

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Cristiane Wagner

**ANÁLISE DA ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA REGISTRO
DAS VÍTIMAS DO DESASTRE DA BOATE KISS EM SANTA MARIA.**

Santa Maria, RS

2016

Cristiane Wagner

**ANÁLISE DA ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA REGISTRO
DAS VÍTIMAS DO DESASTRE DA BOATE KISS EM SANTA MARIA.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Área Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências da Saúde.**

Orientadora: Prof^ª Marinel Mor Dall’Agnol

Co-orientadora: Prof^ª Liziane Maahs Flores

Santa Maria, RS

2016

Ficha catalográfica elaborada por
Nome do bibliotecário e número do CRB
Biblioteca Central da UFSM

© 2016

Todos os direitos autorais reservados a Cristiane Wagner. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

Endereço: Rua Casemiro de Abreu, nº21, Bairro Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, Santa Maria, RS, CEP 97045-120.

Fone (55) 84210709; e-mail: Cristiane.wagner@yahoo.com.br

Cristiane Wagner

**ANÁLISE DA ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA REGISTRO
DAS VÍTIMAS DO DESASTRE DA BOATE KISS EM SANTA MARIA.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Área Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências da Saúde.**

Aprovado em 18 de julho de 2016

**Marinel Mor Dall’Agnol, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)**

**Liziane Maahs Flores, Dra (UFSM)
(Co-orientadora)**

Ana Luiza Ferrer, Dra. (UFSM)

Liane Beatriz Righi, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2016

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado do esforço de inúmeras pessoas, que influenciaram direta ou indiretamente, de distintas formas, pelas reflexões durante os estudos. Todos contribuíram na construção deste trabalho.

Agradeço primeiramente à Deus, por me iluminar e guiar minha vida. Ao meu esposo Juliano Scheffben, por todo apoio, força, incentivo.

Ao meu filho Matheus Wagner Scheffben, por tudo que significa na minha vida, pela força, apoio, amor, carinho e compreensão que sempre teve.

À minha mãe e meus irmãos, que sempre me apoiaram e sei que sentiram muito orgulho por eu estudar mais e mais e almejar novas metas.

À minha orientadora Professora Doutora Marinel Mor Dall’Agnol por toda a ajuda dispensada, pelo esforço, dedicação e principalmente pela paciência que sempre teve comigo.

À minha co-orientadora Professora Doutora Liziane Maahs Flores, agradeço seus conselhos e sua confiança depositada em mim.

Agradeço à equipe do PET-Vigilância em Saúde.

Muito obrigada, de coração, a todos os meus colegas e amigos da Turma do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde.

Agradeço a minha amiga e colega Taísa G. Ferreira, que com sua experiência me ajudou ter “foco” e não desistir, me incentivando e fazendo-me acreditar mais em mim.

A minha amiga Mariane Pergher Soares, que acreditou em mim e me apoiou desde o início da minha trajetória! Você é especial nesta conquista!

A minha banca em ter aceitado participar.

Enfim, agradeço a todos que, de alguma forma, me ajudaram, direta ou indiretamente. Agradeço também por acreditarem no meu potencial, para enfim, realizar umas das mais importantes etapas da minha vida.

RESUMO

ANÁLISE DA ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA REGISTRO DAS VÍTIMAS DO DESASTRE DA BOATE KISS EM SANTA MARIA.

AUTORA: CRISTIANE WAGNER
ORIENTADORA: Marinel Mór Dall'Agnol
CO-ORIENTADORA: Liziane Maahs Flores

Este estudo objetivou verificar como se estabeleceu o processo de cadastramento e gerenciamento das informações das vítimas de um desastre a partir da demanda identificada pelos serviços de atendimento na situação de crise pós-desastre decorrente do incêndio na boate Kiss, no município de Santa Maria, RS, em janeiro de 2013. Este desastre humano de natureza tecnológica culminou em 242 mortes, além de inúmeras vítimas não fatais. Foram utilizados os métodos qualitativo e documental, com questionário semiestruturado e informantes-chave. Realizou-se uma reconstrução histórica do processo de geração e gerenciamento das informações na situação de crise pós-desastre para obtenção de dados e descrição de informações. A população-alvo foram os representantes de sete instituições envolvidas com o desastre, sendo estes os responsáveis pela estruturação ou adaptação do sistema de registro. Os resultados forneceram informações dos serviços quanto a sua estruturação e trouxeram novas demandas ao município. Observou-se que existiam algumas lacunas, fragilidades no sistema de informação e, em alguns casos, foi necessário reorganizar e implementar novos processos de trabalho. Destaca-se a importância de atuação rápida dos gestores envolvidos em organizar os primeiros atendimentos às vítimas, o que foi primordial na fase imediata do desastre. O envolvimento dos recursos humanos foi estruturado, contando-se com apoio de profissionais de fora da cidade que vieram a compor a equipe, mesmo que somente por meio de orientações e capacitações. O estudo destaca a importância dos profissionais de saúde estarem aptos para criarem sistemas de gerenciamento de base de dados de maneira integrada.

PALAVRAS-CHAVES: Sistemas de Informação, Desastre, Incêndio.

ABSTRACT

STRUCTURE ANALYSIS OF RIDING THE SERVICES TO SUPPORT FOR IDENTIFYING VICTIMS OF BOATE KISS DISASTER IN SANTA MARIA

This study aimed to verify how the process of registration and management of information for victims of a disaster from the demand identified by answering services (health services, civil police and association of relatives of the victims) was established, in the post-disaster crisis scenario resulting from the fire at the Kiss nightclub in Santa Maria, RS, in January 2013. This human disaster with technological nature resulted in 242 deaths, and numerous non-fatal victims. It was chosen the qualitative and documentary methods with semi structured and key informant questionnaire were, which describes the historical reconstruction of the generation process and information management in the post-disaster crisis to obtain data and information. The target populations were representatives from seven institutions involved in the disaster, which were responsible for structuring or conformating the registration system. The results provided information of the services in their structure, which brought new demands to the municipality. Adding to all the information, there is some gaps, weaknesses in the information system, which was necessary to reorganize and implement new work processes. It highlights the importance of rapid action of management in organizing the first victim's calls, which was overriding in the immediate phase of the disaster. The involvement of human resources was structured mostly with professional support from out of town that came to compose the team, even if only through guidance and training. The implications of this study emphasize the importance of health professionals being able to create database management systems.

KEY-WORDS: Information Systems, Disaster, Fires.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Quadro 1	Desastres em boates no século XX e XXI.	25
Quadro 2	Gerenciamento de informações sobre as vítimas do incêndio na Boate Kiss em sete instituições. Santa Maria, 2013	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMR	Alerta, Monitoramento e Operações de Resposta em Saúde
AVTSM	Associação de Vítimas da Tragédia de Santa Maria
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CENAD	Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIAVA	Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidente
COBRADE	Codificação Brasileira de Desastres
CONPDEC	Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil
CRED	Centro para Pesquisa sobre Epidemiologia de Desastres
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CW	Cristiane Wagner
DP	Delegacia de Polícia
DO	Declaração de Óbito
DRD	Departamento de Resposta aos Desastres e Reconstrução
ESP	Emergências em Saúde Pública
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
EUA	Estados Unidos da América
FN/SUS	Força Nacional do Sistema Único de Saúde
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
MDT	Manual de Monografias, Dissertações e Teses
NFPA	<i>National Fire Protection Association</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PATRAM	Patrulha Ambiental
PRAE	Pró-reitoria de Assuntos Estudantis
PMSM	Prefeitura Municipal de Santa Maria
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPDEC	Política Nacional de Proteção e Defesa Civil
PRMISP	Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde
RAS	Rede de Atenção a Saúde
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SEDEC	Secretaria Nacional de Defesa Civil
SIE	Sistema de Informações Educacionais
SINPDEC	Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil
SINAN	Sistema de Informações Nacional de Agravos Notificáveis
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMS	Serviço Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVE	Sistema de Vigilância Epidemiológica
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1.	Registro do Projeto no SIE	47
ANEXO 2.	Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética	48
ANEXO 3.	Orientação da Revista aos Autores	49

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A	Quadro da Revisão Sistemática da Literatura	64
APÊNDICE B	Instrumento de coleta de dados	70

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT	6
LISTA DE FIGURAS E TABELAS	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	8
LISTA DE ANEXOS	9
LISTA DE APÊNDICES	10
1 APRESENTAÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 AS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA	14
2.2 O DESASTRE DE 27 DE JANEIRO DE 2013	16
2.3 O MUNICÍPIO DE SANTA MARIA.....	17
2.4 A IMPORTÂNCIA DO GERENCIAMENTO DE INFORMAÇÕES	18
3 MÉTODOS E TÉCNICAS	20
3.1 TIPO DE ESTUDO	20
3.2 POPULAÇÃO DE PESQUISA	20
3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	21
4 ARTIGO 1	22
RESUMO	22
PALAVRAS-CHAVE	22
ABSTRACT	22
KEYWORDS: INFORMATION SYSTEMS, DISASTER, FIRES.	23
INTRODUÇÃO	23
MATERIAIS E MÉTODOS	26
AUTORES	41
AGRADECIMENTOS	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	52

1 APRESENTAÇÃO

Este volume contém a dissertação de Cristiane Wagner que analisa o processo de cadastramento das vítimas a partir da demanda identificada pelos serviços, descrevendo o processo de gerenciamento das informações na situação de crise pós-desastre decorrente do incêndio na boate *Kiss*, no município de Santa Maria, RS, em janeiro de 2013. O desastre culminou em 242 mortes, além de inúmeras vítimas não fatais. Muitos dos sobreviventes tiveram sequelas físicas, emocionais, psicológicas, sociais, problemas econômicos e de readaptação, sendo necessário acompanhamento em longo prazo (PELEGRINI, 2015). O evento na boate *Kiss* classifica-se como um desastre humano de natureza tecnológica (BRASIL, 2014) e é o terceiro maior incêndio ocorrido em uma boate, considerando o número de vítimas fatais e feridas. Nos Estados Unidos da América (EUA) em 1942, o incêndio da boate *Cocoanut Grove* levou ao óbito 492 pessoas e na China, em 2000, o incêndio da boate *Luoyang* deixou 309 mortos (*National Fire Protection Association- NFPA*, 2013).

A autora desta dissertação trabalhou com este tema em seu Trabalho de Conclusão de Pós-graduação no Programa de Residência Multiprofissional Integrada do Sistema Público de Saúde (PRMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A partir da vivência adquirida no PRMISPS foi despertado o interesse em continuar investigando esta temática, incluindo a necessidade de identificação dos usuários em relação aos diferentes serviços. Nesse sentido, esta dissertação objetivou verificar como se estabeleceu o processo de cadastramento das vítimas, a partir da demanda identificada pelos serviços que as atenderam (serviços de saúde, polícia civil e associação de familiares das vítimas), por meio dos sistemas de registros utilizados por eles para esse fim. Com estas informações, foi possível descrever a organização destes serviços para o processamento dos dados da nova demanda decorrente do desastre, utilizando os métodos qualitativo e documental para a obtenção destas informações (MINAYO, 2010; CORSETTI, 2006).

O formato deste volume segue o modelo indicado pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde - Mestrado Profissional, correspondendo às exigências descritas no Manual de Monografias, Dissertações e Teses (MDT) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, 2015). Após os elementos pré-textuais, revisão de literatura e descrição dos métodos e técnicas utilizados, apresenta-se um artigo científico original, com os resultados da

pesquisa, acompanhados de sua discussão e conclusões. A pesquisa está registrada no SIE (Sistema de Informações Educacionais), sob o número 03834 (Anexo 1) e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM sob CAAE número 37525214.2.0000.5346 de 10/11/2014 (Anexo 2). O texto será submetido à Revista Ciências e Saúde Coletiva, cujas normas encontram-se no Anexo 3.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 AS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

As autoridades têm responsabilidade pela proteção da saúde da população em casos de emergências e desastres de qualquer origem e magnitude. Neste sentido, em 1948 foi criada a Organização Mundial da Saúde (OMS), que definiu o Sistema de Informação em Saúde (SIS), como mecanismo para planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. O primeiro Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) foi criado em 1951 com o objetivo de constituir normas e diretrizes no controle de doenças entre os países membros da OMS. No RSI há uma Unidade de Alerta, Monitoramento e Operações de Respostas em Saúde.

No Brasil, o Decreto 7.616/11 define como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada, com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de Saúde Pública (Brasil, 2011). A Defesa Civil, que tem como finalidade a atuação conjunta de ações preventivas, de socorro, assistenciais e reconstrutivas destinadas a evitar ou minimizar os desastres e restabelecer a normalidade social, classifica as ESP em catástrofes, desastres e eventos adversos, em ordem decrescente de complexidade. As Emergências em Saúde Pública (ESP) implicam prejuízos econômicos e sociais, principalmente por afetar o estado de bem-estar da população.

O *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) classifica as Emergências em Saúde Pública em: epidemias, emergências químicas, emergências radioativas, desastres naturais, fenômenos de massa e bioterrorismo. Já o Banco de Dados Internacional de Desastres (BDIT), do Centro para Pesquisa sobre Epidemiologia de Desastres (CRED) da OMS/ONU distingue duas categorias genéricas de desastres (Natural e Tecnológico). Adequar a classificação brasileira à utilizada pela ONU certifica a inclusão do país dentre os demais organismos de gestão de desastres do mundo.

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde coordena os eventos que apresentam danos ou agravos à saúde, provocando o aumento da incidência de doenças e de mortes desnecessárias, a contaminação dos suprimentos de água e de alimentos, a destruição da infraestrutura de serviços, além dos efeitos negativos sobre o estado psicológico da comunidade, dentre outros efeitos, por meio de medidas de prevenção, controle e contenção

de riscos, em situações que podem ser epidemiológicas (surto e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população (TEKELI-YESIL, 2006).

Os desastres são resultados de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem sobre um cenário vulnerável, causando grave perturbação ao funcionamento de uma comunidade ou sociedade, envolvendo extensivas perdas e danos humanos, materiais, econômicos ou ambientais, que excedem a sua capacidade de lidar com o problema usando meios próprios (BRASIL 2012).

No Brasil, a Lei Federal 12.608 de 10 de abril de 2012 instituiu a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC), orientando que o gerenciamento de riscos e desastres deveria ser focado nas ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação, além das demais políticas setoriais, com o propósito de garantir a promoção do desenvolvimento sustentável. Essa mesma lei dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC) e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil (CONPDEC). Para tal fim, foi implantado o Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS) e a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede CIEVS), com o objetivo de detectar emergências de saúde pública, propiciar o gerenciamento dessas emergências e coordenar resposta apropriada pelo Ministério da Saúde, junto com as secretarias estaduais e municipais de saúde. Este serviço possibilita a ampliação da capacidade de uso de informações estratégicas e de comunicação com outras esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005). A Lei 12608/12 também criou o Sistema Integrado de Informações sobre Desastres (S2iD), administrado no âmbito do Ministério da Integração Nacional, para atuar como base de dados compartilhada entre os integrantes da defesa civil em nível federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 2012).

Segundo a INSTRUÇÃO NORMATIVA (IN) Nº 1, de 24 de agosto de 2012, os desastres são classificados de acordo com diferentes critérios. De acordo com a sua intensidade, os desastres são divididos em dois níveis: nível I- desastres de média intensidade em que os danos e prejuízos são suportáveis e superáveis pelos governos locais e a situação de normalidade podem ser restabelecidos com os recursos mobilizados em nível local ou complementados com o aporte de recursos estaduais e federais, decretando situação de emergência. Já os de nível II são desastres de grande intensidade, onde os danos e prejuízos não são superáveis e suportáveis pelos governos locais, mesmo quando bem preparados e o restabelecimento da situação de normalidade depende da mobilização e da ação coordenada

das três esferas de atuação do SINPDEC e, em alguns casos, de ajuda internacional, sendo decretado estado de calamidade pública.

Quanto à periodicidade, os desastres classificam-se em esporádicos, quando ocorrem raramente, com possibilidade limitada de previsão e cíclicos ou sazonais, que ocorrem periodicamente e guardam relação com as estações do ano e os fenômenos associados.

Quanto à origem ou causa primária do agente causador, os desastres são classificados em: naturais (causados por processos ou fenômenos naturais que podem implicar em perdas humanas ou outros impactos à saúde, danos ao meio ambiente, à propriedade, interrupção dos serviços e distúrbios sociais e econômicos) e tecnológicos (originados de condições tecnológicas ou industriais, incluindo acidentes, procedimentos perigosos, falhas na infraestrutura ou atividades humanas específicas, que podem implicar em perdas humanas ou outros impactos à saúde, danos ao meio ambiente, à propriedade, interrupção dos serviços e distúrbios sociais e econômicos, como acidentes nucleares, acidentes com produtos perigosos, rompimento de represa, explosões, entre outros) (SEDEC/UFSC, 2014).

Para atender à classificação dos desastres do Banco de Dados Internacional de Desastres (EM-DAT), a Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil passa a adotar a Codificação Brasileira de Desastres - COBRADE, que segue: categoria, grupo, subgrupo, tipo, subtipo, podendo ser naturais e tecnológicos.

2.2 O DESASTRE DE 27 DE JANEIRO DE 2013

O desastre ocorrido na Boate *Kiss* classifica-se como desastre de origem tecnológica, pois decorreu de ação humana específica (um integrante de uma banda que estava no palco soltou fogos de artifício dentro da boate, durante o show), além da falha no sistema de segurança e de proteção da boate e falta de fiscalização nesse tipo de estabelecimento comercial pelo poder público (SEDEC/UFSC, 2014). A asfixia mecânica foi consequência do gás cianeto, que aliados à fuligem produzida no incêndio e ao monóxido de carbono culminaram na morte rápida estimada entre quatro a cinco minutos de 242 pessoas (CAPRIGLIONE, 2013).

De acordo com dados obtidos pelo Centro Integrado de Vítimas de Acidentes (CIAVA), em março de 2013, 405 vítimas acessaram o serviço apresentando sintomas como

ardência na garganta, cansaço, dispneia, rouquidão, irritação nos olhos, ardência e corrimento no nariz, além de relatos de insônia, ansiedade, tristeza e sensação de reviver o desastre (KIPPER et al., 2014). Este evento provocou repercussão nacional e internacional. Comparado com ocorrências mundiais semelhantes é o terceiro maior incêndio do mundo ocorrido em uma boate, considerando o número de vítimas fatais e feridas.

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, com busca em artigos que abordassem o tema desastre por incêndio como desfecho principal. As bases de dados utilizadas foram *Bireme*, *LILACS* e *MEDLINE*, no período de abril a setembro de 2014, sendo inclusos apenas, artigos completos, escritos no idioma inglês. Foram adotados como critérios de inclusão a busca por palavras de forma agregada “*cohort study*” e “*fire*”; “*information services*” e “*fire*”; “*nightclub fire*” e “*cohort study*”; “*man made disasters*” e “*fire*”; “*nigthclub*”; “*nigthclub*” e “*boate kiss*”. Após análise completa dos artigos selecionados não foram encontrados artigos cujo objetivo principal fosse formar um sistema de informação assim como este estudo (conforme pode ser visualizado na tabela de revisão, Apêndice A).

Os artigos encontrados evidenciam os seguintes resultados: Egyhazi (2014) descreve a criação de um sistema de informação apenas com finalidade de realizar o estudo sobre dor crônica em sobreviventes de um grande incêndio (*The Station RhodeIsland*), assim como Amster (2013), no qual o sistema de informação tinha a finalidade de descrever os riscos vividos pelas equipes de emergência no incêndio *Carmel Forest*. Já Leet (2009) tem uma abordagem um tanto diferente, a qual era investigar o preparo dos sistemas de informação de saúde dos hospitais de *Victorian*, na Austrália. Portanto, nenhum dos artigos da revisão de literatura se assemelhou ao da proposta deste estudo.

2.3 O MUNICÍPIO DE SANTA MARIA

Santa Maria é o principal polo assistencial da macrorregião centro-oeste do estado. O município localiza-se na região central do Rio Grande do Sul e tem uma população aproximada de 260 mil habitantes (IBGE, 2010), pertence à região administrativa da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS-RS), constituída por 32 municípios. O município disponibiliza cuidados básicos em saúde por meio de 13 Unidades Básicas de Saúde tradicionais e 14 Unidades de Estratégia de Saúde da Família. No nível intermediário de

complexidade de atendimento, dispõe de um Pronto Atendimento Infantil, um Pronto Atendimento Adulto e um Pronto Atendimento Odontológico, além de um Centro de Especialidades Odontológicas. Conta também com um Ambulatório de Saúde Mental e quatro Centros de Atenção Psicossocial (PMSM, 2014). A partir do desastre ocorrido, agregou-se à rede municipal um serviço psicossocial, o Acolhe Saúde, além do CIAVA, anexo ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). O município, frente ao desastre, também teve a colaboração da Força Tarefa Nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), voluntários, organizações não governamentais como a Cruz Vermelha e os Médicos Sem fronteiras, consultores do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Humanização (PNH) para a estruturação de um sistema de apoio a esta população. O Ministério da Saúde disponibilizou um formulário (FormSUS) através de um link na internet para cadastramento das vítimas (<http://siteformsus.datasus.gov.br/FORMSUS/index.php>), sendo este um serviço de uso público do Datasus/Ministério da Saúde para criação de formulários na rede mundial de computadores, com normas de utilização definidas, compatíveis com a legislação e a Política de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1991).

2.4 A IMPORTÂNCIA DO GERENCIAMENTO DE INFORMAÇÕES

Dado é qualquer elemento identificado em sua forma bruta que, por si só, não conduz a uma compreensão de determinado fato ou situação. Desta forma, para compreender determinado fato ou situação, é necessário que os dados se transformem em uma informação útil. Já o sistema de informações é o processo de transformação de dados em informações. E, quando esse processo está voltado para a geração de informações que são necessárias e utilizadas no processo decisório de uma organização, diz-se que esse é um sistema de informações gerenciais (Oliveira, 2004).

Segundo Batista (2004) existe dois elementos fundamentais para a tomada de decisões: os canais de informação e as redes de comunicação. Através dos canais de informação as organizações definem de onde serão adquiridos os dados, e as redes de comunicação definem para onde os dados serão direcionados.

A necessidade de obter informações faz com que as organizações se preocupem em absorver dados das mais diversas maneiras e fontes. Em uma situação de emergência, esta

situação se exacerba e não existe uma preocupação com a coerência dos dados, o que pode ocasionar significativos problemas para as futuras análises. Afinal, a qualidade da decisão depende das informações que estão disponíveis no momento em que ela é tomada. Para Chiavenato (2000) tomada de decisão é o processo de análise e escolha, entre várias alternativas disponíveis, no curso de ação que a pessoa deverá seguir.

Existem bancos de dados globais que têm como objetivo principal responder às necessidades de informação para os tomadores de decisão quanto a identificação de áreas mais afetadas e vulneráveis aos desastres naturais (Peduzzi et al., 2005). Dentre estes, destaca-se o *Emergency Events Database* (EM-DAT), desenvolvido em 1988 e administrado pelo *Centre for Research on the Epidemiology of Disasters* (CRED) da Universidade de Louvain, Bélgica.

Segundo Hall (2006), a tomada de decisões não é fácil: as variáveis a serem consideradas são, muitas vezes, incertas e as decisões são limitadas por informações incompletas ou faltantes. A tomada de decisões envolve, de um lado, objetividade e política e, de outro, a racionalidade econômica e de participação social. Vale lembrar que as decisões são tomadas no interesse da eficácia; nunca são soluções perfeitas e nunca permanecem ao longo do tempo.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e documental no qual se descreve o processo de geração e gerenciamento das informações na situação de crise pós-desastre para obtenção de dados e informações.

3.2 POPULAÇÃO DE PESQUISA

Foram entrevistados um ou dois representantes de cada serviço envolvido no atendimento das vítimas do desastre. Estes foram escolhidos de modo intencional, em função de propriedades que deveriam preencher, para responder aos objetivos da pesquisa. Foi solicitado ao serviço que indicasse quem atuou no processo de cadastro das vítimas. Estes serviços foram selecionados por considerar-se que foram a porta de entrada para atenção e acolhimento das vítimas. Assim, a amostra totalizou nove entrevistados de sete serviços. Estes são: 4ª CRS (incluindo informações dos atendimentos hospitalares que foram gerenciados por esta regional e o Cadastro de Registro de Vítimas do Ministério da Saúde via FormSUS); AVTSM (Associação de Familiares de Vítimas da Tragédia de Santa Maria); CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador); CIAVA (Centro Integrado de Atenção às Vítimas de Acidentes); PRAE (Pró-reitoria de Apoio ao Estudante) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Setor de Vigilância Epidemiológica (SVE) da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria (SMS) (incluindo informações do SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação); Acolhe Saúde (Serviço de atenção psicossocial) e Polícia Civil.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado o método de entrevista semiestruturada padronizada com informantes-chave. Foi estruturado um instrumento com questões norteadoras que abordavam a estruturação do serviço para atender as vítimas do desastre; as fontes de dados gerados pelo

serviço; o registro das informações sobre as vítimas; os instrumentos, equipamentos e recursos humanos envolvidos; o acesso das vítimas ao serviço e a classificação utilizada para identificar as vítimas do incêndio (Apêndice B).

As entrevistas foram realizadas por uma das autoras deste artigo (CW) e gravadas em áudio, e, após, transcritas em redator de texto, com extração dos elementos relevantes para reconstituição dos fatos. Após foi realizada análise documental com objetivo de complementar as entrevistas.

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Realizou-se um levantamento qualitativo documental, de termos e assuntos recorrentes nas diferentes entrevistas, ordenados em cinco categorias: quem o serviço classificou como vítima, fontes de dados e instrumentos utilizados, materiais e equipamentos, recursos humanos envolvidos e como as vítimas tiveram acesso ao serviço.

4 ARTIGO

“ANÁLISE DA ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA REGISTRO DAS VÍTIMAS DO DESASTRE DA BOATE KISS EM SANTA MARIA”

Cristiane Wagner
Liziane Maahs Flores
Marinel Mór Dall’Agnol

RESUMO

Este estudo objetivou verificar como se estabeleceu o processo de cadastramento e gerenciamento das informações das vítimas de um desastre a partir da demanda identificada pelos serviços de atendimento (serviços de saúde, polícia civil e associação de familiares das vítimas), na situação de crise pós-desastre decorrente do incêndio na boate *Kiss*, no município de Santa Maria, RS, em janeiro de 2013. Este desastre humano de natureza tecnológica culminou em 242 mortes, além de inúmeras vítimas não fatais. Utilizaram-se os métodos qualitativo e documental para a obtenção das informações. Após a análise dos dados, foi possível identificar a estruturação dos serviços para que ocorresse o acompanhamento das vítimas. Constatou-se a rápida atuação dos gestores e profissionais em organizar os primeiros atendimentos as vítimas, o que foi primordial na fase imediata do desastre. Entretanto, foram observadas algumas fragilidades no sistema de informação dos serviços e a necessidade de implementar e/ou reorganizar processos de trabalho estruturados em rede. O estudo reforça a importância dos profissionais de saúde estar aptos para criarem sistemas de gerenciamento de dados integrados, com objetivo de facilitar o acompanhamento das vítimas em uma situação de desastre.

PALAVRAS-CHAVE

Sistemas de informação, Desastres, Incêndios.

HOW THE SERVICES WERE STRUCTURES FOR IDENTIFYING VICTIMS OF BOATE *KISS* DISASTER IN SANTA MARIA

Cristiane Wagner
Liziane Maahs Flores
Marinel Mór Dall’Agnol

ABSTRACT

This study aimed to verify how the process of registration and management of information for victims of a disaster from the demand identified by answering services (health services, civil police and association of relatives of the victims) was established, in the post-disaster crisis scenario resulting from the fire at the *Kiss* nightclub in Santa Maria, RS, in January 2013. This human disaster with technological nature resulted in 242 deaths, and numerous non-fatal victims. It was used qualitative and documentary methods for obtaining information. After analyzing the data, it was possible to identify the structure of services across the information system of the victims, there is some gaps, weaknesses in their information system, it was

necessary to reorganize and implement new work processes. It highlights the importance of rapid action of management in organizing the first victims calls, which was overriding in the immediate phase of the disaster. The implications of this study emphasize the importance of health professionals being able to create database management systems, in order to facilitate monitoring of the victims in a disaster situation.

KEYWORDS: Information Systems, Disaster, Fires.

INTRODUÇÃO

Em 27 de janeiro de 2013 ocorreu o incêndio na Boate Kiss, na cidade de Santa Maria no interior do Rio Grande do Sul (RS), quando um integrante de uma banda que estava no palco soltou fogos de artifício dentro da boate durante um show, levando ao óbito 242 pessoas e deixando vários feridos. O ocorrido é classificado como desastre de origem tecnológica, pois decorreu de ação humana específica, além de falha no sistema de segurança e de proteção da boate e falta de fiscalização nesse tipo de estabelecimento comercial pelo poder público¹.

Segundo a Organização Panamericana da Saúde² um desastre tecnológico produz mais estresse para as vítimas e equipes de resposta. Em Santa Maria, o desastre provocou repercussão nacional e internacional. Conforme pode ser visualizado no Quadro 1, comparado com ocorrências mundiais semelhantes, é o terceiro maior incêndio do mundo ocorrido em uma boate, considerando o número de vítimas fatais e feridas.

Quadro 1- Desastres em boates no século XX e XXI em ordem de amplitude.

Incidente	Data	Vítimas fatais
Boston, EUA	28 de novembro de 1942	492
Discoteca de Luoyang China	25 de dezembro de 2000	309
Santa Maria, Brasil.	27 de janeiro de 2013	242
Buenos Aires, Argentina.	30 de dezembro de 2004	194
Filipinas Quezon City.	18 de março de 1996	162
Saint-Laurent-du-Pont, França.	1º de novembro de 1970	146
Rússia	5 de dezembro de 2009	109
Rhode Island, EUA.	20 de fevereiro 2003	100
Nova York, EUA.	25 de março de 1990	87
Bangkok, Tailândia	1º de janeiro de 2009	66

Shenzhen, Guangdong, China	21 de setembro de 2008	43
Chicago, EUA	17 de fevereiro de 2003	21
Phuket, Tailândia	17 de agosto de 2012	4

Fonte: Adaptado da Associação Nacional de Proteção Contra Incêndios dos Estados Unidos³

A cidade de Santa Maria é o principal polo assistencial de saúde da macrorregião centro oeste do estado. Localiza-se na região central do RS e tem uma população aproximada de 260 mil habitantes⁴, pertencendo à região administrativa da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS (4ª CRS), constituída por 32 municípios.

O município disponibiliza cuidados básicos em saúde em 13 Unidades Básicas de Saúde tradicionais e 14 Unidades de Estratégia de Saúde da Família. No nível intermediário de complexidade, dispõe de um Pronto Atendimento (PA) Infantil, um PA Adulto e um PA Odontológico, além de um Centro de Especialidades Odontológicas. Conta também com um Ambulatório de Saúde Mental e quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁵. Na época do desastre, o sistema de saúde local estava pouco articulado, em fase de início de gestão do governo municipal (embora mantivesse o mesmo chefe do executivo que foi reeleito), com várias mudanças das chefias da secretaria de saúde e de seus setores em curto período.

Após o desastre, o Ministério da Saúde (MS) enviou ao município uma Força Tarefa Nacional do SUS (Sistema Único de Saúde), que apoiou a organização dos trabalhos para a atenção inicial às vítimas. Foi composta por consultores do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Humanização, voluntários, organizações não governamentais como a Cruz Vermelha e os Médicos Sem Fronteiras, para a estruturação de um sistema de apoio inicial à população.

O MS criou e disponibilizou um formulário (FormSUS) para cadastramento de todos que se consideravam vítimas, sendo este serviço de uso público através do DATASUS, por meio da rede mundial de computadores, com normas de utilização compatíveis com a

legislação e a Política de Informação e Informática do SUS⁶. As pessoas foram chamadas a preenchê-lo pela mídia local, com amplo apoio e divulgação em rádio e televisão.

A partir do desastre, agregou-se à rede municipal um serviço de atenção psicossocial denominado Acolhe Saúde, coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Ele iniciou as atividades com voluntários no dia do desastre, anexo ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Caminhos do Sol. A seguir, houve a contratação emergencial de 42 profissionais de diferentes áreas, para atuar em duas frentes: atendimento direto a todos que o necessitassem e o apoio matricial para a rede de saúde do município. Hoje, conta com sede e equipe próprias, realizando atendimentos às vítimas diretas e indiretas que estão em sofrimento mental⁷.

O CIAVA foi outro serviço criado em decorrência do incêndio, estruturando-se com a união de esforços de instituições como Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), 4ª CRS e SMS. Este foi estruturado junto ao HUSM em fevereiro de 2013, contando inicialmente com voluntários e, a seguir com a equipe do HUSM e profissionais contratados de diversos núcleos profissionais: cirurgia plástica (mão), neurologia, pneumologia, emergência clínica e cirúrgica (trauma), psiquiatra, traumatologia, clínica médica, otorrinolaringologia, assistência social, psicologia, fisioterapia, enfermagem, terapia ocupacional, fonoaudiologia e odontologia. A atuação é direcionada para as vítimas diretas e indiretas do incêndio, residentes em Santa Maria e em toda a região.

A Associação de Vítimas da Tragédia de Santa Maria (AVTSM) foi criada através de um projeto de extensão da UFSM vinculado a Incubadora Social, com divulgação e convite para ingresso por meio das redes sociais. Assim, compôs um quadro de cerca de novecentos membros.

O trabalho longitudinal e em redes de cuidado faz se necessário, mas evidenciou-se que esta prática ainda é pouco utilizada pelos serviços de saúde deste município, aonde a referência e contra referência são deficientes. Nota-se que o envolvimento de recursos humanos foi estruturado, na maioria dos serviços, contando com apoio de profissionais de fora da cidade que vieram a compor a equipe, mesmo que somente através de orientações e capacitações. Este é um dos critérios para classificar o incêndio da boate *Kiss* como um desastre de Saúde Coletiva, ou seja, um evento que excede a capacidade da comunidade de lidar com o problema usando meios próprios⁸.

A revisão da literatura mostrou estudos que descrevem a criação de sistemas de cadastro em situações pós-desastre⁹. Que mostra um sistema de informação com finalidade apenas de realizar o estudo sobre dor crônica em sobreviventes de um grande incêndio (*The Station Rhode Island*)¹⁰ descreveu os riscos vividos pelas equipes de emergência no incêndio Carmel Forest¹¹. Investigou o preparo dos sistemas de informação de saúde dos hospitais de *Victorian*, na Austrália. Entretanto, não foram encontrados estudos que descrevam e/ou analisem a importância do processo de cadastramento de vítimas em uma situação de crise pós-desastre, voltados ao efetivo acompanhamento das vítimas e auxílio na tomada de decisões.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo com abordagem qualitativa que contribuiu para esse estudo devido a sua característica eminentemente descritiva¹² Também foi utilizada a análise documental que é uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema¹³ Estas estratégias metodológicas foram utilizadas para descrever o processo de geração e

gerenciamento das informações na situação de crise pós-desastre decorrente do incêndio na Boate *Kiss*.

Foram realizadas entrevistas com informantes-chave com um questionário que possuía seis questões norteadoras que sobre a estruturação do serviço para fazer o cadastro das vítimas do desastre; as fontes de dados gerados pelo serviço; o registro das informações sobre as vítimas; os instrumentos, equipamentos e recursos humanos envolvidos; o acesso das vítimas ao serviço e a classificação utilizada para identificar as vítimas do incêndio. As entrevistas foram gravadas em áudio, e, após, transcritas para redator de texto, com extração dos elementos relevantes para reconstituição dos fatos. Após, foi realizada análise documental com objetivo de complementar as informações fornecidas nas entrevistas.

A amostra foi composta por nove profissionais representantes de sete instituições. Estes serviços foram selecionados por considerar-se que foram a porta de entrada para atenção e acolhimento das vítimas. Estes são a 4ª CRS (incluindo informações de atendimentos hospitalares que foram gerenciados por esta regional e Cadastro de Registro de Vítimas do Ministério da Saúde – via FormSUS); AVTSM (Associação de Familiares de vítimas da tragédia de Santa Maria); CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador); CIAVA (Centro Integrado de Atenção às Vítimas de Acidentes); PRAE (Pró-reitoria de Apoio ao Estudante) da Universidade federal de Santa Maria (UFSM), Setor de Vigilância Epidemiológica (SVE) da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria (SMS) (incluindo informações do SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação); Acolhe Saúde (serviço de atenção psicossocial) e Polícia Civil. Os entrevistados computaram informações sobre as vítimas do incêndio e foram responsáveis diretos pela estruturação ou adaptação do sistema de registro destas pessoas. Um serviço que prestou assistência

psicossocial não aceitou participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas nos serviços de saúde entre outubro de 2014 e setembro de 2015.

“Vítima” de acordo com a Organização das Nações Unidas¹⁴ é o sujeito que sofre, individual ou coletivamente, danos que abrangem lesões físicas ou mentais, sofrimento emocional, perda financeira ou diminuição substancial de seus direitos fundamentais como consequência de ações ou omissões. Para este estudo, foram consideradas vítimas as pessoas sobreviventes do incêndio, atendidas em alguma instituição (frequentadores e trabalhadores da boate), os familiares e amigos destas e das vítimas fatais, os profissionais e voluntários que atuaram na atenção às vítimas (no resgate, combate ao incêndio, remoção e identificação dos corpos, atenção aos familiares e amigos) e todas aquelas pessoas que se sentiram afetadas de alguma maneira, direta ou indiretamente, pelo desastre, além das vítimas fatais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As instituições e serviços estabeleceram diferentes conceitos para a definição de vítimas do incêndio e formas de captá-las. A 4ª CRS classificou como vítimas todos aqueles que foram registrados no FormSUS e se responsabilizou por fazer contatos com eles para agendar avaliações clínicas a serem realizadas no CIAVA. O FormSUS é um questionário disponível no *site* do Ministério da Saúde para diversos fins e que foi utilizado para a identificação e registro de informações das vítimas. Além disso, também foi disponibilizado um telefone da ouvidoria do SUS para cadastro de todas as pessoas que estavam se considerando vítimas.

A 4ª CRS preocupou-se com o cadastro das vítimas (via FormSUS) e, ao mesmo tempo, com o seu acompanhamento e monitoramento entre os serviços CIAVA, Acolhe Saúde, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Pró-Reitoria de Assuntos

Estudantis da Universidade Federal de Santa Maria (PRAE-UFSM). Para tanto, criou uma planilha eletrônica que foi compartilhada via *Google Drive*®, para que cada um dos serviços tivesse acesso às informações fornecidas pelos demais que estavam atendendo as vítimas. Com esta iniciativa, observa-se a transformação dos dados individuais em um sistema de informações, capaz de embasar a tomada de decisões dos gestores¹⁵.

Para que as vítimas tivessem acesso à assistência, a equipe da 4ª CRS realizou busca ativa por telefone. Além disso, repassou a outras coordenadorias de saúde, a relação das vítimas identificadas nos meios acima, solicitando que as localizassem nos seus municípios, responsabilizando-se no seguimento destas. O reconhecimento do território no qual se trabalha é importante, pois este é um passo básico para a caracterização da população e de suas necessidades de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população¹⁶. Ainda, foram enviadas correspondências com aviso de recebimento para todos os que se cadastram no FormSUS residentes nos municípios da região e para os serviços do município de Santa Maria (Brigada Militar, Polícia Civil, Prefeitura, Sindicato do comércio, hospitais, funerárias e o Instituto Geral de Perícias - IGP), informando sobre os serviços existentes na região de Santa Maria para atendimento dos atingidos pelo desastre.

Observa-se que o suporte ofertado pela 4ª CRS buscou atender as demandas imediatas e em longo prazo das famílias envolvidas com o desastre, objetivando proporcionar um cuidado integral e humanizado.

Além do seu quadro de funcionários, a 4ª CRS contou com o apoio de acadêmicos, estagiários e profissionais alunos do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMI) da UFSM. A equipe de assistência farmacêutica da 4ª CRS realizou reuniões com o CIAVA para encaminhar os fluxos de recebimento dos

medicamentos. Foram realizadas teleconferências com equipes de saúde de outros locais do Brasil, como São Paulo e Rio de Janeiro, orientando sobre questões específicas como as lesões decorrentes das queimaduras.

Concomitantemente, uma equipe formada com representantes da 4ª CRS, CIAVA, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde do município, Acolhe Saúde, CEREST, Associação de Vítimas da Tragédia de Santa Maria (AVTSM) e o Conselho Municipal de Saúde constituiu o “Grupo Gestor do Cuidado às vítimas da *Kiss*” que passou a realizar reuniões semanais registradas em ata. O seu objetivo inicial foi promover integração entre os serviços e elencar estratégias que possibilitassem o cuidado integral das vítimas, seja promovendo ações de cuidado clínico, atendimento psicossocial, articulação do cuidado nas diferentes especialidades e primando sempre pelo trabalho em rede¹⁷.

O CIAVA é um serviço ambulatorial, integrado ao HUSM, que foi criado em função do desastre por convocação do Ministério da Saúde. Ele foi alocado no nível terciário, devido à necessidade de resposta imediata de atendimento na situação de crise, aproveitando assim a infraestrutura existente.

Este serviço classificou como vítima direta, as pessoas que estavam dentro da boate ou que entraram posteriormente para auxiliar no socorro e, como vítimas indiretas, os familiares, frequentadores e trabalhadores da boate e os profissionais de saúde ou voluntários que foram socorrer as pessoas que estavam no incêndio e tiveram contato com a fumaça tóxica.

Em março de 2013, o CIAVA acolheu um Mutirão, onde 405 pessoas acessaram o serviço, para atendimento clínico e psicossocial das vítimas sobreviventes, contando com inúmeros voluntários e profissionais de diversas áreas.¹⁸ As pessoas foram chamadas para

consulta pela 4ª CRS, através dos telefones cadastrados no FormSUS. Também foram convidadas pela mídia a agendarem consulta diretamente no CIAVA por telefone.

Para atendimento inicial as vítimas, foi desenvolvido o Protocolo de Acolhimento para o Mutirão (PAM) em conjunto com Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria, HUSM, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre) e demais hospitais e unidades de saúde que atendiam, acompanhavam e tratavam as vítimas até aquele momento. Este protocolo destinava-se ao tratamento e acompanhamento de vítimas que internaram em hospitais, as atendidas em ambulatórios, os socorristas e os familiares e amigos que estiveram no interior ou nas proximidades da boate durante o incêndio¹⁹.

O HUSM destacou-se pela agilidade e eficiência durante o tratamento emergencial e hospitalar, apresentando resultados satisfatórios no manejo das complicações, visando evitar e minimizar sequelas. Houve uma intensa mobilização dos órgãos públicos locais, estaduais e nacionais, com o objetivo de atender e dar suporte de vida aos inúmeros feridos, sobre coordenação do Ministério da Saúde. Segundo Gomes, embora a ajuda de vizinhos, familiares e amigos sejam fundamentais nos primeiros momentos pós-desastre, a sua persistência em ajudar deve, tão logo seja possível, estar sob o controle das instituições, pois essas detêm o maior poder organizativo e técnico para proceder à continuidade da ajuda²⁰.

O acesso das vítimas ao CIAVA deu-se em três momentos: o momento da urgência, de procura espontânea imediata após o incêndio; o momento da internação hospitalar, com o apoio dos leitos de UTI dos hospitais de Porto Alegre e o momento ambulatorial, ou chamada fase de seguimento. Neste último, todos pacientes que tiveram alta hospitalar foram encaminhados para o atendimento ambulatorial no CIAVA. As pessoas atendidas no Mutirão apresentaram sintomas como ardência na garganta, cansaço, dispneia, rouquidão, irritação nos

olhos, ardência e corrimento no nariz, além de relatos de insônia, ansiedade, tristeza e sensação de reviver o desastre²¹.

Neste processo, observa-se que quando se trabalham com diferentes enfoques, em equipe, compartilhando saberes, poderes e conflitos, alguns instrumentos tais como a clínica ampliada, as equipes de referência e projetos terapêuticos singulares têm-se mostrado como dispositivo resolutivo tanto no âmbito da atenção quanto na gestão de serviços e redes de saúde²². Assim, fez-se necessária a construção de uma Rede de Atenção à Saúde consistente e resolutiva, que permitisse que o usuário tivesse acesso a serviços de qualidade, na integralidade do cuidado. Entretanto, apesar de tantas iniciativas, ainda se percebe uma fragilidade na construção de fluxos e instrumentos que facilitem o diálogo entre os serviços.

Uma agenda de papel foi utilizada pelo CIAVA, para agendamento das consultas. As informações do PAM, posteriormente, foram digitadas em uma planilha eletrônica gerada pelo setor de informática do HUSM. Foi criado um código numérico específico para os atendimentos referentes às vítimas da *Kiss*, para registro no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HUSM. Além do seu quadro de funcionários, o CIAVA contratou uma bolsista temporária para digitação das informações do PAM. Estes instrumentos também serviram como fonte de dados das pessoas atendidas.

Para o CEREST, foram consideradas vítimas todos os sujeitos que por conta das diferentes funções que exerceram em seu trabalho em qualquer situação relacionada com o desastre, tiveram a saúde afetada. Para o registro e acompanhamento das vítimas foi criada uma pasta no *Windows*[®] e foi utilizada a Planilha no *Google Drive*[©] fornecida pela 4ª CRS. O CEREST identificou as vítimas ativamente em ações de vigilância aos ambientes de trabalho envolvidos, nas quais orientou as medidas preventivas (p.ex., uso de máscaras para peritos) e convidou para avaliação no serviço. Foram realizadas escalas de plantões dos profissionais do

CEREST no Acolhe Saúde, elencando-se os casos em que o sofrimento estava relacionado com o trabalho, para encaminhamento ao CEREST. Também, participou no mutirão do CIAVA, fornecendo informações sobre o serviço. Participaram das atividades todos profissionais deste centro e foram contratados um psicólogo e uma fisioterapeuta. Para atendimento de pneumologia foi utilizado o PAM para registro e definição de condutas.

No campo da saúde mental, o CEREST utilizou os protocolos que estavam sendo organizados pelo serviço do Acolhe Saúde. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático vem sendo apontado como uma das psicopatologias que podem ser desencadeadas após a vivência de um acidente no contexto do trabalho, causando prejuízos e impactos na qualidade de vida dos trabalhadores²³. O estresse daqueles que exercem ajuda humanitária (sejam trabalhadores ou voluntários) em uma situação de desastre é uma reação natural, mas existem fatores de risco que favorecem a aparição de problemas psicossociais, entre eles fatores individuais, como a idade (os mais jovens estão mais propensos a sofrer problemas emocionais); fatores interpessoais, como o tempo de separação da família e fatores comunitários como a pressão emocional dos meios de comunicação². Neste contexto, destaca-se a necessidade de criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação²².

Os relatos colhidos neste estudo demonstram a necessidade de uma escuta qualificada com enfoque na mudança de rotina dos trabalhadores após o desastre, com acolhimento e encaminhamento ao tratamento psicossocial especializado, de abrangência coletiva e individual. Observou-se, inclusive, que muitos dos entrevistados relataram não ter tido tempo ou espaço para vivenciarem o seu próprio luto. Evidencia-se, assim, a importância de construir políticas de planejamento para lidar com o acontecimento traumático e de intervenções que priorizem a subjetividade dos profissionais que atenderam as vítimas e

sofreram o trauma decorrente do desastre, criando, inclusive ações específicas para eles (buscas, ações, agendas locais direcionados a estes).

Para AVTSM, vítima era toda e qualquer pessoa que se sentisse prejudicada com o desastre. O serviço foi estruturado a partir da necessidade dos pais das vítimas falecidas criarem uma entidade para defesa de seus direitos e outros assuntos correlacionados. Eram realizados encaminhamentos das vítimas para os serviços ligados ao desastre, utilizando-se listas manuais e programas de computador para cadastro. Experiências como esta também foram destaque em Buenos Aires, em 2004, quando 194 jovens também foram vítimas de um incêndio ocorrido na casa noturna Cromañón. Na Argentina, existem quatro grupos diferentes integrados pelos pais e mães dos falecidos, que se reuniram de acordo com suas afinidades: “Asociación de padres con hijos asesinados en Cromañón (APHAC)”, “Memoria y Justicia por nuestros pibes (MyJ)”, “Familias por la vida (FpV)” e “Nunca más Cromañón (NMC)”²⁴.

O SVE da PMSM considerou como vítimas todas as pessoas que sofreram intoxicação exógena por inalação de fumaça tóxica no incêndio notificadas no SINAN, totalizando 1.168 casos dos quais 238 levaram ao óbito (quatro óbitos não foram notificados nesta fonte). As notificações foram feitas pelo HUSM, pela Vigilância Epidemiológica (notificação retrógrada dos óbitos), Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo, Hospital Municipal Casa de Saúde/UPA, Pronto Atendimento Municipal, Hospital da Brigada Militar, Hospital Geral UNIMED, Hospital de Guarnição de Santa Maria, Hospital São Francisco de Assis e Unidade de Saúde José Erasmo Crossetti²⁵.

Para coleta dos dados, este serviço utilizou as fichas de investigação de intoxicação exógena. Estas foram preenchidas diariamente nos serviços de saúde que atenderam as vítimas, que foram orientados pelo SVE para realizar este registro. As notificações foram

encaminhadas semanalmente à 4ª CRS e disponibilizadas à Secretaria de Saúde do Estado do RS.

A partir das Declarações de Óbitos (DO), ainda no momento em que estes estavam sendo identificados no Centro Desportivo Municipal, fez contato com o Cartório de Registro, combinando a seguinte estratégia: ou o Cartório trazia as DO até a sede da SVE ou ligava para o setor informando a emissão do documento, que era buscado diariamente pela SVE.

A equipe do SVE é composta por duas enfermeiras e duas auxiliares digitadoras. O SVE enviou mensagens por correio eletrônico, contato telefônico e direto nos serviços. Observa-se que a Vigilância em Saúde deve estar inserida em todos os níveis de atenção à saúde. Cabe à mesma a observação e análise da situação de saúde da população, bem como o controle de determinantes, riscos e danos, garantindo a integralidade das ações em âmbitos individuais e coletivos²⁶.

A PRAE da UFSM considerou como vítima toda a comunidade universitária, funcionários, técnicos, docentes e alunos. Um Centro de Acolhimento foi criado no Espaço Multiuso localizado no campus da universidade, para atendimento. Também foi feita busca ativa em visitas aos hospitais, onde foram comparadas as listas das vítimas que estavam hospitalizadas com as de acadêmicos da instituição, via Centro de Processamento de Dados da UFSM. Cartas de pêsames foram enviadas aos familiares das vítimas fatais. Equipes foram estruturadas com assessoria dos Médicos Sem Fronteiras. Estas equipes contataram as direções dos centros e dos cursos da UFSM, para realizar psicoeducação e conduzir as demandas provenientes do desastre.

Esta Pró-Reitoria criou listas do primeiro atendimento, com dados e sintomas das pessoas e, posteriormente, realizou entrevista psicológica recomendada em situação de crise. Também utilizou a planilha do *Google Drive*© fornecida pela 4ª CRS. Como materiais

utilizou papel, computador, aparelho telefônico e correspondências por carta. O setor de qualidade de vida da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da UFSM deu suporte às demandas dos professores e técnicos administrativos. A divulgação do Centro de Acolhimento se deu por meio das redes sociais e na página da UFSM, e-mail para as coordenações dos cursos e cartas para os familiares das vítimas fatais. Importante destacar toda esta mobilização da UFSM, pois a maioria das vítimas eram estudantes desta instituição, além do apoio também recebido de equipes de outras universidades como: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande e Universidade Federal do Pampa. Destas instituições, formou-se uma equipe composta por dez profissionais, psicólogos e assistentes sociais que atenderam no Acolhimento nos primeiros dias após o incêndio.

Por sua vez, a Polícia Civil (PC) de Santa Maria considerou vítimas aquelas pessoas que sofreram as consequências do crime (incêndio na boate) e que estavam no local no momento do ocorrido. Um programa informatizado de cadastramento pela *internet* foi criado e disponibilizado para a população descrever informações como: nome, telefone e endereço. A PC utilizou os meios de comunicação a fim de difundir a necessidade das pessoas se cadastrarem e, futuramente, prestarem seu depoimento. Ao serem chamadas para dar seu depoimento, identificou a esfera de relacionamento, podendo assim, ampliar o rol de vítimas a serem ouvidas. Foram ouvidos em torno de 900 depoimentos de pessoas que estavam na boate e outras que, de alguma maneira, tinham relação com o incêndio, como fiscais da prefeitura, bombeiros, policiais militares que trabalhavam no socorro, policiais militares da PATRAM (Patrulha Ambiental) que tinham feito medidas acústicas prévias no local, clientes e funcionários da boate que estavam envolvidos diretamente no dia do desastre.

Outra forma da PC localizar as vítimas foi por meio de documentos pessoais encontrados no interior da boate. Ainda, foi realizado contato com a 4ª CRS, para se obter

informações sobre as pessoas que haviam sido atendidas na rede pública de saúde de Santa Maria e de outros municípios. Os materiais e equipamentos utilizados pela PC foram uma listagem realizada manualmente, em um primeiro momento e, logo após, transcrita para uma planilha eletrônica, subdividida em duas outras planilhas: uma com as pessoas que foram a óbito e outra, com as pessoas que foram identificadas dentro da boate²⁷.

Quanto aos recursos humanos, foi necessário constituir uma rede de informações, onde cada equipe ficou responsável por uma demanda (interna ou externa). Para atender a demanda interna (confecção de relatórios, depoimentos, construção do inquérito) foi montada uma força tarefa, que consistia no trabalho de coordenação da regional. Participaram em torno de quatro delegados que ficavam na sede da 1ª Delegacia de Polícia, juntamente com a equipe local composta por quinze policiais e um reforço de cinco funcionários que vieram de outras cidades e trabalharam durante todo o período, sendo este grupo substituído ao longo do processo. Para atender a demanda de serviços externos, como a reconstituição dos fatos, foi necessário o apoio do Exército e da Brigada Militar e de uma equipe de policiais femininas.

Por fim, a partir da reconstituição histórica sobre como cada serviço se estruturou para identificar e acompanhar as vítimas pode-se observar a necessidade eminente de interlocuções entre os serviços. Por exemplo, para localização das vítimas sobreviventes, a Polícia Civil poderia tido subsídio de outro setor governamental, por meio do acesso à informação disponível no SINAN gerido pelo SVE da Secretaria Municipal de Saúde. Entretanto, embora estes dados sejam de domínio público, não se transformaram em informação para gerarem conhecimento para aplicação prática dos gestores.

O Quadro 2 ilustra resumidamente o gerenciamento de informações sobre as vítimas do incêndio na Boate *Kiss* em sete instituições e/ou serviços que prestaram apoio frente ao desastre. A partir das entrevistas com informantes das instituições e/ou serviços, foram

criadas diferentes categorias (domínios) para organizar e facilitar o controle e manuseio das ações.

Quadro 2- Gerenciamento de informações sobre as vítimas do incêndio na Boate *Kiss* em sete instituições. Santa Maria, 2013.

(continua)

	Fontes de dados e instrumentos utilizados	Como o serviço se estruturou para o registro das informações sobre as vítimas	Materiais e equipamentos	Recursos humanos envolvidos	Como as vítimas tiveram acesso ao serviço	Quem o serviço classificou como vítima
4^o CRS¹	Questionário FormSUS; Listas dos Mutirões do Ciava; Planilha no <i>Software Google Drive</i> ®; Atas das reuniões do Grupo Gestor do cuidado; Registro de correspondências enviadas	Cadastro (FormSUS); Agendamento para avaliação; Planilha no <i>Software Google Drive</i> ® “ <i>Google Drive</i> ©”	Papel Computador Windows <i>Software Google Drive</i> ® Telefone	Estagiários Residentes Funcionários 4 CRS	Busca-ativa por telefone; Contato com outras Coordenadorias Regionais de Saúde; Correspondência para os cadastrados no formSUS; Correspondência para os serviços,	Pessoas cadastradas no formSUS
CIAVA²	Protocolo de acolhimento (PAM); Agenda de consultas; Planilha do Excel	Apoio do Ministério da Saúde para validação do PAM.	Agenda papel Computador Windows <i>Software Excel Software Google Drive</i> ®	Bolsistas temporários	Procura espontânea Internação hospitalar; Atendimento ambulatorial	Vítimas diretas e indiretas; Trabalhadores de saúde; Voluntários que tiveram contato com a fumaça tóxica
CEREST³	Prontuários; Pasta Word; Planilha no <i>Google drive</i> ®	Protocolos da pneumologia e protocolos da saúde mental	Computador (Windows e <i>Google Drive</i> ®)	1 psicólogo e 1 fisioterapeuta	Ações de vigilância nos ambientes de trabalho; Encaminhamentos para Acolhe Saúde (casos de sofrimento relacionado com trabalho); participação dos mutirões do CIAVA.	Sujeitos que tiveram a sua saúde afetada em razão do trabalho
AVTSM⁴	Cadastros; Encaminhamento das vítimas	Projeto de extensão da UFSM vinculado à incubadora social.	Listas manuais e programas de computador	Quadro de associados	Divulgação das redes sociais.	toda e qualquer pessoa que se sentiu de alguma forma prejudicada com o desastre
SVE5	Fichas de investigação; fichas de intoxicação exógena.	Preenchimento da ficha de investigação	Telefone e e-mail.	Profissionais da área da saúde		Através das declarações de óbito

PRAE6	Listas de atendimento; entrevista; Planilha no Google drive©	Criação de centro de acolhimento; visitas aos hospitais; assessoria para cursos da UFSM; assessoria dos Médicos Sem Fronteiras.	Listas manuais; computador, E-mail; telefone; Google Drive©; correspondências.	Apoio de universidades; PROGEP (Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas) setor de qualidade de vida.	Rede social; página da UFSM; e-mail para as coordenações dos cursos; cartas para os familiares das vítimas fatais.	Comunidade universitária
Polícia civil	Relatório do inquérito nº 94/2013/150501 formulário online no site da Polícia Civil-RS; contato com a 4ª CRS-RS; depoimentos dos sobreviventes.	A partir dos meios de comunicação para catalogar as pessoas e assim prestarem seus depoimentos	Listas manuais e programas de computador	Apoio do Exército Brasileiro, Brigada Militar e Policiais que vieram de outras cidades.	As pessoas eram chamadas para dar seu depoimento	Pessoas que estiveram na boate no momento do incêndio.

¹4ª Coordenadoria Regional de Saúde; ² Centro Integrado de Atenção às Vítimas de Acidentes; ³ Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; ⁴ Associação de Familiares de vítimas da tragédia de Santa Maria; ⁵ Setor de Vigilância Epidemiológica da Prefeitura Municipal de Santa Maria incluindo informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação ⁶Pró-reitoria de Apoio ao Estudante (UFSM).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou conhecer como os serviços se estruturaram, em uma situação de crise pós-desastre para identificar as vítimas.

Concluiu-se que foi importante a atuação rápida dos profissionais dos setores públicos, governamentais e privados, para organizar os primeiros atendimentos as vítimas, o que foi primordial na fase imediata do desastre. Ao mesmo tempo, a imediata resposta da população em atender ao chamamento dos diversos serviços, para se cadastrar e/ou comparecer para prestar informações ou ser atendida foi fundamental.

Fazendo a reconstituição histórica e documental, observaram-se algumas lacunas ou fragilidades no sistema de informação e outras situações de reorganização e implementação de novos processos de trabalho.

Ressalta-se à importância dos profissionais de saúde estar aptos para criar sistemas de gerenciamento de dados de maneira rápida e integrada, com objetivo de identificar as pessoas atingidas para facilitar o seu efetivo acompanhamento em uma situação de desastre.

Denota-se a importância de atividades de educação permanente para planejamento em saúde, através da elaboração de dispositivos de apoio para as emergências em saúde pública, e desenho de planos de ação, cartilhas, protocolos, grupo gestores do cuidado voltados para a população afetada.

Observou-se que as pessoas entrevistadas ainda tinham necessidade de falar, com muitos relatos a fazer sobre o vivenciado em seu trabalho ou vida particular em torno da situação do desastre. Isto na época da coleta de dados deste estudo, ou seja, cerca de um ano e meio após o incêndio. Entretanto, para este foram extraídas apenas as informações que respondiam ao objetivo do estudo. Porém, aponta-se a importância de criar espaços para que

estas pessoas possam ser acolhidas, considerando as suas particularidades profissionais, e acompanhadas em ações de apoio psicossocial coletivo e individual.

AUTORES

CW trabalhou na execução da pesquisa e redação do artigo;

MMD e LMF trabalharam na orientação da pesquisa, redação e revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais dos serviços que foram entrevistados, e gentilmente colaboraram com este estudo. À equipe do PET-Saúde/Vigilância em Saúde pelo apoio e contribuições nas diferentes fases deste estudo. À Dra. Ana Luiza Ferrer e à Dra. Liane Beatriz Righi pelas sugestões apresentadas no sentido de qualificar a versão final.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil (SEDEC), Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Pesquisas e Estudos sobre Desastre (CEPED-UFSC) Capacitação básica em Defesa Civil 5 ed. Florianópolis: CEPED UFSC, 2014.157p.
2. Organización Panamericana de la Salud. Apoyopsicosocial em emergências y desastres: Guía para equipos de respuesta. Washington, D.C.: OPS, 2010.
3. [National fire protection association blog: nightclubs](http://nfpatoday.blog.nfpa.org/nightclubs) 03/12/2013. NFPA on the scene following the deadly Brazil nightclub fire. Brazil fire Outside the Boate *Kiss* nightclub on January 27. [Acesso em 2014 dez 27] Disponível em: <<http://nfpatoday.blog.nfpa.org/nightclubs>>.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. [Acesso em 2015 set 22] Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br>> .
5. Prefeitura Municipal de Santa Maria [Acesso em 2015 fev 05] Disponível em: www.santamaria.rs.gov.br.
6. Brasil, Decreto 100, de 16 de abril de 1991. Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências. [Acesso em 2016 fev. 12] Disponível em: <www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/decretos/ decr100>.

7. Mafacioli G et al. A integração do cuidado diante do incêndio na boate Kiss: testemunhos e reflexões. Curitiba: CRV, 2016.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Guia de Preparação e Resposta aos Desastres Associados às Inundações para Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde Brasília: MS, 2012. 99
9. Egyhazi R. et al. Chronic pain following physical and emotional trauma:The Station nightclub fire Front. Neurol2014; 5: 86.Published online 02 June 2014 doi: 10.3389/fneur.2014.00086.
10. Amster E. et al. Occupational exposures and symptoms among firefighters and police during the Carmel forest fire: the Carmel cohort study, IMAJ 2013; 15: pp.PMID:23882893,[PubMed - indexed for MEDLINE].
11. Leet C. et al. The preparedness of hospital Health Information Services for system failures due to internal disasters, Health Information Management Journal 2009; 38(2): pp ISSN 1833-3583(print)-issn 1833-3575online.
12. Baptista D.M.T. O Debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. IN: MARTINELLI, M. L. (ORG.) Pesquisa Qualitativa – um instigante desafio. São Paulo, Veras, 1999.
13. Lüdke M. e André, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.

14. Organização das Nações Unidas- ONU. Declaração dos Princípios Básicos de Justiça Relativos às Vítimas da Criminalidade e de Abuso de Poder. Resolução 40/34 de 29 de novembro de 1985. [Acesso em 2015 out 22] disponível em: <
<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/ajus/prev29.htm>>.
15. Chiavenato I. Administração nos novos tempos. São Paulo: Campus, 2000.
16. Barcelos e Monken, M et al. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública 2005; 21 (3): 898-906.
17. Rio Grande do Sul. Material elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde, 4º Coordenadoria Regional de Saúde: Dossiê boate *Kiss*. Santa Maria 2014.
18. Rio Grande do Sul. Material elaborado pela Assessoria de Comunicação do governo do Estado do Rio Grande do Sul, Grupo de trabalho, Redes de Apoio à Santa Maria: Desastre da Boate *Kiss*. Porto Alegre, 2013.
19. Pasqualotto AS. et al. Protocolos de Atendimento às Vítimas da Boate *Kiss*. Santa Maria: Editora da UFSM, 2016. 203 pág.10.
20. Gomes, E. R. B. e Cavalcante, A. C. S. Desastres naturais: perdas e reações psicológicas de vítimas de enchente em Teresina-PI. Psicologia & Sociedade 2012; 24(3): 720-728.

21. Kipper L.; Dall'Agnol, MM; Pauleski LC. Desastre decorrente de incêndio em boate de Santa Maria, RS: perfil da demanda do Mutirão de atendimento das vítimas sobreviventes. In: Anais do IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia - As fronteiras da epidemiologia contemporânea: do conhecimento científico à ação. [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014. [Acesso em 2015 set 27] Disponível em: <http://www.epiabrasco.com.br/ANAIS-EPIVIX-2014.pdf>

22. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, 2004. [Acesso em 30 jan. 2016] Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf.

23. Bucasio E et al. (2005). Transtorno de estresse pós-traumático como acidente de trabalho em um bancário: relato de um caso. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 27,pág. 86-89.

24. Zenobi D, 2010 mana 16(2): 471-499O antropólogo como “espião”: das acusações públicas à construção das perspectivas nativas Los familiares de víctimas de Cromañón, enlaencrucijadadel ‘dolor’. “Emociones, relacionessociales y contextos locales”. Revista Brasileira de Sociologia da Emoção, 9(26): 581-627.

25. Ramos LS, et al. Estruturação da Vigilância Epidemiológica em Situação de Emergência em Saúde Pública Decorrente de Incêndio em Boate no Município de Santa Maria, RS. Boletim Epidemiológico v 16, n ° 1, março de 2014.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2010.

27. Rio Grande do Sul. Polícia Civil. Relatório final do inquérito nº 94/2013/150501 da 1ª Delegacia de Polícia de Santa Maria.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A seleção de um método de pesquisa qualitativo contribuiu para esse estudo devido a sua característica eminentemente descritiva (BAPTISTA,1999). A reconstituição histórica a partir de informantes-chave, por meio de entrevistas semi-estruturadas, com aplicação de questões norteadoras, gravadas em áudio, proporcionou ao pesquisador instrumentos para captar dados no contexto em que aconteceram, compreendendo os vínculos existentes. No processamento dos dados, as entrevistas foram lidas e transcritas procurando a extração dos elementos relevantes que culminaram na reconstrução do processo de cadastramento das vítimas. A análise documental contribuiu para incrementar as informações obtidas por meio das entrevistas. Esta é uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LUDKE e ANDRÉ, 1986).

Por meio dos resultados obtidos nesse estudo (quadro 2), pode-se observar como os serviços estruturaram o sistema de informações a partir da demanda proveniente do desastre. Nesse sentido, verificou-se que a 4ª CRS-RS preocupou-se com o cadastro das vítimas (via FormSUS) e, ao mesmo tempo, com acompanhamento e monitoramento (via planilha no Excel compartilhada no *Google drive*©). Já o CIAVA/ HUSM foi responsável por fornecer suporte multiprofissional e atendimento às vítimas durante a internação e após a alta hospitalar, organizou estratégias para atendimento clínico e acompanhamento a curto e longo prazo (mutirões e ambulatórios). Infelizmente, os dados do PAM são manipulados diariamente até o momento, pois o hospital ainda não está plenamente informatizado. A planilha fornecida pela 4ª CRS-RS não foi alimentada pelo serviço. O CEREST participou com ações voltadas a saúde do trabalhador, mas também compartilhou a Planilha no *Google drive*© fornecida pela 4ª CRS-RS, emitindo relatórios periódicos para compor o banco de dados dos atendimentos realizados no serviço.

Percebe-se que as respostas dos informantes-chave sobre as fontes de informação para identificação das vítimas confundem-se com informações sobre o atendimento individual das pessoas. Isto pode ser decorrente da falta de hábito do profissional de saúde em criar dados para sistemas de informação.

A AVTSM foi estruturada a partir da necessidade dos pais das vítimas falecidas criarem uma associação. Já o SINAN notificou mais de mil vítimas decorrentes do incêndio

através da ficha de intoxicação incluindo os óbitos. De acordo com DALL'AGNOL (2013), o total de vítimas fatais foi 242, a maioria notificada no dia do incêndio (97,1%), sendo a última notificação em 07/03/2013. A metade dos registros ocorreu nos quatro dias seguintes ao incêndio, estendendo-se por 10 meses. Dez unidades de saúde notificaram. A maioria das notificações foi feita pelo HUSM (26,2%) e pela SMS (19,8%). Os registros da SMS são retrógrados, a partir das declarações de óbitos. As outras notificações vieram de hospitais públicos e privados, um pronto atendimento e uma Unidade Básica de Saúde. Na PRAE, equipes foram estruturadas (com assessoria dos Médicos Sem Fronteiras) para atividades com as direções dos centros dos cursos da UFSM para auxiliar a conduzir as demandas provenientes do desastre.

Denota-se a importância de Grupos de educação permanente para planejamento em Saúde, através da elaboração de dispositivos de apoio para as emergências em saúde pública, como planos de ação, cartilhas, protocolos, grupo gestores do cuidado voltados para a população afetada.

O trabalho longitudinal e em redes de cuidado faz-se necessário, mas evidenciou-se que esta prática ainda é pouco utilizada pelos serviços de saúde deste município, aonde não existe a referência e contra referência. Nota-se que o envolvimento de recursos humanos foi estruturado, na maioria dos serviços, contando com apoio de profissionais de fora da cidade que vieram a compor a equipe, mesmo que somente através de orientações e capacitações. Este é um dos critérios para classificar o incêndio da boate *Kiss* como um desastre de Saúde Coletiva, ou seja, um evento que excede a capacidade da comunidade de lidar com o problema usando meios próprios (BRASIL, 2012).

Os dados forneceram informações dos serviços na sua estruturação, que trouxe novas demandas ao município. Reunindo-se estas informações, notam-se algumas lacunas e fragilidades no sistema de informação dos mesmos. Em alguns momentos foi necessário reorganizar e implementar novos processos de trabalho. Destaca-se a importância de atuação rápida da gestão em organizar os primeiros atendimentos às vítimas, que foi primordial na fase imediata do desastre.

Faz-se necessários outras produções acerca deste tema, pois há poucos estudos posteriores com gerenciamento das informações em base de dados, sendo assim limitada a busca da literatura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBORNOZ, R.C. et al **epidemiologia del paciente gran quemado adulto en Chile: experiência del Servicio de Quemados del Hospital de laAsistencia Pública de Santiago** RevMed Chile 2013; 141: 181-186.

ATIYEH, B.; FACS, M.D. **Brazilian Kiss Nightclub Disaster** Annals of Burns and Fire Disasters - vol. XXVI - n. 1 - March 2013.

BAPTISTA, D. M. T. **O Debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa.** IN: MARTINELLI, M. L. (ORG.) Pesquisa Qualitativa – um instigante desafio. São Paulo, Veras, 1999.

BATISTA, E. O. **Sistema de Informação: o uso consciente da tecnologia para o gerenciamento.** São Paulo, Saraiva, 2004.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional Secretaria Nacional de Defesa Civil (SEDEC). **Curso de formação em defesa civil: construindo comunidades mais seguras.** 2. ed. Brasília, DF: MI,2005, (Curso a distância - Guia do estudante).

_____. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil (SEDEC). **Programas e Ações. Gestão de Riscos e Respostas a Desastres – Contextualização.** Defesa Civil, Brasília. MI, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de Preparação e Resposta aos Desastres Associados às Inundações para Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde** Brasília: MS, 2012. 99 p.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Formulário de cadastramento de expostos ao incêndio na boate Kiss em Santa Maria/RS no dia 27/01/2013.** [Acessado 2015 out 09]. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=10540.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.472 de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional,** Brasília, DF, 2008 [Acesso em: 03 set. 2014] Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html>.

_____. Portaria MS nº 372, de 10 de março de 2005. **Constitui Comissão referente ao atendimento emergencial aos estados e municípios acometidos por desastres naturais 20 e/ou antropogênicos.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 mar. 2005. Seção 1, p. 59.

_____. Presidência da República. Decreto n 7.616, de 17 de novembro de 2011. **Dispõe sobre declaração de Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional-ESPIN e Institui a Força Nacional do SUS.**

_____. Presidência da República. Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012. **Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC**; dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil - CONPDEC; autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres; altera as Leis nos 12.340, de 1o de dezembro de 2010, 10.257, de 10 de julho de 2001, 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.239, de 4 de outubro de 1991, e 9.394, de 20 de dezembro de 1996; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 abr. 2012. Seção 1, p. 1 - 4.

CAPRIGLIONE, L. **Fogo em boate produziu o mesmo gás usado por nazistas, diz médico**. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1222679-fogo-em-boate-produziu-omesmo-gas-usado-por-nazistas-diz-medico.shtml> Acesso em: 27 setembro 2015.

CAVALLINI, M., PAPAGNI, M.F, BARUFFALDI, F.W. **Plastic and Reconstructive Surgery Operative Unit**, vol. nº 20 (junho 2007). Fire disasters in the twentieth century. Milan, Italy.

CORSETTI, B. **Análise documental no contexto da metodologia qualitativa**. UNIrevista, vol. 1, nº 1: 32-46 (janeiro 2006). Disponível em: <http://www.unirevista.unisinos.br/_pdf/ART%2005%20BCorsetti.pdf> Acesso em: 22 de setembro de 2015.

DALL'AGNOL, M.M. et al. **Análise das notificações compulsórias de intoxicações exógenas por inalação de fumaça tóxica proveniente do incêndio em boate no dia 27 de janeiro de 2013**, em Santa Maria. Mimeo, 2013. Registro no SIE UFSM nº 036351.

DAL PONTE ST, et al. **Response Mass-acidente para a boate Kiss em Santa Maria, Brasil**. Prehosp Disaster Med. 2015 Feb;30(1):93-6. doi: 10.1017/S1049023X14001368. Epub 2014 Dec 29.

HALL, R.H. **Organizações: estruturas, processos e resultados**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006. 1ª reimpressão.

KENNEDY P.J, HAERTSCH P.A., MAITZ P.K. **The Bali burn disaster: implications and lessons learned**. J BurnCareRehabil. 2005 Mar-Apr; 26(2): 125-31. PubMed PMID: 15756113.

LAUGHARNE J, VAN D WATT G, JANCA A. **After the fire: the mental health consequences of fire disasters**. L Curr Opin Psychiatry. 2011 Jan; 24(1):72-7. doi: 10.1097/YCO.0b013e32833f5e4e.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, EPU, 1986.

MAHONEY, E. et al. **Lessons learned from a nightclub fire: Institutional disaster preparedness** Journal of Trauma, 55, 487-491. (2005).

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social em saúde.** Hucitec. Rio de Janeiro, 2010.

MARTINS, A, I. et al. **Role of physiotherapy in the rehabilitation of survivors of the Kiss nightclub tragedy in Santa Maria, Brazil.** *Physiotherapy*.2013 Dec; 99(4):269-70. doi: 10.1016/j.physio.2013.07.001. Epub 2013 Sep 17.

OLIVEIRA, D.P.R. *Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial.* 14 ed. São Paulo, Atlas, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. 2014 Disponível em www.santamaria.rs.gov.br Acesso em:14 de março de 2015.

PEDUZZI P, DAO H, HEROLD C. Mapping Disastrous Natural Hazards Using Global Datasets. *Natural Hazards*14. 2005; 35:265-289.

PELEGRINI, G. et al. **Análise das notificações de intoxicações exógenas por fumaça tóxica de incêndio na boate Kiss em Santa Maria, RS.** In: 11º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA – SAÚDE, DESENVOLVIMENTO, DEMOCRACIA: O DESAFIO DO SUS UNIVERSAL, 2015, Goiânia. Anais eletrônicos. Goiânia: ABRASCO, 2015. Disponível em: http://www.saudecoletiva.org.br/anais/index_int.php?id_trabalho=5384& Acesso 09 dez 2015.

STEWART MD. CAMILLE L.**The Fire at Coconut Grove** *Journal of Burn Care & Research* Volume 36, Number 1 DOI: 10.1097/BCR.0000000000000111.

TEKELI-YESIL S. **Public health and natural disasters: disaster preparedness and response in health systems.** *J Public Health* 2006; 14(5): 317-324.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM). Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Manual de Dissertações e Teses da UFSM:** estrutura e apresentação /Universidade Federal de Santa Maria Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Sistema de biblioteca da UFSM, Editora da UFSM. -Santa Maria: Ed da UFSM, 2015.

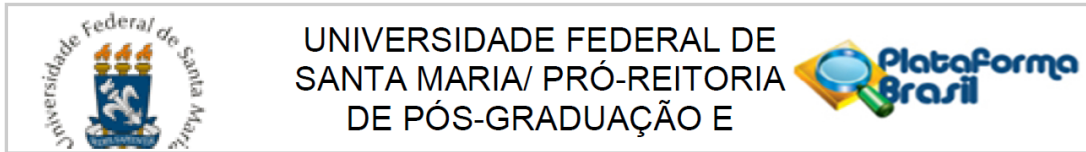
ANEXOS

ANEXO 1 Registro do Projeto no SIE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM		1.2.1.20.1.01 Projetos na Inteira		Data: 15/03/2016 Hora: 15:34			
Título: IDENTIFICAÇÃO DA COORTE DE VÍTIMAS DO DESASTRE EM BOATE DE SANTA MARIA: GERAÇÃO DE UM BANCO DE DADOS ÚNICO.							
Número do Projeto: 038034	Classificação Principal: Pesquisa	Data Inicial: 01/08/2013	Data Final: 31/12/2016				
Registrado em: 22/07/2014	Situação: Em andamento	Avaliação: Não avaliado no ano corrente	Última Avaliação: 08/05/2015				
Fundação: Não necessita contratar fundação		Nº do Projeto na Fundação:					
Supervisor Financeiro:		Valor Previsto:					
Pagamento de Bolsa: Paga bolsa de Iniciação Científica		Valor Máximo da Bolsa: 400,00					
Bolsas Pagas Pelo Projeto: PIBIC - PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica							
Proteção do Conhecimento: Projeto não gera conhecimento passível de proteção.		Tipo de Proteção: Não se aplica					
Tipo de Evento: Não se aplica	Carga Horária: Não se aplica	Alunos Matriculados: Não se aplica		Alunos Concluintes: Não se aplica			
Público alvo: 1300							
Palavras-chave: desastre, incêndio, Santa Maria, banco de dados							
Resumo: Introdução: Em 27 de janeiro de 2013, a população de Santa Maria foi atingida por um grande desastre: um incêndio em uma boate que culminou em 242 mortes além de inúmeras vítimas, envolvendo principalmente jovens na faixa etária de 16 a 30 anos. Esse evento extremo é o terceiro maior incêndio do mundo ocorrido em uma boate, considerando o número de vítimas fatais e feridas. Objetivo: Visto a relevância deste tema, este projeto visa estruturar um banco de dados único sobre as vítimas diretas e indiretas do incêndio em casa noturna, aglutinando informações dos diferentes serviços de saúde que lhes prestaram atendimento. Metodologia: Inclui dois componentes: um qualitativo onde a partir de entrevista com questionário semi-estruturado para informantes-chave, analisará a estruturação ou adaptação do sistema de registro dos serviços, e outro quantitativo (estudo epidemiológico transversal descritivo), que representa a linha de base, para acompanhamento da coorte em foco. Serão entrevistados representantes das seguintes instituições, organizações ou serviços: 4ª CRS (Coordenadora Regional de Saúde - incluindo informações de atendimentos hospitalares), AVTSM (Associação de Familiares de Vítimas da Tragédia de Santa Maria), Cadastro de Registro de Vítimas do Ministério da Saúde (formSUS), CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), CIAVA (Centro Integrado de Atenção às Vítimas de Acidentes), Acolhe Saúde (Serviço de Acolhimento Psicossocial e grupo de matriciamento em saúde mental), PRAE (Pró-Reitoria de Apoio ao Estudante), SINAN (Sistema de Informações Nacional de Agravos Notificáveis), Polícia Civil. Discussão: Este estudo pretende subsidiar o acompanhamento a longo prazo (cinco anos) das vítimas do desastre, previsto pelo Ministério da Saúde. O banco de dados será disponibilizado às instituições envolvidas que aceitarem participar do estudo, e os resultados epidemiológicos exibidos ao Comitê Gestor do Cuidado em Saúde às Vítimas do Desastre. Esta pesquisa compõe dissertação de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde e conta com apoio do Programa de Educação para o Trabalho (PET) Vigilância em Saúde da UFSM.							
Observação:							
Matrícula	Nome	Vínculo Institucional	Função	Bolsa	C. Horaria (semanal)	Data Inicial	Data Final
201111656	CAROLINE FRANCIELLI WEBER	Aluno de Graduação	Participante		1 hora	08/05/2015	31/12/2016
201370073	CRISTIANE WAGNER	Aluno de Pós-graduação	Auxiliar		20 horas	01/08/2013	31/12/2016
Página: 1							

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM		1.2.1.20.1.01 Projetos na Inteira		Data: 15/03/2016 Hora: 15:34			
201413376	GEFERSON PELEGRINI	Aluno de Graduação	Participante		4 horas	08/05/2015	31/12/2016
201261321	ISABEL CRISTINA REINHEMER	Aluno de Pós-graduação	Colaborador		2 horas	01/08/2013	30/11/2014
201140045	LAI S CAROLINI PAULESKI	Aluno de Graduação	Bolsista	PIBIC - PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica	20 horas	01/08/2015	31/07/2016
201140045	LAI S CAROLINI PAULESKI	Aluno de Graduação	Participante		2 horas	01/08/2013	31/07/2015
1474388	LIZIANE MAHES FLORES	Docente	Co-orientador		2 horas	01/08/2013	31/12/2016
201120030	MARINNA ASSMAN GONCALVES	Aluno de Graduação	Participante		4 horas	08/05/2015	30/06/2015
1165169	MARINEL MOR DALL'AGNOL	Docente	Coordenador		2 horas	01/08/2013	31/12/2016
201121311	MELISSA DE ALMEIDA CORREA ALFREDO	Aluno de Graduação	Participante		4 horas	08/05/2015	30/06/2015
201121256	SAMANTHA BERNARDO NASCIMENTO	Aluno de Graduação	Participante		4 horas	08/05/2015	30/06/2015
201121108	VITOR VINICIUS WIERZBICKI	Aluno de Graduação	Participante		2 horas	01/08/2013	30/04/2014
Unidade	Função	Valor	Data Inicial	Data Final			
04-45-00 - DEPTO. SAUDE DA COMUNIDADE - SDC	Responsável		01/08/2013	31/12/2016			
Classificação	Item da classificação						
Classificação CNPq	4.06.01.00.5 - EPIDEMIOLOGIA						
Grupo do CNPq	162 - EPICENTRO						
Linha de pesquisa	02.02.01 - EPIDEMIOLOGIA						
Quanto ao tipo de projeto de pesquisa	2.03 - Projeto de Dissertação						
Nome do arquivo	Tipo	Incluído em					
projeto coorte Cris W 220714.pdf	Plano do Projeto	22/07/2014					
avaliacao anual coorte Kiss 2015 SIE.pdf	Relatório de Avaliação Anual	08/05/2015					
FORMULARIO PARA RELATORIO PARCIAL SIE 2014 cris Coorte Kiss.pdf	Relatório de Avaliação Anual	30/01/2015					
Cidade	UF	País	Data Inicial	Data Final			
Santa Maria	RS	Brasil	01/08/2013	31/12/2016			
Atividades	Início previsto	Início efetivo	Final previsto	Final efetivo			
Estruturação de um banco de dados único com as informações assistenciais das vítimas do desastre decorrente	01/08/2013	01/08/2013	31/07/2015				
Página: 2							

ANEXO 2. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIFICAÇÃO DA COORTE DE VÍTIMAS DO DESASTRE EM BOATE DE SANTA MARIA: GERAÇÃO DE UM BANCO DE DADOS ÚNICO.

Pesquisador: Marinel Mór Dall'Agnol

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37525214.2.0000.5346

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 869.316

Data da Relatoria: 10/11/2014

Apresentação do Projeto:

Em 27 de janeiro de 2013, a população de Santa Maria foi afligida por um grande desastre: um incêndio em uma boate que culminou em 242 mortes além de inúmeras vítimas, envolvendo principalmente jovens na faixa etária de 16 a 30 anos. Esse evento extremo é o terceiro maior incêndio do mundo ocorrido em uma boate, considerando o número de vítimas fatais e feridas. Objetivo: Visto a relevância deste tema, este projeto visa estruturar um banco de dados único sobre as vítimas diretas e indiretas do incêndio em casa noturna, aglutinando informações dos diferentes serviços de saúde que lhes prestaram atendimento.

Metodologia: Inclui dois componentes: um qualitativo onde a partir de entrevista com questionário semi-estruturado para informantes-chave, analisará a estruturação ou adaptação do sistema de registro dos serviços, e outro quantitativo (estudo epidemiológico transversal descritivo), que representa a linha de base, para acompanhamento da coorte em foco. Serão entrevistados representantes das seguintes instituições, organizações ou serviços: 4ª CRS (Coordenadoria Regional de Saúde - incluindo informações de atendimentos hospitalares), AVTSM (Associação de Familiares de Vítimas da Tragédia de Santa Maria), Cadastro de Registro de Vítimas do Ministério da Saúde (formSUS), CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), CIAVA (Centro

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 869.316

Integrado de Atenção às Vítimas de Acidentes), Acolhe Saúde (Serviço de acolhimento psicossocial e grupo de matriciamento em saúde mental), PRAE (Pró-reitoria de Apoio ao Estudante), SINAN (Sistema de Informações Nacional de Agravos Notificáveis), Polícia Civil. Discussão: Este estudo pretende subsidiar o acompanhamento a longo prazo (cinco anos) das vítimas do desastre, previsto pelo Ministério da Saúde. O banco de dados será disponibilizado as instituições envolvidas que aceitarem participar do estudo, e os resultados epidemiológicos exibidos ao Comitê Gestor do Cuidado em Saúde às Vítimas do Desastre.

Esta pesquisa compõe dissertação de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde e conta com apoio do Programa de Educação para o Trabalho (PET) Vigilância em Saúde da UFSM.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar e descrever a coorte de vítimas do desastre do dia 27 de janeiro em boate na cidade de Santa Maria, RS.

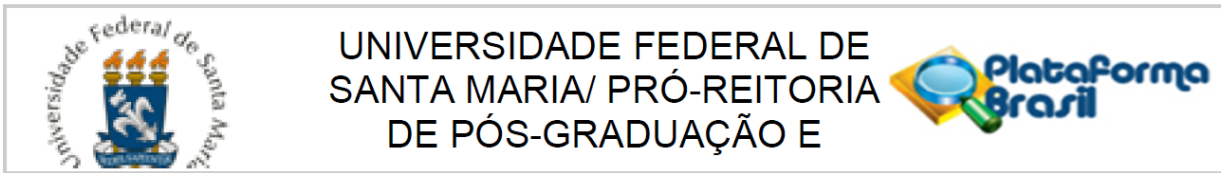
Objetivos Secundários:

- Identificar as diversas portas de entrada das vítimas nos serviços que as atenderam, através dos registros dos mesmos (serviços de saúde, polícia civil e associação de familiares das vítimas, etc.);
- Descrever a organização dos serviços para o processamento dos dados da nova demanda decorrente do desastre;
- Desenhar o perfil epidemiológico das vítimas do desastre;
- Analisar a distribuição do atendimento às vítimas pelos serviços;
- Disponibilizar o banco de dados às instituições envolvidas e ao Comitê gestor do cuidado em saúde as vítimas do desastre, composto por representantes do Ministério da Saúde, 4^o CRS, Serviços da Secretaria de Município da Saúde e CIAVA-HUSM;
- Contribuir com a organização do banco de dados do Programa Redução de Danos às Vítimas e Sobreviventes do Incêndio da Boate Kiss da Secretaria da Justiça e dos Direitos Humanos do Estado do RS, em estruturação pela PROCERGS (Cia de Processamento de Dados do Estado do RS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 869.316

O preenchimento desta entrevista não representará qualquer risco de ordem física. Pela característica da metodologia de coleta de dados acreditamos que esta pesquisa oferece risco mínimo aos colaboradores. Avaliamos como possíveis desconfortos àqueles relativos a entrevista: possível timidez do entrevistado ou incômodo com o tema abordado, situações que podem ser vencidas por meio de uma atitude compreensiva do entrevistador.

Benefícios:

Não há benefício direto para o participante. Trata-se de estudo experimental com o objetivo de investigar como aconteceu o sistema de registro das vítimas. Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício, como organização do serviço, estruturação do banco de dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem elaborado, com assunto pertinente e atualizado. A amostra está, a meu entender, um pouco exagerada, mas por não se tratar de uma amostragem probabilística, poderia ser menor.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão elaborados conforme as exigências deste comitê.

Recomendações:

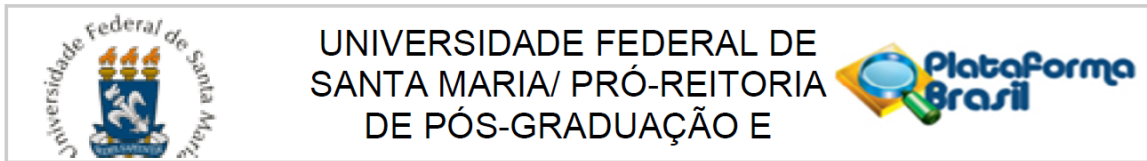
Recomendaria rever a amostra, até mesmo em função de uma possível inviabilização da execução do projeto.

Veja no site do CEP - <http://coral.ufsm.br/cep> - SITE NOVO - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 869.316

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 12 de Novembro de 2014

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

ANEXO 3. Orientação da revista aos autores

Introdução

Ciência & Saúde Coletiva publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central.

A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia. A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *RevPortClin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na WorldWide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções de publicação

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.

No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista cienciasaudecoletiva@fiocruz.br.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva).

O resumo/abstract terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/ keywords). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. No final da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CMGuimarães, na pesquisa e na metodologia)

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).
5. Os gráficos devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução..

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser

citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Quadro da Revisão Sistemática da Literatura.

Referência	Local/ período do estudo	Local/ Tipo/ Abrangência	Nº vítimas fatais	Objetivo	Delineamento/ fonte dos dados	Critérios para classificar desastre	Sistema de informação	Resultados
DAL PONTE	Santa Maria, Brasil/ 2013	Boate/ incêndio	234 vítimas fatais no local, 145 hospitalizadas e destas, 8 morreram	Descrever e analisar a resposta da comunidade ao incêndio na boate Kiss.	Revisão de caso (?)/ Entrevistas com o SAMU e a Polícia Civil de Santa Maria; site do Jornal do Comércio; IBGE; site da FEMA;			O principal problema na resposta ao incêndio estava relacionado com a gestão de voluntários e coordenação entre as diversas instituições envolvidas no local. Desenvolvimento de um plano de resposta a desastres e treinamento de preparo para desastres, provavelmente melhoraria a resposta a desastres futuros.
MARTINS DE ALBURQUEQUE	HUSM/ 2013-2018 (?)	Boate/ incêndio	242 vítimas fatais Avaliados no estudo: 259 indivíduos (115 mulheres e 144 homens)	Enfatizar papel da fisioterapia em longo prazo na reabilitação e apoiar estratégias para recuperação funcional de sobreviventes após lesão por inalação de fumaça, envenenamento por HCN e CO.				259 indivíduos, média de 27 anos, média do IMC 23,55 e ≈70% tem comprometimento funcional que indica reabilitação. Sintomas e sinais comuns: tosse seca e produtiva (40%), alteração do ritmo respiratório (31%), fadiga (21%), falta de ar (20%), dispneia (17%) e dor no peito (13%); dor de cabeça persistente (13%), perda de memória (10%) e parestesia (15%); Lesões músculo-esqueléticas (20%) e queimaduras cutâneas extensas (23%)

Referência	Local/ período do estudo	Local/ Tipo/ Abrangência	Nº vítimas fatais	Objetivo	Delineamento/ fonte dos dados	Critérios para classificar desastre	Sistema de informação	Resultados
EGYHAZI	Harvard Medical School, Massachusetts General Hospital e Hospitals for Children- Boston; Boston, MA, USA	Boate/ incêndio	Das 462 pessoas presentes, 100 morreram e 230 ficaram feridas por queimadura, inalação de fumaça, e atropelamento	Avaliar fatores associados à dor crônica em sobreviventes de um grande incêndio, incluindo aqueles com e sem queimaduras.	Estudo transversal/ Sobreviventes do incêndio da boate <i>Station</i> preencheram questionário de 130 perguntas (status médico, demográfico, psicológico, social e profissional).			Idade, sexo, estado civil, presença de queimadura (sim/ não), assim como a gravidade da queimadura (% área superfície corporal total), enxerto de pele (sim/ não), uso de medicamentos; se estivessem empregadas ou na escola antes do incêndio, duração de tempo fora do trabalho ou da escola como resultado do incêndio, e/ou se foram capazes de voltar à mesma profissão pós desastre; avaliaram sintomas de depressão e de stress pós-traumático, presença de dor e intensidade.
KENNEDY	Concord Repatriation General Hospital Concord Sydney/ 2002	Boate/ explosão e incêndio por ataque terrorista	Mais de 200 mortos, incluindo 88 australianos. No estudo foram avaliados 12 pessoas.					12 pacientes internados: 6 homens (15-47anos) e 6 mulheres (21-34 anos). 15-85% da área de superfície corporal, não teve pacientes com injúria por inalação. Foram necessárias laparotomia, toracotomia, escarotomias e fasciotomias. 4 tiveram fraturas e 1 amputação. Internação variou de 13 a 91 dias. Ocorreu colonização em todos pacientes, mas 4 tiveram complicações sépticas por multi-resistentes. Todos tiveram intervenção psiquiátrica/ psicológica.

Referencia	Local/ período do estudo	Local/ Tipo/ Abrangência	Nº vítimas fatais	Objetivo	Delineamento/ fonte dos dados	Crítérios para classificação	Sistema de informação	Resultados
STEWART	Boston City Hospital e Massachusetts General Hospital, Boston , USA	Salão e restaurante/ incêndio	498 mortes e 170 sobreviventes que receberam tratamento					Tratamento de feridas por queimaduras, injúria por inalação, ressuscitação com líquidos e antibiótico profilaxia→ foram os itens avaliados nos dois hospitais para fazer um relato do que foi feito, assim como mostrar os aprendizados intra-hospitalares com esse incêndio.
LAUGHARNE	Austrália, 211	Incêndio	X	Sumarizar achados das publicações recentes quanto ao impacto na saúde mental por desastres de incêndio das vítimas, socorristas, famílias e comunidades no contexto da literatura existente.	Artigo de revisão/ outros artigos			Evidências mostram que vítimas de desastres por incêndios tem alto risco de apresentar efeitos adversos psicológicos, como TEPT e depressão, mas também efeitos na saúde física. Socorristas, familiares próximos também apresentam risco elevado.

Referência	Local/ período do estudo	Local/ Tipo/ Abrangência	Nº vítimas fatais	Objetivo	Delineamento/ fonte dos dados	Critérios para classificar desastre	Sistema de informação	Resultados
LEE	Department of Health Information Management, School of Public Health, Faculty of Health Sciences, La Trobe University, Australia/ 2007	Desastres em hospitais que possam afetar o funcionamento do Sistema de Informação	X	Investigar grau de preparação dos serviços de informação em saúde do hospital em Victorian: setor público/privado para falhas de sistema e outros problemas causados por calamidades internas.	Pesquisa quantitativa, não experimental com questionários	Desastre = ocorrência que provoca graves perturbações ou desabilita funções empresariais necessárias.	Sistema de informação de saúde de cada hospital de Victorian (Australia) → HIS	38 HIS participaram: (22 hospitais públicos, 16 privados). Foi comparado o tamanho dos hospitais. 50% sofreram desastre interno na última década (26 desastres). 19 hospitais que sofreram 1 ou + desastres internos tiveram efeitos nos seus sistemas de informação. 63% tem plano para caso de desastre interno e externo. 7 tem alocação de recursos, 27 tem sistema de <i>back-up</i> e 20 tem plano de recuperação. Então 6 hospitais apresentaram alto nível de preparação para desastres internos, 18 moderado e 10 baixo.
CAVALINI	Plastic and Reconstructive Surgery Operative Unit, IRCCS Galeazzi, Milão, Itália/ 2007	Incêndio em diferentes locais no período de 1900 a 2000		Análise cronológica dos diferentes desastres envolvendo incêndio no mundo todo.	Relato ou informe	Um desastre por incêndio é definido como um evento que envolve mais de 25 mortes.		Foi possível saber o número de vítimas fatais em diferentes incêndios entre 1900 e 2000.

Referência	Local/período do estudo	Local/Tipo/Abstração	Nº vítimas fatais	Objetivo	Delineamento/ fonte dos dados	Critérios para classificar desastre	Sistema de informação	Resultados
ALBORNOZ	Centro Nacional de Referência Chileno	X	936 pacientes entre 27-67 anos admitidos no Centro Nacional de Referência Chileno entre 2006-2010	Analisar características sociodemográficas/ clínicas e resultados dos pacientes gravemente queimados.	Coorte retrospectivo/ Base de dados prospectiva do Serviço de queimados, complementado com dados do Hospital de Assistência Pública e revisão de registros clínicos	X		Média de 47,2 anos, 28% >60 anos. Queimaduras graves + comuns em homens (65,7%). 99% do nível socioeconômico médio-baixo, sendo que 24% tinha característica social que potencialmente dificultaria reabilitação. Média da superfície corporal 27%, com profundidade 8,5%. O agente produtor de queimadura + frequente foi fogo (73%), escalduras e eletricidade, mas letalidade foi > com fogo e eletricidade. O local + frequente foi em domicílio, laboratórios e via pública. Pacientes com consciência comprometida no momento da queimadura tiveram >letalidade, > superfície corporal atingida e injúria por inalação.
AMSTER	Israel	Incêndio florestal	44 vítimas fatais do pessoal de resgate. Do estudo participaram 204 bombeiros e 68 policiais	Descrever riscos vividos por equipes de emergência pela fumaça, retardadores de fogo/stress; uso de equipamentos de proteção e frequência de sintomas durante/ após incêndio Carmel Forest.	Coorte/ questionário com variáveis demográficas, sintomas respiratórios e cardiovasculares, fadiga, estresse e outros relacionados a inalação de fumaça e transtorno de estresse pós-traumático.			A participação foi de 86% dos bombeiros e 83% dos policiais. Média de idade de 36.8 anos, 97% homens, 45% fumantes e 785 fumantes passivos no trabalho. Foi analisado frequência e duração da exposição à fumaça e chamas. 82% dos bombeiros e 35% dos policiais usaram respiradores (N95). 87% apresentaram pelo menos um sintoma durante resgate, sendo + comum irritação ocular. 27% reportaram continuação de pelo menos um sintoma até 1 semana depois do incêndio.

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista com Informantes Chaves.

Informante-chave:	
Instituição/Serviço:	
Entrevistadores:	
Técnica:	
Data:	
Horário:	
Local:	
Transcritor:	

Como foi estruturado o serviço para atender as vítimas do desastre?

Quais são as fontes de dados gerados pelo serviço?

Quais os instrumentos, equipamentos e recursos humanos envolvidos?

Como as vítimas tiveram acesso ao serviço?

Quem o serviço classificou como vítima?