e incertezas, portanto, exige uma responsabilização dos envolvidos no processo de decisão a fim de que encontrem as melhores combinações possíveis dos recursos disponíveis para atingir os objetivos⁽¹⁴⁴⁻¹⁴⁵⁾. Quanto à significação concedida pelos sujeitos a essa construção, busca-se a palavra ‘equipe’ presente no teste de associação de palavras e que ganhou reforço nas entrevistas. Para os sujeitos do estudo, o trabalho em equipe, mesmo não sendo uma prática habitual, se impôs como estratégia gerencial de resposta conjunta àquela situação específica.

Entende-se que o trabalho em equipe não implica em eliminar diferenças, que são possivelmente necessárias e convenientes, mas sim favorecer o enfrentamento dessas diferenças, em que uns sabem mais que os outros e, sobretudo, sabem coisas distintas. “Trata-se de um investimento no diálogo, pois a dimensão comunicativa compõe a prática técnica, administrativa e política e as vantagens das discussões em equipe de trabalho residem no fato de que é preciso compatibilizar os procedimentos a serem aplicados, sendo necessário pensar estrategicamente cada passo da intervenção”^(146:215). No diálogo sobre a complementariedade e interdependência dos serviços e ações, os gestores do HU ocuparam-se em reconhecer e considerar o trabalho dos demais. Houve uma preocupação com o re-conhecimento de quem se encarregava do quê durante uma emergência de saúde pública:

A quem ligar? A quem buscar? Qual é o grupo da cidade que está preparado para isso? Nós não temos isso (E10).

A gente desconhece parte do papel de cada um, porque a gente não sabe o papel com clareza, o que compete a cada um estar realizando (E8).

[...] numa situação de emergência de saúde pública, é preciso um fluxo de encaminhamentos, responsabilidades. Até que se descubra tudo [reflexão] (E20).

Essa preocupação, além de expressar uma dinâmica de negociação de responsabilidades, sinalizando um movimento para um trabalho mais horizontalizado, também revela falhas no diálogo e na integração interfederativa⁽¹⁴⁷⁾. Diz-se isso, pois, as medidas de reconhecimento de fluxos e responsabilidades, mencionadas pelos sujeitos como necessidades, constam das diretrizes do plano de contingência do Brasil para enfrentamento de uma pandemia de influenza que deveriam ter sido incorporadas em cada estado e município. O Ministro da Saúde na época da publicação do plano nacional, em 2006, deu destaque ao papel do MS como coordenador e permanente estimulador para que todas as medidas presentes nas diretrizes do referido plano fossem adequadamente implantadas, por meio de planos estaduais e municipais de contingência⁽⁴⁰⁾. O Estado do Rio Grande do Sul teve seu plano aprovado em setembro de 2006⁽¹⁴⁸⁾. Entretanto, os gestores do HU, ao falarem de suas experiências durante a pandemia de influenza de 2009, em nenhum momento, citam os planos nacional, estadual ou municipal de contingência.

Ainda, convergindo para a necessidade do momento, a ampliação do horário de atendimento das unidades básicas de saúde (UBS), foi percebida pelos participantes como uma combinação muito positiva no processo de gestão da pandemia. Para eles, essa tomada de decisão facilitou o acesso da população às UBS's, pois fora da situação de emergência esses serviços tinham seu funcionamento atrelado ao horário comercial:

As UBS's passaram a funcionar até mais tarde, até umas dez e meia da noite. Isso foi muito importante, pois as pessoas tinham a possibilidade de sair do trabalho e ir consultar em seus bairros, o que era impossível antes. Geralmente, quando precisam de atendimento fora do horário comercial e aos finais de semana [pausa] precisam se deslocar até o hospital (E1).

Com a ampliação do horário de atendimento das UBS's as pessoas vinham menos aqui no hospital (E9).

Embora os gestores façam referência a uma diminuição da procura pelo hospital devido à ampliação do horário de atendimento nas UBS's, contradizem-se ao mencionar:

A gente notou um decréscimo das consultas no pronto-atendimento. As pessoas vinham menos. Então a gente sabe assim, quando não tem nada importante elas vêm, por motivos banais que podem ser resolvidos no posto. Mas na pandemia estavam com medo de vir por coisa banal e pegar uma coisa mais grave, que na época era a gripe (E4).

Se “a apreensão de um objeto social pela representação é inseparável da formação de um discurso específico que opera esta apreensão”^(79: 61), o conteúdo da fala dos gestores do HU revela valores e ideias presentes nas visões compartilhadas pelo grupo. Nesse sentido, cabe a reflexão de que esse conteúdo interage, subsequentemente, com as condutas dos sujeitos, com implicações na gestão. Alguns estudos apontam que “os profissionais de saúde definem necessidades de saúde tanto a partir das possibilidades colocadas pelo conhecimento reificado ao qual tem acesso, quanto pelo processo de trabalho em saúde experimentado, muito mais do que a partir das demandas dos usuários dos serviços de saúde, sujeitos de suas ações”^(115:599). Mas os motivos banais, não seriam uma necessidade vista como importante pelo usuário, embora que ainda não reconhecida pelos gestores? Entende-se que os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, quais sejam, trabalhadores da saúde, onde a enfermagem se situa, e usuários, constituem-se como sujeitos sociais que constroem e negociam continuamente novos arranjos, por meio de sua vivência e das representações que criam nas relações cotidianas. Isso, por si só, não justificaria a diminuição da procura ao serviço de pronto atendimento do HU, pelos usuários do sistema de saúde, durante a situação de emergência provocada pela pandemia?

A positividade associada ao trabalho em equipe recaiu na ideia da solidariedade. Para os sujeitos do estudo esse valor despertou uma vontade consciente de ajuda mútua entre os envolvidos na organização da gestão e execução das ações durante a pandemia:

No momento da gripe A [reflexão], isso aproximou bastante os serviços. As dificuldades foram contornadas por essa parceria, essa ajuda, pela consciência de que o momento era delicado, sério. Houve solidariedade (E21).

Existiu ajuda, solidariedade [...]. Foi uma experiência nova, precisávamos do outro. Todos estavam comprometidos (E5).

Nas falas dos sujeitos busca-se o sentido para a palavra cooperação, evocada no teste de associação de palavras, ligando-a com a noção de solidariedade. Alguns estudos^(142,149) vêm identificando a solidariedade como um valor democrático que ganha um significado de valor social, potencializando a responsabilização dos sujeitos envolvidos com a formulação e implementação das políticas de saúde, em que a integralidade tornar-se-ia um eixo prioritário. Diante dessa possibilidade de construção coletiva de práticas de gestão, ressalta-se a importância da representação social dos gestores do HU ter, entre suas ancoragens a noção de solidariedade. Para reforçar esse entendimento, mais uma vez recorre-se ao tempo, pois, “as representações sociais não são apenas tributárias do passado, elas são também passagem para o futuro”^(150:89). Então, é possível que, nessa experiência de hoje com a pandemia de influenza, possa se estar construindo um acervo cognitivo-afetivo com o qual se lidará com o amanhã, ou seja, com uma nova emergência de saúde pública.

Nesse movimento, é importante considerar que a pandemia de influenza de 2009 foi experimentada pelos gestores do HU, também, com um acervo cognitivo-afetivo das grandes epidemias passadas. Em estudos sobre as representações sociais da peste e da gripe espanhola⁽¹⁰²⁾ a solidariedade é discutida em vinculação com a ideia de morte, impulsionando as pessoas a se ajudarem diante da possibilidade do fim da vida. A solidariedade estava muito próxima à caridade no sentido de ajudar com o propósito de aliviar a consciência de quem ajuda. Trata-se de uma ajuda imediata, com características mais assistencialistas, por isso a importância de ser discutida como possível conteúdo das representações sociais dos sujeitos do estudo. Essas memórias podem dar sentido à referência dos sujeitos a não continuidade de um trabalho integrado:

Durante a pandemia houve uma forte integração com a prefeitura. Mas aí depois não segue. Depois ficam as brigas, as politicagens e acabou (E12).

Essa fala, também, remete à ideia de cooperação interligada à solidariedade, uma vez que no processo de cooperação “faz-se necessária à articulação entre as necessidades individuais e grupais, o que resulta, muitas vezes, no surgimento da competição, cujo objetivo é impedir a atuação do outro e, ao invés de complementá-lo, tenta-se ocupar seu lugar”^(151:1416). Esse clima de competição pode dar significado à expressão ‘depois ficam as brigas, as politicagens’.

Os sujeitos, ao manifestarem os atritos que ocorreram durante as negociações gerenciais, deixam um anúncio de certo conformismo com a situação:

Nossa reitoria se estressou com a prefeitura, a prefeitura se estressou com a reitoria. Não sei bem a ordem, quem brigou com quem, se primeiro foi o ovo

e depois a galinha ou vice-versa. O que importa é quem vai pagar essa briga. Mas, essa é a realidade [tensão] (E6).

O recurso do sujeito à afirmativa ‘mas essa é a realidade’ sinaliza a aceitação de uma postura fatalista animada pelo discurso reificado neoliberal, que insiste em convencer de que nada se pode contra a realidade social que, de histórica e cultural, passa a ser ou a virar quase natural. A fatalidade apoiada na ideia de que nada pode mudar é imobilizadora e compromete a problematização futura da gestão das emergências de saúde pública. “Os saberes fundamentais mais requeridos para o testemunho é o que se expressa na certeza de que mudar é difícil, mas é possível. É o que nos faz recusar qualquer posição fatalista que empresta a este ou àquele fator condicionante um poder determinante, diante do qual nada se pode fazer”^(152:55).

O conteúdo que se expressa na fala dos sujeitos traz à tona uma resistência às questões políticas no exercício da gestão durante a emergência pandêmica, conforme reforçado na fala:

Quando começa a haver muita política no meio [...]. Política tu sabes como é, então a gente acaba se afastando disso, é muito difícil. Nós somos técnicos (E21).

Simbolicamente, a negação do papel político sugere uma recusa de identificação com a carga negativa que se vincula à imagem dos políticos no plano das políticas partidárias, possível de ser apreendida na expressão ‘política tu sabes como é’. Entretanto, cabe a reflexão de que o recurso à imagem negativa da política, para justificar um não envolvimento com questões desse âmbito, possa estar significando uma estratégia inconsciente dos gestores para lidarem com uma deficiência de formação no campo da gestão pública. A fragilidade da compreensão da ação política dos trabalhadores da enfermagem e demais da área da saúde vem sendo discutida em vários estudos^(128,133,153). Essa fragilidade aflora nas entrevistas e parece esconder-se sob uma camada de verniz social produzida pelo conhecimento técnico-científico, referido como fundamental para dar conta da complexidade do fenômeno em estudo:

Houve muita dificuldade técnica. Não temos um conhecimento técnico-científico para isso (E24).

Tivemos muita dificuldade para lidar com a emergência, faltava conhecimento técnico. Não sei explicar exatamente [...], mas o conhecimento técnico é fundamental (E3).

As expectativas dos entrevistados com relação ao conhecimento técnico convergem para que haja maior investimento em ações de educação permanente, agregando-se a esse tema as palavras atualização e educação evocadas pelos sujeitos:

Eu acho que para atuar numa situação complexa como a de uma emergência e ser efetivo é fundamental uma educação permanente, com atualização [pausa] (E10).

É preciso uma educação permanente. Essas coisas parecem tão distantes da gente (E5).

A defesa da educação permanente como necessidade associada à gestão das emergências de saúde pública acena possibilidades de mudança na percepção predominante técnico-científica da gestão. A educação permanente, enquanto política nacional⁽¹⁵⁴⁾ sustenta em sua proposta o encontro entre o mundo da formação e do trabalho no qual o aprender e ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações. O objetivo principal é favorecer uma transformação contínua das práticas profissionais e da própria organização, a partir de conhecimentos construídos pela problematização do processo de trabalho, sendo a atualização técnico-científica apenas um dos aspectos da transformação das práticas. Porém, não é seu foco central.

A problematização dos modos de agir e refletir o trabalho, que visam o desenvolvimento da criticidade e transformação dos sujeitos constituem, na perspectiva freiriana, o papel da educação e do trabalho do educador. Tal postura pressupõe compreender o saber como historicamente situado, e não como algo dado e imutável, bem como se opõe à hierarquização dos saberes, em que o saber formal se sobrepõe aos saberes da experiência feita⁽¹⁵⁵⁾. Com essa visão, menciona-se que a vivência dos gestores do HU enquanto experiência feita constituiu-se num processo de ensino-aprendizagem que demandou um exercício de escolhas das melhores táticas possíveis a serem usadas em consonância com os objetivos estratégicos do município para enfrentamento da pandemia. Assim, se houve um movimento intencional em que os sujeitos precisaram assumir posições e fazer escolhas, esse processo de gestão em si não pode ser compreendido de forma indissociável da política e da educação. Entretanto, refletir sobre essa perspectiva se faz necessário aos sujeitos do estudo, a fim de que possam pensar sobre as construções realizadas, discutir as dinâmicas que se estabeleceram para a gestão da emergência e racionalizar, dar-se conta, da dimensão social e política nelas envolvidas nessas dinâmicas.

Em consonância com o tema educação permanente sobressaiu-se nas entrevistas a polêmica sobre o distanciamento entre ensino e assistência que se manifestou na falta de entrosamento entre a academia e o hospital durante a emergência provocada pela pandemia de influenza:

Houve essa pandemia, os alunos foram retirados do hospital universitário, os professores se afastam, como que dizendo, agora é com vocês (E11).

Eu acho que a participação dos professores, dos docentes dentro do hospital universitário, ela tem uma função unilateral. Ou seja, os professores da universidade usam o hospital como campo de estágio, ponto (E15).

Ainda existe aqui um problema muito grave que é o distanciamento entre a academia e o hospital. Parece que existe uma barreira, academia é uma coisa e hospital é outra. Nós vivemos momentos diferentes? A gente sabe que as emergências são uma realidade [...] ai me pergunto se os alunos não teriam de estar experienciando essa realidade como parte da formação. Parece que falta coragem [ênfatisando] (E26).

A falta de integração entre as atividades acadêmicas e assistenciais mencionada pelos gestores do HU coincide com o resultado de estudos⁽¹⁵⁶⁻¹⁵⁷⁾, os quais apontam o problema como um desafio a ser enfrentado. Sendo que, esse enfrentamento envolve uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, implicando em um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras. Nessa construção, busca-se a palavra coragem evocada no teste de associação de palavra por compor com a ideia expressa na fala dos sujeitos ‘parece que falta coragem’. A partir dessa invocação os sujeitos deram um tom de desafio à necessidade de integrar academia e o hospital, mobilizando sentimentos interligados à noção de responsabilidade social:

O que falar desse distanciamento, frente ao compromisso que temos com a sociedade. A pandemia chegou e foi preciso responder, fazer o que precisava ser feito. Somos diferentes, temos a responsabilidade de um hospital escola. Se a academia está presente ou não [...] (E1).

O conteúdo que se expressa na fala emerge no compasso com a responsabilidade dos serviços de saúde, em especial aqueles vinculados à formação de profissionais de saúde, em dar conta do processo de transformação do conhecimento científico, visto como teórico, em práticas eficientes de saúde. Na perspectiva brasileira, essa responsabilidade significa, a *priori*, a necessidade, por parte dos HU's, de responder resolutivamente às demandas de saúde da população⁽¹⁵⁸⁾. Essa necessidade se apresenta na fala dos gestores do HU em estreita relação com a ideia de dever, no sentido de responder de forma condizente com a expectativa da população ligada a imagem dos HU's como espaços de excelência.

Quadro 3: Síntese das representações sociais das emergências de saúde pública na Pandemia de Influenza, permanências, movimentos e implicações na gestão.

Fenômeno de representação (representação de alguma coisa)		Sujeitos (representação de alguém)		Espaço (de onde representa)	
↓		↓		↓	
Emergência de Saúde Pública (ESP) na Pandemia de Influenza		Gestores		Hospital Universitário	
Formação das representações sociais		Permanência	Movimento	Implicação na gestão	
<p>Objetivação (categoria temática)</p> <p><u>Vulnerabilidade</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Ameaça inquietante da incerteza; Impotência da ciência diante do desconhecido. 	<p>Ancoragem (temas)</p> <p>Medo, pânico, contágio, desconhecimento, morte, insegurança, caráter de inusitado e informação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> História dramática das epidemias passadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Informação - velocidade excedente do tempo, aproximação dos espaços. 	<p>Força de inadmissível ↓ (re-vela)</p> <ul style="list-style-type: none"> Restrição no agir gerencial; Assumir inconsciente dos limites da ciência de lidar com a incerteza.
<p><u>Proteção da Saúde</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Medidas de contenção; Lógica clínico-biológica normativa. 	<p>Prevenção, isolamento, controle, biossegurança, diagnóstico, tratamento e regulamentação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Herança da saúde pública e da medicina tradicional. 		<p>Contenção do problema ↓ (idéia de controle, caso o problema ocorra)</p> <ul style="list-style-type: none"> Adiamento da elaboração de um plano gerencial
<p><u>Descaso: zonas nebulosas da esfera pública</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Crise no setor saúde; Dificuldades vividas no ensino público no País. 	<p>Serviço público, saúde pública, caos e a falta de: pessoal, infraestrutura, planejamento, comprometimento com a esfera pública, valorização do trabalhador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Naturalização da 'falta de'. 		<p>HU não tem estrutura para atender essa demanda ↓ (naturalização da cultura)</p> <ul style="list-style-type: none"> Acomodação com consequências para a tomada de decisões gerenciais importantes.
<p><u>Integralidade</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Abertura de espaços de diálogo entre profissionais e serviços envolvidos; 	<p>Organização, integração, solidariedade, agilidade de resposta, conhecimento, responsabilidade social, educação permanente e distanciamento ensino-saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Arranjo institucional dicotomizado (distinção entre SP e assistência); Crítica a um trabalho desarticulado fora da situação de emergência 	<ul style="list-style-type: none"> Combinação do formato tradicional de atenção com o modelo de atenção integral no momento real da pandemia; A defesa da educação permanente associada a gestão das ESP. 	<p>Incorporação de 'necessidades' que precisam ser absorvidas pelos serviços ↓</p> <ul style="list-style-type: none"> Ações gerenciais próximas dos princípios do SUS; Possibilidade de mudança na percepção predominantemente técnico-científica da gestão.

Fonte: Dados da pesquisa, Souza DB, Rio Grande, 2012.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao escrever as considerações finais, ocupando neste momento a posição de quem lê o material produzido, percebe-se que a construção da tese já é texto objetivado e, portanto, está fora da pesquisadora. Este momento reforça um sentimento de inacabamento da produção sem com isso pensá-la incompleta. Traz em si o movimento do estudo, o seu processo e a preocupação de contribuir para o desenvolvimento dos conhecimentos na área da saúde e da enfermagem para a gestão das emergências de saúde pública, da formação de quem gerencia e das pesquisas sobre essa temática. Este capítulo final demarca um momento que é de chegada e de partida, momento de se permitir completar uma etapa, sem interromper a continuidade, sem dar por completa a caminhada.

A busca em conhecer e analisar as representações sociais de emergências de saúde pública, no campo das doenças infecciosas, exercitando o controle da familiaridade com a temática que limita o olhar a um conhecimento considerado certo e ideal pelo universo reificado, optando em cada momento em não se desviar de uma perspectiva crítica, constituiu-se num dos principais desafios do estudo. Soma-se a este, o desafio da própria teoria das representações sociais como lentes para as interpretações, visto demandar de quem pesquisa a arte de (re)construir caminhos que permitam o movimento entre as dimensões cognitivas, afetivas e sociais, entrelaçando a subjetividade, a intersubjetividade e a objetividade do fenômeno em estudo. A partir do conhecimento dos processos de formação das representações sociais de emergências de saúde pública entre os gestores, foi possível ir interpretando e compreendendo o efeito conjugado dessas dimensões, a organização de conteúdos, das significações e da utilidade que lhes são conferidas pelos sujeitos.

Assim, o caminho perseguido até aqui, aliando informações obtidas pelo teste de associação livre de palavras e pelas entrevistas semiestruturadas, considerando-se a categoria temática como objetivação e os temas que organizaram essas categorias como ancoragens, permitiu responder a questão de estudo e atingir os objetivos propostos. Entretanto, é preciso sinalizar como limites deste trabalho que as representações sociais das emergências de saúde pública, por terem sido estudadas a partir da experiência pandêmica da gripe A, trazem consigo interpretações simbólicas relacionadas à influenza, e que os resultados dizem respeito a um contexto de hospital público universitário e explicitam características dos gestores desse espaço específico. Os resultados obtidos, embora não permitam generalizar os achados, desenham um panorama de desafios no campo da gestão das emergências de saúde pública, na perspectiva de serviços assistenciais que integram em seu espaço a saúde e a educação e que

podem ser ponto de partida para outros estudos ou para a constituição de generalidades. Ou seja, os resultados permitem associações, estabelecimento de relações com outras formas de epidemias ou pandemias, de gestão do problema, de discussões políticas, técnicas e administrativas e de processos de formação, indicando caminhos para enfrentar as incertezas.

No tempo-espaço desta pesquisa, confirma-se a tese de que o desafio imposto pelas situações de emergência de saúde pública, ao exigir uma resposta rápida diante de um fenômeno desconhecido, impulsiona uma reordenação nas práticas gerenciais em tempo real, tensionando a segurança que transita atrelada à ideia de espaço de construção de conhecimento científico nos HU's, contribuindo para que se instale contradições entre a imagem social de excelência desses hospitais e a realidade vivida no dia-a-dia do trabalho. Os gestores são impelidos a participarem desse desafio intervindo no movimento e no tempo, interagindo na velocidade das exigências mundiais.

As representações sociais situam as emergências de saúde pública a uma distância segura do compreensível. O medo e a insegurança que transitam pelo espaço obscuro do desconhecido e do incognoscível reforçam o espectro da vulnerabilidade e dão visibilidade a atravessamentos das memórias do cotidiano de epidemias que aterrorizaram no passado. A incerteza associada às emergências assume o fio da navalha e mobiliza sentimentos e pensamentos contraditórios que se instalam na relação entre os avanços da ciência e da tecnologia e a desconcertante constatação de que o conhecimento científico, reificado, não dá conta do real. Nesse movimento, com esses conteúdos e contradições, a vulnerabilidade vai se cristalizando enquanto objetivação, assumindo valor de realidade concreta, diretamente legível e utilizável na ação gerencial das emergências de saúde pública. Ponderando-se os contextos estudados e problematizados nesta pesquisa, a lógica da vulnerabilidade acaba por reforçar o caráter de inadministrável associado ao fenômeno e uma tendência de reproduzir formas tradicionais de gestão.

Também se constatou permanência da herança da saúde pública e da medicina tradicional, havendo uma valorização das regras voltadas para as doenças e para o ambiente, ocultando os sujeitos envolvidos. Na percepção dos gestores, as emergências de saúde pública estão intimamente relacionadas a medidas de contenção. A prevenção surge como principal ancoragem da imagem de proteção da saúde, sendo reforçada pela ideia de controle, adquirindo significado de evitar a propagação da doença e estabelecendo uma forte ligação com a noção de isolamento, afastando-se dos pressupostos essenciais da promoção da saúde.

Além de elementos vinculados a práticas restritivas de controle sanitário e à lógica clínico-biológica-normativa, a emergência de saúde pública foi compreendida pelos gestores

em consonância com a crise que o setor saúde vem enfrentando, sendo concretizada na imagem do descaso em vinculação direta com a esfera pública. Considerando-se o espaço específico de onde os gestores representam o fenômeno, as dificuldades vividas pelo ensino público também se constituíram em conteúdos de ancoragem à objetivação da representação social. A falta de estrutura e recursos revelou-se como um dos maiores problemas para os gestores, dando visibilidade ao despreparo do serviço para lidar com uma emergência de saúde pública. Embora a falta de planejamento tenha sido associada a esse despreparo, ganhou destaque o descaso da esfera pública na promoção de estrutura e condições de trabalho para o enfrentamento desse problema. Essa convicção reforça um sentimento de que as soluções ocorrem de cima para baixo, com inexpressiva interferência dos gestores, sinalizando uma posição assumida de constituídos pelo universo reificado e materializada na imagem do descaso. Essa posição pode estar influenciando os sujeitos a uma acomodação com consequências negativas para a tomada de decisões gerenciais importantes.

O desafio de integrar os esforços do sistema de saúde para dar conta do problema impulsionou a abertura de espaços de diálogo entre os profissionais e os serviços e revelou um momento de entrelaçamento entre um ‘fazer’ ainda marcado pelo modelo tradicional de atenção com um modelo de atenção integral. Nesse movimento, a emergência de saúde pública é objetivada na imagem da integralidade, ancorada fortemente na ideia de organização que se vincula à necessidade de articulação entre serviços e ações. Resistências a questões políticas no exercício da gestão durante a emergência pandêmica são desveladas e sugerem uma estratégia inconsciente dos gestores para lidarem com a deficiência de formação no campo da gestão pública. A defesa da educação permanente, como necessidade associada à gestão das emergências, acena uma possibilidade de mudança na percepção predominantemente técnico-científica da gestão. Sobressaiu-se a polêmica sobre o distanciamento entre ensino e assistência, mobilizando sentimentos interligados à responsabilidade social de um hospital escola e o dever de corresponder às expectativas da sociedade.

As representações sociais das emergências de saúde pública na perspectiva de gestores em um hospital universitário balizam elementos que permitem o entendimento da complexidade que envolve a gestão desse tema. Permitem a visualização dos conceitos que sustentam as representações, oferecendo subsídios para análise das formas simbólicas que as constituem e que adquirem força por meio de estratégias que transitam pela sobrevalorização de discursos negativos ligados ao espaço público da saúde e do ensino, naturalização do caráter substancial e irremediável de epidemia e do caráter técnico-normativo da ação

gerencial. Entretanto, se as representações atestam permanências, também sinalizam movimentos importantes que podem significar avanços na construção de estratégias gerenciais na área da saúde e enfermagem, para lidar com o problema, comprometidas com a proposta de atenção integral da saúde, aproximando-se dos princípios do SUS.

Entre as possibilidades que se desenham na pesquisa, propõem-se alguns caminhos que podem contribuir para a gestão das emergências de saúde pública:

- 1- Pensar que a certeza do ponto de vista positivista responde a uma expectativa, mas do ponto de vista da teoria da incerteza pode absolutizar uma descoberta que é momentânea e, portanto, válida até o momento. Essa descoberta quando se torna certeza elimina a possibilidade da continuidade da incerteza como própria da produção do conhecimento novo.
- 2- Reconhecer que o saber é, também, admitir o não saber, e que o desconhecido é que nos desafia a pensar na mudança e transformar a prática. Trabalhar com a incerteza de modo aberto, desnudado, é uma forma de ganhar forças para enfrentar os medos e os fantasmas da vulnerabilidade.
- 3- A normatividade é sempre provisória. Essa ideia precisa estar no horizonte dos gestores, trabalhadores da saúde e enfermagem, a fim de que pensem as emergências de saúde pública pelo exercício de trabalhar mais com aspectos gerais, de princípios, do que simplesmente de operacionalização, estando os serviços preparados e articulados para uma situação de emergência de saúde pública.
- 4- Reconhecer as funções de coordenação e orientação do Ministério da Saúde durante uma emergência de saúde pública, afastando o entendimento de cumpridores de regras de algo dado, a fim de facilitar a mobilidade gerencial e assumirem-se como constituintes do processo, próprio de uma gestão participativa.
- 5- Compreender o processo de gestão de forma indissociável da política e da educação, dando-se conta da dimensão política, social, técnica, operacional, psicológica, da hierarquia dos lugares, interferindo na dinâmica dos movimentos gerenciais.
- 6- Fomentar a crítica da prática individual, coletiva, educativa e social como parte da construção sistemática das estratégias gerenciais para lidar com as emergências de saúde pública.
- 7- Tomar consciência e compreender que as representações sociais não são construções conscientes e, por isso, podem causar influências na prática gerencial das emergências de saúde pública que não correspondem à vontade racional do grupo.

- 8- Reconhecer que as representações sociais não são apenas tributárias do passado, elas são também passagens para o futuro, constituindo o acervo cognitivo-afetivo com o qual se lidará com as emergências de saúde pública amanhã.
- 9- Pensar as emergências de saúde pública, também, no movimento de articulação entre as instituições públicas de saúde, bem como, nas articulações dessas com as instituições de formação.

Estas ideias são aproximações, possibilidades em aberto que partem do que foi desenvolvido até o momento. É neste momento-tempo de conclusão que se ressalta a importância de assumir compromissos/responsabilidades nos espaços das macro e micro políticas de Estado, dos HU's e das equipes de trabalho, entendendo-se como 'ser' político.

Ainda é preciso sinalizar a necessidade de aprofundamento das relações entre saúde e Estado, pois quando se discute o "público" como incapaz/ineficiente, está se explicitando que as ações de Estado não correspondem àquilo que a sociedade necessita. Se durante as emergências de saúde pública os gestores, trabalhadores da enfermagem e outros da área da saúde dão destaque ao entendimento de que não há um comprometimento de Estado, caberia investigar quais as representações sociais que estão organizando o entendimento da ação de Estado em relação à saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Teixeira MG, Costa MCN, Viana I, Paim JS. Vigilância em saúde: é necessária uma legislação de emergência? *Rev. de Direito Sanitário*. 2009;10(2):126-144.
- 2 Carmo EH; Penna G; Oliveira WK de. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estud. Avançados*. 2008;22(64):19-32.
- 3 Ianni O. Teorias da globalização. 9ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.
- 4 Organização Mundial de Saúde. International Health Regulations (2005) [internet]. Genebra; 2005 [cited 2010 mar 25]. Available from: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-em.pdf.
- 5 Figueroa RE. Regulamento Sanitário Internacional e influenza A (H1N1). *Prática Hospitalar*. 2009;11(63):15-16.
- 6 Souza DB; Dall’Agnol CM. Representações sociais sobre vigilância sanitária entre trabalhadores. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008;16(3):452-457.
- 7 Souza DB. Representações sociais sobre vigilância sanitária entre trabalhadores da Anvisa: um estudo na Coordenação do Rio Grande do Sul [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
- 8 Organização Mundial de Saúde. International Travel and Health. Situation as on 1 January 2010. Genebra: WHO; 2010.
- 9 Organização Mundial de Saúde. Meeting on avian influenza an human pandemic influenza [internet]. Genebra; 2005 [citado em 2011 jun 30]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/events/2005/avian_influenza/en/index.html.
- 10 Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Gripe A: um hospital público e universitário na frente contra a influenza A-H1N1. Porto Alegre: HCPA; 2009.
- 11 Ministério da Saúde (BR), Lista de hospitais de referência para a pandemia de influenza [online]. Brasília (DF); 2009 [citado em 2011 mai 16]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1534.
- 12 Neumann CR, Azambuja MIR, Oliveira FA, Falk JW. Pandemia de Influenza A (H1N1): o que aprender com ela? *Rev HCPA*. 2009; 29(2):92-99.
- 13 Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.
- 14 Moscovici S. A máquina de fazer deuses: a sociologia e psicologia. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
- 15 Rosen GA. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec/Unesp/Abrasco; 1994.

- 16 Bueno E. A vigilância sanitária na história do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2005.
- 17 Le Goff J, Chartier R, Revel J. A nova história. Coimbra: Almedina; 1978.
- 18 Barata RB. Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil. Rev Bras Epidemiol. 1999;2(1):6-18.
- 19 Associação Brasileira de Enfermagem (Abenp). Enfermagem [internet]. 2011 [citado em 2011 ago 08]. Disponível em: <http://www.abenpe.com.br/#>.
- 20 Boccaccio G. Decamerão. São Paulo: Abril Cultural; 1970.
- 21 Costa E. Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Sobravine, HUCITEC; 2004.
- 22 Keele KD. The Sydenham-Boyle theory of morbidic particles. Medical History. 1974;(18):240-248.
- 23 Barata RB. Epidemias. Cad Saúde Pública. 1987;3(1):9-15.
- 24 Lopes EFS. A formação das professoras enfermeiras da Escola Técnica de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e suas práticas educativas [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
- 25 Costa R, Padilha MI, Amante LN, Costa E, Bock LF. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. Texto Contexto Enferm. 2009;18(4):661-9.
- 26 Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Rev Bras Enferm. 2009;62(5):739-44.
- 27 Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: CUT/Annablume; 1998.
- 28 Rizzoto MLF. História da enfermagem e sua relação com a saúde pública. Goiania AB; 1999.
- 29 Barreto ML; Teixeira GM; Carmo EH. Infectious diseases epidemiology (Glossary). Journal of Epidemiology and Community Health. 2006;(60):192-195.
- 30 Ujvari SC. A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microrganismos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Unesp; 1996.
- 31 Goldim JR. Bioética e pandemia de influenza. Rev HCPA. 2009;29(2):161-166.
- 32 Dall' Agnol CM, Souza DB. O (des)conhecimento dos viajantes sobre a exigência da vacinação contra febre amarela: um estudo no Aeroporto Internacional de Porto Alegre, RS. Rev Min Enferm. 2007;11(4):375-380.
- 33 Centers for Diseases Control and Prevention. A influenza (vírus) gripe [internet]. Georgia;

- 2010 [citado em 2010 jun 30]. Disponível em:
<http://www.cdc.gov/flu/about/viruses/index.htm>.
- 34 World Health Assembly. Revision of the international health regulations, WHA 58.3. Genebra [internet]. Genebra; 2005 [cited 2010 ago 10]. Available from:
<http://www.who.int>.
- 35 Secretaria de Vigilância em Saúde (BR), Regulamento Sanitário Internacional. Boletim eletrônico epidemiológico [internet]. Brasília (DF); 2005 [citado em 2010 mai 28]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs>.
- 36 Bauman Z. Medo líquido. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2008.
- 37 Ministério da Saúde (BR), Portaria-SVS, n.5, de 21 de fevereiro de 2006: Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos [internet]. Brasília (DF); 2006 [citado em 2010 ago 20]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
- 38 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Progestores: para entender a gestão do SUS. Brasília (DF); 2007.
- 39 Nunes PRS. A formação/educação dos sujeitos sentir-pensantes: um lugar de disputa e mediação [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
- 40 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de preparação brasileiro para o enfrentamento de uma pandemia de influenza. Brasília (DF); 2006.
- 41 Freire P. Pedagogia do oprimido. 42ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
- 42 Santos BS. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. 9ª Ed. São Paulo: Cortez; 2003.
- 43 Organização Mundial de Saúde. Alerta y Respuesta ante Epidemias y Pandemias [internet]. Genebra; 2010 [citado em 2010 mai 26]. Disponível em:
<http://www.who.int/csr/es/index.html>.
- 44 Temporão JG. I carta aberta do Ministério da Saúde: o enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). Epidemiol. Ser. Saúde. 2009;18(3):201-204.
- 45 Vieira JLC, Moriguchi EH. A pandemia de influenza no Rio Grande do Sul: estamos preparados para enfrentar uma segunda onda? Rev HCPA. 2009; 29(2):88-91.
- 46 Almeida Filho N. A clínica e a epidemiologia. Salvador-Rio de Janeiro: Apce-Abrasco; 1992.

- 47 Servalho G. Tempos históricos, tempos físicos, tempos epidemiológicos: prováveis contribuições de Fernand Braudel e Ilya Prigogine ao pensamento epidemiológico. *Cad Saúde Públ.* 1997;13(1):7-36.
- 48 Gutierrez SS. Professores conectados: trabalho e educação nos espaços públicos em rede [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
- 49 Prigogine I. O fim das incertezas. São Paulo: Unesp; 1996.
- 50 Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2000.
- 51 Capra F. O ponto de mutação. 22 ed. São Paulo: Cultrix; 2001.
- 52 Fróis KP. Uma breve história do fim das certezas ou paradoxo de Janus. *Cad Pesqui Interdiscip Ciênc Hum.* 2004;63(5):5-16.
- 53 Prigogine I; Stengers I. Order out of chaos: man's new dialogue with nature. Flamingo; 1984.
- 54 Prigogine I. O nascimento do tempo. Lisboa: Edições; 1990.
- 55 Japiassu H. A pedagogia da incerteza. Rio de Janeiro: Imago; 1983.
- 56 Prigogine I. Penser le temps. In: Nysenholc A, Boom JP, Organizadores. Redécouvrir le temps. Bruxelas: Université de Bruxelles; 1988. p. 5-19.
- 57 Ministério da saúde (BR), Portaria-GM, n. 2.529, de 23 de novembro de 2004: Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar e cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos [internet]. Brasília (DF); 2004 [citado em 2010 ago 20]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br>.
- 58 Massoni NT. Prigogine I: uma contribuição à filosofia da ciência. *Rev Brasileira de Ensino de Física.* 2009;30(2):2308.
- 59 Erdmann AL, Sousa FGM, Backes DS, Mello ALSF. Construindo um modelo de sistema de cuidados. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(20):180-185.
- 60 Erdmann AL. Sistemas de cuidados de enfermagem. Pelotas: universitária/UFPel; 1996.
- 61 Ministério da Educação (BR), Secretaria de Educação Superior. Hospitais Universitários. [internet]. Brasília (DF); 2007 [citado em 2010 ago 15]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br>.
- 62 Médici AC. Hospitais universitários: presente, passado e futuro. *Rev Ass Med Brasil.* 2001;47(2):149-56.

- 63 Cislaghi JF. Hospitais universitários: presente caótico e futuro incerto [internet]. 2010 [citado em 2010 ago 18]. Disponível em: www.apufpr.org.br/artigos/hus.pdf.
- 64 Brasil (BR), Decreto n°. 7.082, de 27 de janeiro de 2010: Institui o programa de reestruturação dos hospitais universitários federais-REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas de educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 jan. 2010. Seção 1, p.1. Brasil.
- 65 Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo da razão e emoção. São Paulo: Hucitec; 1996.
- 66 Santos M. Por uma geografia nova. São Paulo: Hucitec; 1990.
- 67 Certeau M, Luce G, Mayol P. A invenção do cotidiano: 2. morar e cozinhar. 8ª ed. Petropolis: Vozes; 2008.
- 68 Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 17-44.
- 69 Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public. Paris: PUF; 1961.
- 70 Jodelet D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet D, Organizer. Les représentations sociales. Paris; 1989. p. 31-61.
- 71 Jodelet D. Representation Sociale: phénomènes, concept et théorie. In: Moscovici S, Organizer. Psychologie sociale. Paris: PUF; 1984. p. 78-99.
- 72 Machado CLB. Contando histórias de escritas sobre os sentidos da experienci-ação no trabalho docente interdisciplinar na universidade latino-americana. In: Machado CLB, Marcelino ALG, Silveira ML, Organizadores. Cartas educativas: uma experienci-ação de resistências, anúncios e fazeres. Porto Alegre: Itapuy; 2010. p. 160-168.
- 73 Machado CLB. Sentidos da experienci-ação no trabalho docente na universidade. In: Anais do VII Seminario de La Red Latinoamericana de Estudios sobre Trabajo Docente; 2008, (1):1-15. [CD-ROM].
- 74 Jovchelovitch S, Guareschi PA. Introdução. In: Guareschi PA, organizador. Textos em representações sociais. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999. p.9-13.
- 75 Castro RV. Prefácio. In: Almeida AMO, Souza Santos MF, Trindade ZA, Organizadores. Teoria das representações sociais: 50 anos. Brasília: TechnoPolitik; 2011. p.5-12.
- 76 Bloch MLB. Les rois thaumaturges: Étude sur le caractère surnaturel attribué à la puissance royale particulièrement en France et en Angleterre. Paris; 1924.
- 77 Simmel G. Sociologie et épistémologie. Paris: PUF; 1981.
- 78 Dall'Agnol CM. Avaliação de desempenho na enfermagem e o ser (a) crítico [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

- 79 Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- 80 Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.
- 81 Certeau M. A invenção do cotidiano: 1. artes de fazer. 15ª ed. Petropolis: Vozes; 2008.
- 82 Sá CP. Sobre o pensamento social e sua gênese. In: Almeida AMO, Santos MFS, Trindade ZA, Organizadores. Teoria das representações sociais: 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2011. p. 283-302.
- 83 Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- 84 Triviños ANS. Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais: ideias gerais para a elaboração de um projeto de pesquisa. 2ª ed. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis; 2001.
- 85 Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
- 86 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR), Resolução-RDC n.21, de 28 de março de 2008. Dispõem sobre a orientação e controle sanitário de viajantes em portos, aeroportos, passagens de fronteira e recintos alfandegados. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF), 31 mar. 2008. Seção 1, p.1. Brasil.
- 87 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos 2010 [internet]. 2010 [citado em 2011 ago 01]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprs.def>.
- 88 Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior. Conheça o HU [internet]. 2010 [acessado em 2012 jun 10]. Disponível em: http://www.hu.furg.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=2.
- 89 Universidade Federal do Rio Grande. História da Escola de Enfermagem [internet]. 2010 [citado em 2010 dez 02]. Disponível em: http://www.eenf.furg.br/index.php?option=com_content&view=article&id=56&Itemid=3.
- 90 Trindade ZA, Souza Santos MF, Almeida AMO. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: Almeida AMO, Souza Santos MF, Trindade ZA, Organizadores. Teoria das representações sociais: 50 anos. Brasília: TechnoPolitik; 2011. p.101-121.
- 91 Bardin L. Análise de conteúdo. Ed. Revista e Ampliada. Lisboa: Edições 70; 2011.
- 92 Ghiglione R, Matalon B. O inquérito: teoria e prática. Oeiras: Celta Editora; 1997.
- 93 Camargo BV, Nascimento-Schulze CM. Psicologia social, representações sociais e métodos. Temas Psicol. 2000;8(3):287-99.

- 94 Spink MJP. O estudo empírico das representações sociais. In: Spink MJP, organizadora. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 2004. p. 85-145.
- 95 Leal SMC. “Lugares de (não) ver?” – as representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde [tese]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
- 96 Vignaux G. Categorições et schématisations:dês arguments au discours. In: Dubois D. Ed. Sémantique et cognition. Paris:CNRS; 1991. p. 215-50.
- 97 Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enferm UERJ. 2008;16(4):569-76.
- 98 Moscovici S. Les méthodes des sciences humaines. Paris: Editora Presses Universitaires de France; 2003.
- 99 Souza Filho EA. Análise de representações sociais. In: Spink MJP. O conhecimento no cotidiano: as representações na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1995. p. 109-145.
- 100 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 101 Francisconi CF; Goldin JR. Diretrizes consensuais tripartites para a boa prática clínica. [internet]. Porto Alegre; 2003 [citado em 2010 mai 17]. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/consespq.htm>.
- 102 Santos RA. Representações sociais da peste e da gripe espanhola. In: Nascimento DR, Carvalho DM, Organizadores. Uma história brasileira das doenças. Brasília: Paralelo 15; 2004.
- 103 Nascimento DR, Gouvea G. O signo da culpa na história das doenças. XII Encontro Regional de História ANPUH-Rio. ST 14 – Ciências biomédicas, saúde e enfermidades em perspectiva histórica; 2008.
- 104 Jodelet D. Loucuras e representações sociais. Petropolis: Vozes; 2005.
- 105 Bertolozzi MR, Takahaschi RF, Nichiata LYI. Vulnerabilidades em saúde do adulto. In: Kalinowski CE, Martini JG, Felli VEA, Organizadores. Programa de atualização em enfermagem em saúde do adulto (PROENF/AS): Ciclo 2/Módulo 4. Porto Alegre: ABEn/Artmed; 2008. p. 9-24.
- 106 Santos M. Metamorfose do espaço habitado. São Paulo: Hucitec; 1988.
- 107 Silva AL. A enfermagem na era da globalização: desafios para o século XXI. Rev Latino-am Enfermagem. 2008;16(4):787-790.

- 108 Bruck NRV, Guareschi P. Psicologia das emergências: o dramático cotidiano do trauma. In: Veronese MV, Guareschi PA, Organizadores. Psicologia do cotidiano: representações sociais em ação. Petropolis: Vozes; 2007. p. 247-274.
- 109 Organización Mundial de la Salud. Preparación para la segunda oleada: enseñanzas extraídas de los brotes actuales [internet]. 2011 [citado 2011 ago 28]. Disponible em: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_second_wave_20090828/es/index.html.
- 110 Delumeau J. História do medo no ocidente-1300-1800: uma cidade sitiada. São Paulo: Companhia de Letras; 1989.
- 111 Jung CG. Os arquétipos e o inconsciente coletivo. Petrópolis; 2000.
- 112 Oliveira JR, Brêtas JRS, Yamaguti L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):386-94.
- 113 Souza Campos GW. Saúde paideia . São Paulo: Hucitec; 2003.
- 114 Freud S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1991.
- 115 Oliveira DC. A teoria de representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: Almeida AMO, Souza Santos MF, Trindade ZA, Organizadores. Teoria das representações sociais: 50 anos. Brasília: TechnoPolitik; 2011. p.585-624.
- 116 Guareschi P. Mídia e cidadania. Conexão – Comunicação e Cultura. 2006;5(9):27-40.
- 117 Lieber R, Romano-Lieber NS. O conceito de risco: janus reinventado. In: Minayo MCS, Organizadora. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.60-111.
- 118 Spink MJ, Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. Cad Saude Publica. 2001;17(6):1277-1311.
- 119 Barbosa AO, Costa EA. Os sentidos de segurança sanitária na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ciênc. Saúde Colet. 2010; 15 Supl 3:3361-70.
- 120 Guareschi P. Psicologia social e representações sociais: avanços e novas articulações. In: Veronese MV, Guareschi PA, Organizadores. Psicologia do cotidiano: representações sociais em ação. Petropolis: Vozes; 2007. p. 17-40.
- 121 Freitas JD, Porto MF. Rev Educ Saúde. 2011;9(2): p. 179-200.
- 122 Costa Valle ARM, Feitosa MB, Araújo VMD, Moura MEB, Santos AMR, Monteiro CFS. Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008;12(2):304-309.

- 123 Simonds AK, Sokol DK. Lives on the line? Ethics and practicalities of duty of care in pandemics and disasters. *Eur Respir J*. 2009;34(2): 303-309.
- 124 Possamai H, Guareschi P. Minha culpa, meu destino. In: Veronese MV, Guareschi PA, Organizadores. *Psicologia do cotidiano: representações sociais em ação*. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 225-246.
- 125 Aith F, Dallari SG. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. *Rev Direito Sanitário*. 2009;10(2):94-125.
- 126 Ministério da Saúde (BR), Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Brasília (DF); 1990 [citado em 2012 mar 20]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>.
- 127 Ministério da Saúde (BR), Lei n. 8.142 de 19 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [internet]. Brasília (DF); 1990 [citado em 2012 mar 20]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>.
- 128 Souza Campos GW, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc saúde colet*. 2007;12(4):849-859.
- 129 Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc saúde colet*. 2008;12(4):825-839.
- 130 Jesuíno JC. Um conceito reencontrado. In: Almeida AMO, Souza Santos MF, Trindade ZA, Organizadores. *Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília: TechnoPolitik; 2011. p.33-57.
- 131 Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, Organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003. p.39-53.
- 132 Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In Czeresnia D, Freitas, CM, Organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- 133 Lopes MMB, Carvalho JN, Backes MTS, Erdmann AL. Políticas e tecnologias de gestão em serviços de saúde e de enfermagem. *Rev Acta Paul Enferm*. 2009;22(6):819-27.
- 134 Gomes RC. A visão de gestores e professores sobre as práticas de ensino e gestão no Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará [dissertação]. Fortaleza: Programa de Pós-Graduação de Políticas Públicas e Gestão de Educação Superior, Universidade Federal do Ceará; 2010.

- 135 Organização Mundial de Saúde. Making hospitals safe in emergencies: country examples. [online]. Genebra; 2012 [cited 2012-04-14]. Disponível em: <<http://www.who.int/features/2012/whd/en/index.html>>.
- 136 Baggio MA, Callero GD, Erdmann AL. Relações de “não cuidado” de enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse? *Esc Anna Nery* (impr.) 2001;15(1):116-123.
- 137 Garlet ER, Lima MAS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Rev Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):266-72.
- 138 Zombini EV, Bogus CM, Pereira IMTB, Pelicioni MCF. Classe hospitalar: articulação da saúde e educação como expressão da política de humanização do SUS. *Rev Trab Educ Saúde*. 2012;10(1):71-86.
- 139 Oliveira F. Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita. São Paulo: Perseu Abramo; 2000.
- 140 Lopes MJM, Bueno ALM. Saúde Pública é...: permanências e modernidades nas representações de universitários. *Rev Saúde Soc*. 2007;16(3):92-101.
- 141 Jodelet D. Recentes desenvolvimentos da noção de representações nas ciências sociais. In: Almeida AM, Santos MFS, Trindade ZA, Jodelet D, Organizadores. *Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas: representações sócias*, Brasília: Thesaurus; 2009. p. 105-122.
- 142 Mattos RA. Integralidade e a formação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, Organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2007. p. 130-141.
- 143 Nietzsche FW. Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1998.
- 144 Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cien Saúde Colet*. 2012;17(4):821-828.
- 145 Moura GMS, Magalhães AMM, Dall’Agnol CM, Juchem BC, Marona DS. Liderança em enfermagem: análise do processo de escolha de chefias. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2010;18(6):1099-2006.
- 146 Testa M. Estratégia e programação. In: Testa M, Organizador. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec; 1995. p. 201-306.
- 147 Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Cien Saude Colet*. 2011;16(3):1671-1680.
- 148 Secretaria Estadual de Saúde. Plano estadual para enfrentamento da pandemia de influenza [internet]. 2006 [citado em 2012 mai 23]. Disponível em:

<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1161715997996Plano%20Estadual%20para%20Enfrentamento%20de%20Pandemia%20de%20Influenza.pdf>.

- 149 Mattioni FC, Budó MLD, Schimith MD. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. *Rev Texto Contexto Enferm*. 2011;20(2):263-271.
- 150 Arruda A. Meandros da teoria: a dimensão afetiva das representações sociais. In: Almeida AMO, Jodelet D, Organizadores. *Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*. Brasília: Thesaurus; 2009. p. 83-102.
- 151 Cardoso ASF, Dall'Agnol CM. Processo grupal: reflexões de uma equipe de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1412-1418.
- 152 Freire P. *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros*. São Paulo: Unifesp; 2000.
- 153 Tanji S, Dantas da Silva CMSLM, Albuquerque VS, Viana LO, Santos NMP. Integração ensino-trabalho-cidadania na formação de enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(3):483-490.
- 154 Ministério da Saúde (BR), Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2004. Seção 1.
- 155 Freire P. *Pedagogia da esperança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
- 156 Paim L, Trentini M, Silva DGV. Desafios à pesquisa em enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(2):386-390.
- 157 Neves de Oliveira FMCS, Cunha Ferreira EC, Rufino NA, Santos MSS. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem [internet]. 2011 [citado 2012 jul 08]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74118880005>.
- 158 Machado SP, Kuchenbecker R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2007;12(4):871-877.

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista semiestruturada

Idade: _____ Sexo: _____ Profissão: _____
Tempo de trabalho no HU: _____
Chefia formal: () Sim () Não
Vínculo com a instituição: () FURG () FAHERG

1. Quais as três palavras que lhe vêm à cabeça quando você escuta a expressão emergência de saúde pública na pandemia de influenza?
2. Organize essas três palavras destacando as duas mais significantes e/ou importantes?
3. Como foi vivenciar uma emergência de saúde pública nesta pandemia de influenza A (H1N1) de 2009? (identificar as práticas gerenciais desenvolvidas numa situação concreta de ESP, as facilidades, dificuldades, sentimentos, ideias, símbolos, entre outros, atentando-se para os gestos, expressões faciais, buscando conteúdos implícitos na fala)
4. O que representa para você as emergências de saúde pública? Fale sobre isto (explorar sentimentos positivos e/ou negativos, imagens, contradições e valores associados entre as ESP e a educação/saúde).
5. Quais os trabalhadores você indicaria para falar sobre a temática? (Administração central)
6. Tem mais alguma coisa que gostaria de falar sobre as ESP?

APÊNDICE B – Solicitação de anuência à instituição para realização da pesquisa.

Ilmo Sr.
Prof. Dr. Romeu Selistre Sobrinho
Diretor do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Junior
Rio Grande-RS

Sr. Diretor,

Por meio deste, vimos solicitar anuência para coletar dados referentes ao projeto de pesquisa intitulado **Emergência de Saúde Pública: versão contemporânea de saberes na representação social de gestores de um Hospital Universitário**.

Este estudo tem por objetivo conhecer e analisar as representações sociais de emergências de saúde pública entre gestores de um Hospital Universitário que experienciaram a Pandemia de Influenza A (H1N1). No delineamento metodológico estão previstas três técnicas de pesquisa: Teste de Evocação de Palavras, Entrevistas Semiestruturadas e Análise Documental. Quanto aos participantes, adotamos como critério de inclusão aqueles trabalhadores que ocupem cargos gerenciais na hierarquia formal da instituição e aqueles que tenham sido considerados estratégicos para a coordenação da emergência de saúde pública provocada pela pandemia de influenza A (H1N1) em 2009. Também, complementarmente a pesquisa a análise de documentos institucionais produzidos internamente pelo HU-FURG para orientar procedimentos aos trabalhadores e documentos produzidos pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde para este mesmo fim.

Esclarecemos que o projeto após ser submetido à banca examinadora relativa ao Exame de Qualificação na Escola de Enfermagem tramitará na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ-EENF-UFRGS) e no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Após homologação nesse Comitê, o projeto poderá ser reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS-FURG), caso julgue necessário. Assumimos o compromisso de que a coleta de dados somente será iniciada após a homologação nessas instâncias, bem como de mantê-lo informado sobre esta tramitação.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol Dda. Dirciara Barañano Souza
Programa de Pós-Graduação da EEnf- Bolsista Reuni- PPGEnf-EEnf-UFRGS
UFRGS

De acordo:
Data/Local:

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Participação nas Entrevistas)

Projeto de Pesquisa: Emergência de Saúde Pública: versão contemporânea de saberes na representação social de gestores em um Hospital Universitário^a.

Pesquisadora: Doutoranda Dirciara Barañano Souza (Doutoranda EENF/UFRGS) (53) 9155 0027

E-mail: dirciara.souza@ufrgs.br

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Clarice Dall’Agnol (Professora Responsável Orientadora) (51) 9919 2627, E-mail: clarice@adufgrs.ufrgs.br

Instituição de Origem: Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CEP/UFRGS): (51) 33083629

Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da FURG: (CEPAS-FURG): (53) 32330235.

Sr(a) Participante:

Com este projeto de pesquisa pretende-se conhecer e analisar as representações sociais sobre as emergências de saúde pública entre gestores em um Hospital Universitário que experienciaram a Pandemia de Influenza A (H1N1).

Assim, contamos com sua colaboração para responder algumas perguntas, que serão gravadas em áudio. Esclarecemos que os arquivos de voz serão inutilizados, tão logo sejam transcritos. Fica assegurada a sua livre participação, ou seja, como trabalhador da instituição não sofrerá nenhuma pressão ou coação para participar do estudo e, se mudar de ideia pode desistir a qualquer momento, sem que sua tomada decisão incorra em prejuízos ao (a) Sr.(a). Asseguramos que a sua privacidade será preservada, portanto não haverá associações nominais com o teor das informações que irão compor o relatório de pesquisa e neste somente constarão informações devidamente validadas pelo Sr.(a). Cabe esclarecer que sua participação está isenta de custos ou remuneração. Todas as informações serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos desta pesquisa. A mesma tem procedência acadêmica e destina-se à elaboração da Tese de Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol. Entre os benefícios do estudo, visualiza-se que os resultados possam contribuir para a construção de conhecimento para a saúde e enfermagem, (re)estruturação das estratégias de gestão, detecção e resposta às emergências atuais e futuras e para a formação de gestores nessa área.

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que forem necessários, por isso no início desta folha constam as formas de contatos. Garantimos aos participantes o acesso aos resultados obtidos no final do estudo. Salientamos que as informações obtidas por meio das entrevistas não terão nenhum tipo de implicação legal ou trabalhista que possa lhe trazer prejuízo junto à Instituição em que se realizará o estudo.

Dra. Clarice Maria Dall’Agnol

Dda. Dirciara Barañano Souza

De acordo,

Local: _____

Data: ___/___/___

Nome/Assinatura _____

Obs.: O presente documento, fundamentado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias de igual teor, sendo uma destinada a(o) participante e outra a(o) pesquisador(a) responsável.

^a Título original do projeto.

APÊNDICE D – Quadro A

Quadro A - Demonstrativo das categorias temáticas e temas da análise de conteúdo

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO/TEMAS
Vulnerabilidade	Medo
	Negação e resistência
	Tranquilização
	Um tempo para dar-se conta – conscientização
	Desconhecimento
	Caráter de inusitado, inadmissível
	Memórias da gripe espanhola e da experiência da Aids
	Insegurança
	Novidade, dúvidas, situação de incerteza
	Falta de conhecimento de como lidar com o problema
	Conhecimento e experiência na clínica não dão conta
	Informação, a mídia como geradora de pânico /fonte de informação
	Caráter democrático da emergência, todos estão expostos.
	Morte
	Contágio
	Quadro dramático, quadro súbito com evolução rápida para a morte de pessoas jovens, mulheres grávidas, crianças.
	Exposição da família, levar a doença para casa
	Pavor do contágio, distanciamento do paciente
Castigo divino, bons e maus. Deus não vai permitir	
Coerência entre as ações e a gravidade do problema	
Falta de humildade para reconhecer o desconhecimento: bom senso	
Proteção da Saúde	Proteção: medidas preventivas para interromper a transmissão
	Isolamento dos suspeitos ou confirmados
	Controle do problema para contenção de novos casos
	Distanciamento como proteção
	Medidas de biossegurança, equipamentos de proteção individual como principal medida gerencial na ESP
	Diagnóstico. Conhecer para saber lidar
	A CCIH é fundamental no momento de ESP
	Regulamentação: manual e norma, instrumentos para orientar as estratégias de gestão
	Protocolos: padronização das condutas
	As emergências de saúde pública como algo distante
	Tratamento
	Esperança na ciência e na tecnologia, medidas de contenção

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO/TEMAS
Descaso: zonas nebulosas da esfera Pública	Não há planejamento
	Caos, falta o básico, é estranho falar em emergência
	A falta de estrutura física e de pessoal é uma realidade, um constrangimento, uma situação deprimente.
	Desqualificação da rede de atenção, vigilância e estrutura da mesma
	Falta de comprometimento com o público
	Contradição entre o que se diz e o que se faz
	Desvalorização do trabalhador – revolta
	Fragilidades do SUS: falta de confiança no sistema
	Serviço público: limitações financeiras e de comprometimento, aquela história de Estado e funcionário público
	Associação da imagem negativa de “público” com o servidor público
	Saúde pública
	Desqualificação dos gestores
	Cidade portuária, aumento importante de demanda, sobrecarga do sistema
	Foi uma surpresa a participação do governo federal, tudo chegou na hora certa
Integralidade:	Solidariedade, na pandemia houve cooperação, ajuda
	Durante a pandemia H1N1 houve articulação com a SMS e 3ª Coordenadoria Regional de Saúde
	Divisão da demanda com os postos de saúde
	A necessidade de agilizar as resposta, favoreceu a integração
	Temos uma responsabilidade social a mais, somos um hospital escola
	No HU temos o dever de cuidar
	Distanciamento entre ensino e saúde
	Afastamento da academia da realidade real no HU traz prejuízos para a gestão
	A educação permanente parece coisa tão distante. É preciso atualização
	Dificuldade de trabalhar em equipe, barreiras da integração
	É função da vigilância, um problema de saúde pública
	Necessidade de estimular uma consciência participativa, cultura de coresponsabilidade
	É preciso uma visão aberta para poder visualizar o anúncio de uma ESP

Fonte: Dados da pesquisa, Souza DB, Rio Grande, 2012.

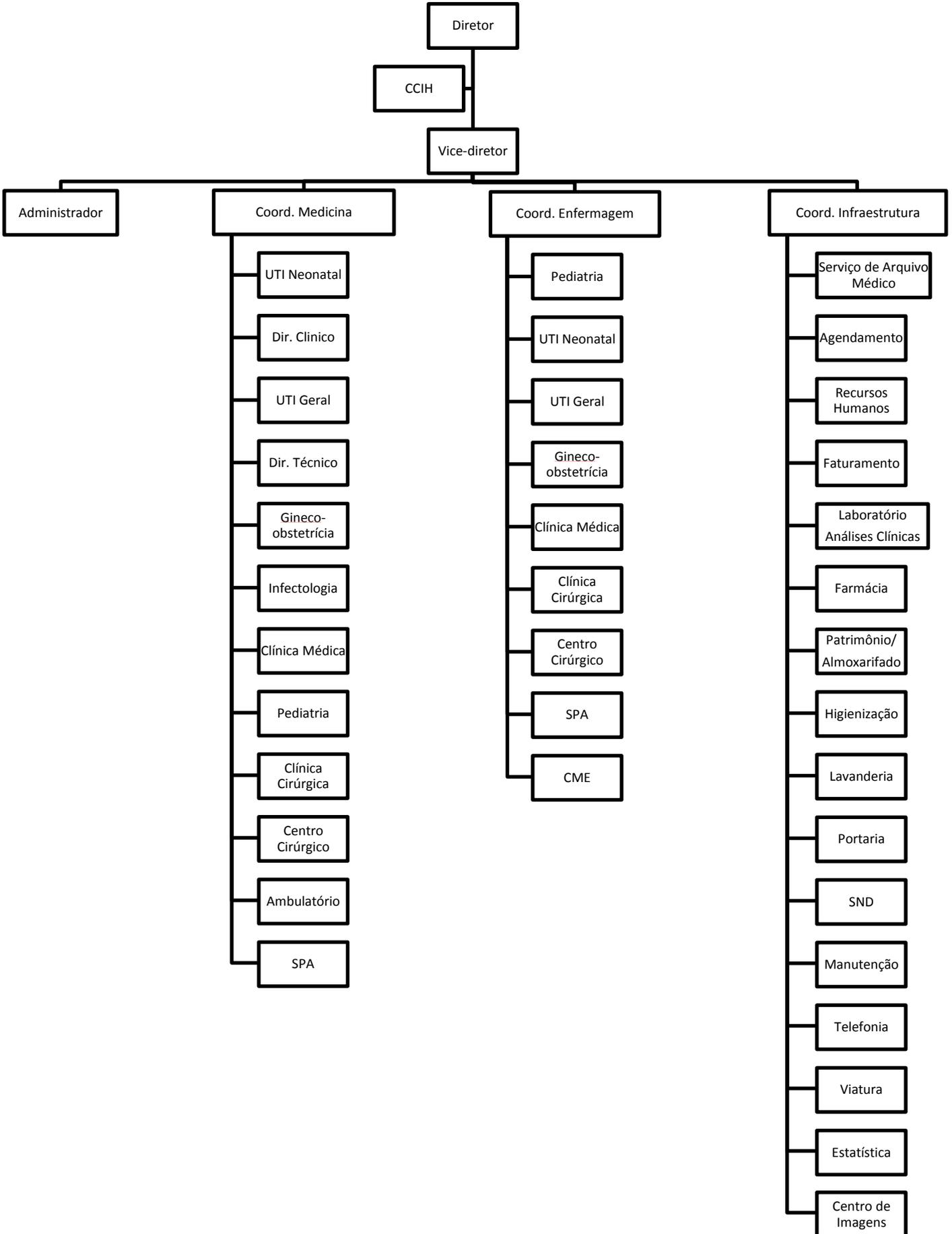
APENDICE E – Quadro B

Quadro B - Possíveis elementos constituintes das representações sociais da emergência de Saúde Pública entre Gestores em um HU/RS.

Categorias	1ª Evocação	n	%	2ª Evocação	n	%	3ª Evocação	n	%
Vulnerabilidade	Pânico	5	16,67	Medo	4	13,33	Insegurança	3	10,0
	Medo	3	10,0	Pânico	3	10,0	Pânico	2	6,67
	Contágio	1	3,33	Desinformação	2	6,67	Informação	1	3,33
	Desconhecimento	1	3,33	Desconhecimento	1	3,33	Ansiedade	1	3,33
	Crítico	1	3,33	Informação	1	3,33	Falta de bom senso	1	3,33
	Conscientização	1	3,33	Morte	1	3,33			
				Conscientização	1	3,33			
				Coerência	1	3,33			
Proteção da Saúde	Controle	2	6,67	Tratamento	4	13,33	Confiança	1	3,33
	Prevenção	2	6,67	Proteção	1	3,33	Tratamento	1	3,33
	Tratamento	1	3,33	Falta de Padronização	1	3,33	Prevenção	1	3,33
	Isolamento	1	3,33				População	1	3,33
							Isolamento	1	3,33
							Atenção	1	3,33
Descaso: zonas nebulosas do público	Caos	2	6,67	Feio	1	3,33	Deprimente	1	3,33
	Saúde Pública	1	3,33	Despreparo	1	3,33	Revolta	1	3,33
	Desorganização	1	3,33				Pouco Caso	1	3,33
Integralidade	Conhecimento	3	10,0	Organização	3	10,0	Organização	2	6,67
	Agilidade	2	6,67	Responsabilidade	2	6,67	Educação	2	6,67
	Organização	1	3,33	Cooperação	1	3,33	Coragem	2	6,67
	Equipe	1	3,33	Distanciamento	1	3,33	Dificuldade Técnica	2	6,67
	Cuidado	1	3,33	Educação	1	3,33	Conhecimento	1	3,33
							Responsabilidade	1	3,33
							Curiosidade	1	3,33
							Atualização	1	3,33
							Cuidado	1	3,33
	30	100		30	100		30	100	

Fonte: Dados da pesquisa, Souza DB, Rio Grande, 2012.

ANEXO A – Organograma – HU/FURG



ANEXO B – Aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa.

U F R G S
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs

**CARTA DE APROVAÇÃO**

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 19985

Título: Emergência de Saúde Pública: versão contemporânea de saberes na representação social de gestores em um Hospital Universitário.

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

CLARICE MARIA DALL AGNOL - coordenador desde 01/02/2011

DIRCIARA BARANÃO SOUZA - pesquisador desde 01/02/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 12/05/2011 - Sala de reuniões do Gabinete do Reitor - 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Quinta-Feira, 12 de Maio de 2011


JOSE ARTUR BOGO CHIES
Coordenador da comissão de ética

ANEXO C – Declaração da instituição co-participante**DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE¹**

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, homologado sob o nº. 19985, em 12 de maio de 2011, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do projeto de pesquisa intitulado Emergências de Saúde Pública: versão contemporânea de saberes na representação social de gestores em um Hospital Universitário, e do compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa participantes desse estudo.

Rio Grande/RS, 02 / 06 /2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
Hospital Universitário


Tomás Dalcin
Administrador

Director pro tempore
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior

¹ O teor deste documento segue as orientações da Carta CONEP/CNS n°. 0212/2010, disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/conep/proponente_co_participante.pdf