

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

**A PRODUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO NOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE FRENTE ÀS VÍTIMAS DO  
DESASTRE DE SANTA MARIA**

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

**Cristiane Wagner**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2014**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional  
Integrada em Sistema Público de Saúde**

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

**A PRODUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
FRENTE ÀS VÍTIMAS DO DESASTRE DE SANTA MARIA**

Elaborado por  
**Cristiane Wagner**

Orientado por  
**Prof<sup>a</sup>. Ms. Taísa Gomes Ferreira**

Como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão e Atenção de Sistema Público de Saúde,  
ênfase Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica.**

**Comissão Examinadora:**

---

**Prof.<sup>a</sup> Ms. Taísa  
Gomes Ferreira**  
(UFSM)-Presidente

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Beatriz  
Unfer (UFSM)**

---

**Enf<sup>a</sup> Esp. Adriana  
Krum (SMS)**

Santa Maria, 17 de março de 2014.

## **A PRODUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE FRENTE ÀS VÍTIMAS DO DESASTRE DE SANTA MARIA**

**RESUMO** Este artigo visa discutir a produção da linha de cuidado nos serviços de saúde no município de Santa Maria/RS acrescido da demanda em saúde gerada pelo desastre do dia 27 de janeiro de 2013, o qual culminou em 242 vítimas fatais além dos sobreviventes, familiares e demais pessoas atingidas direta ou indiretamente. É necessário delinear o fluxo do usuário do Sistema Único de Saúde na perspectiva da Linha do Cuidado, centrada no campo de necessidades, para permitir uma atenção integral e continuidade do cuidado. Este artigo resulta de parte de uma pesquisa integrada que investigou como ocorreu a organização da linha de cuidado nos serviços de saúde, Para investigar como ocorreu esta organização, foram realizadas entrevistas com 22 trabalhadores dos diferentes serviços de saúde que atenderam as vítimas. Após a análise dos dados, foi possível identificar os processos e as fragilidades que culminaram na constituição de uma da linha de cuidado em saúde para os familiares e sobreviventes do desastre.

Palavras-chave: Linha de cuidado, Redes de Atenção à Saúde, Desastre.

## **PRODUCTION LINE CARE HEALTH SERVICES IN FRONT OF DISASTER VICTIMS OF SANTA MARIA**

**ABSTRACT** This article intends to discuss the production of caution line in health services in the city of Santa Maria/RS added to the health demand caused by the disaster of January 27<sup>th</sup> of 2013, which resulted in 242 fatal victims aside from survivors, family and other people hit directly or indirectly. It's necessary to trace the user flux of the unified health system in the Caution Line perspective, centered in the necessities field, to allow an integral attention and care continuity. This paper results from part of an integrated research that investigated how the organization of the caution line in health services occurred. To investigate how this organization occurred, interviews with 22 different workers of different health systems that attended the victims were performed. After the analysis of data, it was possible to identify processes and fragilities that culminated in the constitution of a caution line in health care for relatives of the disaster survivors.

Keywords: Caution line, Health Attention Networks, Disaster.

## INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

O contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como uma de suas diretrizes a integralidade, caracterizada pela oferta de atenção às necessidades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de um dado indivíduo ou comunidade, considerando seu contexto social. O SUS é uma das mais importantes conquistas sociais das últimas décadas resultante de um processo político que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais e arranjos participativos de gestão (Cordeiro, 1991).

Segundo as considerações de Aguilera Campos (2003). A busca do atendimento integral tem, como grande desafio, a reestruturação dos estabelecimentos e das organizações do setor saúde, o que deverá ocorrer tanto por meio da organização e articulação desses serviços entre si quanto na reformulação das práticas dos profissionais de saúde em suas respectivas equipes.

O sistema de serviços de saúde visam ações, práticas de saúde (promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras), práticas profissionais em saúde, processo de trabalho em saúde, tecnologias (duras, leves e leve-duras) programas, serviços, redes, sistemas formas de organização do processo de trabalho/prestação de serviços/ações e práticas de saúde, (Paim, 2011).

Percebe-se no cotidiano dos serviços de saúde que há uma tensão constante entre as necessidades de saúde dos usuários e a capacidade de resposta das equipes de saúde, os quais estão inseridos nas portas do sistema de saúde. A necessidade de saúde consiste em “ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde” (Stotz, 1991).

Ampliação do olhar e a escuta nos processos de trabalho, visa possibilitar que a complexidade da vida dos usuários seja contemplada nos diferentes estabelecimentos de saúde, e as necessidades sentidas pelos mesmos os tornem agentes ativos na produção de sua saúde as necessidades serão avaliadas e relacionadas como adequadas ou não ao tipo de serviço que se oferece, sendo este o objeto de ação dos serviços de saúde.

Conforme a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004), O fortalecimento das redes enfatiza a humanização e aponta para novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do SUS com tecnologias e dispositivos, fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão.

Para Fratini (2008), os processos de referência e contra referência atuam, nesse contexto, como mecanismos facilitadores para a ordenação do trajeto do usuário nos serviços. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede quando uma equipe, em um serviço de saúde, através da articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma as necessidades de saúde (Merhy, Cecílio, 2003).

Ao analisar o caminhar do usuário na rede, pode-se verificar se este fluxo está centrado no campo de necessidades dos usuários, determinado pelo suposto projeto terapêutico que lhe é indicado, a sua acessibilidade aos serviços, comodidade, segurança no atendimento, acompanhamento, tratamento, orientação e promoção, ou, ao contrário, se ocorre à fragmentação ou interrupção da assistência (Merhy, Onocko, 1997).

Conforme o processo ordenador de ações preventivas, curativas e de reabilitação a Linha de Cuidado, que incorpora a ideia de integralidade na assistência à saúde, prevê a criação do vínculo entre serviço e usuário bem como a responsabilização pelo atendimento de suas necessidades em saúde. Assim sendo, o trajeto que o usuário faz nos serviços, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social podem ser reconhecidos. No entanto, a linha de cuidado somente funcionará se os serviços se organizarem em seus processos de trabalho, pois é através dele que se produz o cuidado aos usuários (Franco, 2003).

É necessário 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 situação. Trabalhar com diferentes enfoques, trabalhar em equipe, compartilhar saberes e poderes, e também com conflitos instrumentos tais como, a clínica ampliada, equipes de referência, projetos terapêuticos singulares têm-se mostrado como dispositivo resolutivo quer seja no

âmbito da atenção como no âmbito da gestão de serviços e redes de saúde (Brasil 2004).

Para se repensar novas modelagens assistenciais, assentadas em diretrizes como a integralidade do cuidado, há que se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos, particularmente sobre a natureza do processo de trabalho, sua micropolítica e importância na compreensão da organização da assistência à saúde (Malta et al., 2003).

A linha de cuidado incorpora o fortalecimento das relações entre a atenção básica e de média e alta complexidade, buscando atender os desafios para organização de cuidados no SUS. A ideia de integralidade na assistência a saúde, é estruturada pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas as outras ações assistenciais.

Imaginamos, portanto que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado (Merrhy, Cecílio, 2003).

A linha de cuidado passa a ser delineada também no campo da gestão, articulando intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação e legislação, equacionando-se tecnologias, instrumentos, dentre outros, capazes de impactarem o processo saúde-doença (Merrhy, Cecílio, 2003).

### **Santa Maria – RS.**

O município de Santa Maria localiza-se na região central do Rio Grande do Sul e tem uma população aproximada de 260 mil habitantes (IBGE, 2010), havendo uma grande parcela de estudantes universitários e militares advindos das mais diversas localidades do país. Esta parcela da população tem característica transitória no município, havendo alta rotatividade de pessoas.

O município demandou esforços da Força Tarefa Nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), voluntários, organizações não governamentais como a Cruz Vermelha e Médicos Sem Fronteiras, além de consultores do Ministério da Saúde e

da Política Nacional de Humanização (PNH) para a estruturação de um sistema de apoio à população afetada direta ou indiretamente pelo incidente.

### **Serviços de Saúde.**

Nesta cidade situa-se a sede da 4<sup>o</sup> Coordenadoria Regional de Saúde, que abrange 32 municípios da região. Os serviços públicos de saúde existentes no município e que foram responsáveis pelo atendimento das vítimas do desastre são apresentados na tabela no decorrer do texto.

A partir dessa nova realidade, serviços que já existiam como os quais foram criados tiveram que se organizar para amenizar as demandas possíveis do advindo a partir da multiplicidade que ocorreram.

### **O desastre do dia 27 de janeiro de 2013.**

Segundo Castro (1998), desastre é definido como resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema (vulnerável), causando danos humanos, materiais e/ou ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais.

O desastre do dia 27 de janeiro de 2013, comparado com ocorrências mundiais semelhantes, é o segundo maior incêndio do mundo ocorrido em uma boate considerando o número de vítimas fatais e ferido. Outros incidentes semelhantes foram o incêndio na casa noturna Cocanut Groove, em Boston – EUA em 1942, com 492 mortes (The Lancet, 1944, p.242) e a danceteria República de Cromañon, em Buenos Aires – ARG em 2004, com 194 mortes (Korstanje, 2006), em sua maioria jovem. Ambos representaram fatos trágicos, mas que consigo trouxeram a possibilidade de avanço em alguns aspectos do cuidado em saúde, como o tratamento de queimaduras e de complicações por inalação de fumaça (Saffle, 1993).

Além das vítimas fatais do desastre, também existem sobreviventes, familiares e demais pessoas que tiveram suas vidas impactadas com o ocorrido. Muitos dos sobreviventes sofreram queimaduras, inalaram fumaça tóxica, sendo necessário o acompanhamento ambulatorial posterior levando-se em consideração as múltiplas consequências geradas por inúmeros fatores, tais como as mais variadas sequelas físicas e emocionais, problemas sociais, dificuldades econômicas e de readaptação.

O presente trabalho verifica como as linhas de cuidado se instituíram na cidade de Santa Maria R/S. para coordenar os diferentes tipos de demandas de serviços de

saúde que se estruturaram a partir do desastre do dia 27 de janeiro de 2013 nos diferentes níveis de atenção à saúde.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho foi constituído mediante a vivência nos serviços de saúde em carga horária complementar. Teve como objetivo principal compreender os processos de trabalho dos serviços de saúde no atendimento às demandas das vítimas do desastre do dia 27 de janeiro de 2013.

Este artigo é parte de uma pesquisa e resulta de um projeto integrado, intitulado como: O papel dos serviços de saúde na identificação e coordenação do cuidado das vítimas do desastre do dia 27 de janeiro de 2013.

De acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, o projeto de pesquisa e intervenção passou por avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovado sob registro CAAE 23403313.0.0000.5346.

Realizou-se a pesquisa através de abordagem qualitativa, e essa metodologia foi escolhida porque se pretendeu identificar nos serviços da rede de atenção à saúde de Santa Maria/RS como constituiu o acolhimento e a coordenação do cuidado das vítimas da tragédia do dia 27 de janeiro de 2013, bem como discutir a organização do processo de trabalho nos mesmos.

Para a coleta dos dados foi utilizada a metodologia da pesquisa-ação, que, segundo Thiollent (2005, p.16) é um tipo de pesquisa social na qual há uma estreita associação com uma ação, aliando o conhecimento empírico ao científico, através da cooperação entre os participantes envolvidos. Esta metodologia foi escolhida por possibilitar aprimorar a prática ao passo em que se investiga a respeito dela (Tripp, 2005).

Foi utilizado o método de entrevista semiestruturada padronizada com roteiro. Para investigar como os serviços de saúde se estruturaram para identificar e acompanhar a população atingida pelo acidente. As entrevistas foram gravadas, sendo realizada por um entrevistador e após foram transcritas minuciosamente.

Segue abaixo o roteiro utilizado nas entrevistas:

- SERVIÇO:
- Nome do entrevistado:
- Região Administrativa:  Centro  Centro-Leste  Leste  Centro-Oeste  Oeste  Norte  Nordeste  Sul



- Distrito:
- Território de abrangência:
- Quem foram as vítimas do desastre que o serviço acolheu?
- Descreva como o serviço respondeu às demandas das vítimas do desastre.
- Na condição de trabalhador, como você identificaria as etapas percorridas no atendimento a essas pessoas?
- Quais foram os seus sentimento em relação ao trabalho desenvolvido na atenção às vítimas?
- Como você percebe os serviços ofertados após o desastre (impacto)?
- No que se refere à continuidade dos serviços, como você descreveria a circulação dos usuário nos serviços?
- Existe comunicação entre os serviços? Explique como você compreende que isso ocorre.
- Você tem mais alguma consideração a fazer?

As entrevistas foram realizadas nos serviços de saúde, em sala privativa, com o mínimo de interrupções. Foram analisadas para esse artigo as entrevistas realizadas com os 22 profissionais que atuaram nos serviços que atenderam às demandas das vítimas do desastre do dia 27 de janeiro de 2013. Os serviços foram as catorze UBS com estratégia de saúde da família, cinco centros de atendimento psicossocial, centro de referência em saúde do trabalhador, serviço de acolhimento psicossocial, grupo de matriciamento em saúde mental, centro hospitalar integrado de atendimento às vítimas e associação de vítimas.

As 22 entrevistas foram respondidas por diversos profissionais, como: enfermeiros, psicólogos, fisioterapeuta, médicos, agentes de saúde, técnica em enfermagem e administrador.

Para a análise do material obtido Foi utilizada a Análise de Conteúdo, mais especificamente a Análise da Enunciação. Segundo Minayo (2010, p.314) este tipo de análise busca conseguir, através da análise lógica, sequencial e análise dos elementos atípicos do texto, a compreensão de seu significado.

As entrevistas depois de transcritas foram analisadas em quatro momentos – leitura da descrição do relato sem busca pela interpretação do texto; nova(s) leitura(s) para discriminar as unidades de significado; transformação das expressões cotidianas do sujeito; e síntese das unidades de significado. A análise dos elementos atípicos foi realizada conforme significação dada por (Minayo 2010).

Na análise dos dados, entrevistas foram lidas procurando se detectar os processos que culminaram na constituição de uma da linha de cuidado em saúde para os familiares e sobreviventes do desastre.

Optou-se em apresentar os dados a seguir a partir da ordem cronológica dos eventos, organizados por níveis de atenção a saúde, caracterizado em três categorias: Atuação emergencial; Atenção imediata; Cenário atual.

## ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO

A partir do evento ocorrido no dia 27 de janeiro de 2013, compreendeu-se que os serviços de saúde necessitaram se organizar para atender esta demanda inédita no país.

Tabela 1. Serviços públicos de saúde existentes que atenderam as vítimas do desastre.

NÍVEL DE ATENÇÃO	Nº	SERVIÇOS
Primário	14	Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família
	14	Unidades Básicas de Saúde Tradicionais
	5	Unidades Básicas de Saúde Distritais
Secundário	4	Centros de Atendimento Psicossocial
	1	Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador
	1	Serviço de Acolhimento Psicossocial 24h *
	1	Serviço de Matriciamento em Saúde Mental *
	1	Centro Integrado de Atendimento a Vítimas de Acidentes (Anexo ao HUSM) *
Terciário	1	Hospital Municipal Casa de Saúde
	1	Hospital Universitário de Santa Maria
	1	Pronto Atendimento Municipal
	1	Unidade de Pronto Atendimento 24h

\* Estes serviços agregaram a rede a partir do desastre do dia 27 de janeiro de 2013

Sendo este um fato histórico de grande impacto que ocasionou essa necessidade de organização. Analisando características populacionais de Santa Maria/RS, podemos compreender as dimensões tomadas por esse fato. O incêndio aconteceu em um ambiente frequentado amplamente por jovens oriundos de diversos lugares do país, devido ao estudo ou trabalho, e que são transitórios nesse município.

A partir das entrevistas realizadas, foi possível identificar relatos que foram categorizados a partir da constituição da linha de cuidado em ordem cronológica dos eventos. Frente a este novo cenário os serviços de saúde tiveram sua atuação em momentos distintos:

### **Atuação emergencial**

Considerado as primeiras 24/48hs, devido à gravidade dos acometimentos como queimaduras, intoxicação exógena, traumas físicos, questões psicossociais, entre outros, neste primeiro momento a população atingida necessitou de serviços emergenciais. Estes consistiram em pronto atendimento emergencial e serviços assistenciais, Centros de Tratamentos Intensivos (CTI) de hospitais públicos e privados de Santa Maria e região e centros de especialidades em queimados na cidade de Porto Alegre/RS.

O sistema de saúde do município demandou esforços da Força-Tarefa Nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), voluntários, organizações não governamentais como a Cruz Vermelha e Médicos Sem fronteiras. Também houve apoio de consultores do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Humanização (PNH) para a estruturação de um sistema de apoio à população afetada direta ou indiretamente pelo incidente.

É nós tivemos então na Força Nacional do SUS um aporte tecnológico e de infraestrutura que veio para SM e deu conta de todas as demandas que esses casos requereram nas primeiras, na primeira semana de acidente, seja no campo de acesso profissional, instrumental, de deslocamento, de estrutura da média e alta complexidade. Nós tínhamos o estado todo preparado para receber paciente, as forças armadas, as estruturas de deslocamento pesadas prontas aqui imediatamente para prover este deslocamento, e com isso nós conseguimos fazer frente ao cuidado imediato. (Serviço Especializado 1)

Para as demandas psicossociais, a área da saúde mental se organizou estruturando um novo serviço para esta nova demanda. Este local primeiramente foi chamado de Serviço de Acolhimento 24 horas, que funcionou em anexo ao CAPS Caminhos do Sol, sendo coordenado pela Secretaria de Saúde do Município, e iniciou sua atuação no dia do desastre, atuando primeiramente com a participação de voluntários, realizando atendimentos aos familiares das vítimas e demais pessoas que se encontravam em sofrimento mental em decorrência do evento. Os serviços prestados incluíam atendimentos individuais, por telefone e visitas domiciliares a sobreviventes e matriciamento à Atenção Básica.

O serviço de referência em saúde do trabalhador também foi responsável pelo atendimento das vítimas, principalmente as que foram afetadas pelo desastre devido o envolvimento com o trabalho, desde trabalhadores da boate quantas aquelas pessoas que por conta da profissão auxiliaram no resgate e outras atividades que ocorreram imediatamente após do desastre. Este serviço também atua no campo da vigilância em saúde, sendo que no dia 29/01 foi realizada uma avaliação do local do desastre em relação aos riscos de trabalho do local, onde foram identificadas as substâncias tóxicas existentes em decorrência do desastre, alertando aqueles trabalhadores que estavam trabalhando nas perícias, prevenindo assim intoxicações tardias.

### **Atenção imediata**

Considera-se esta etapa a atuação após a primeira semana e estabilização dos quadros clínicos. Neste momento, após o impacto imediato, iniciou um trabalho para o atendimento ambulatorial. Assim, o Ministério da Saúde disponibilizou um formulário (FormSUS) através do site ou pelo telefone 136 da ouvidoria do sistema único de saúde (SUS) para que fosse realizado o cadastro daquelas pessoas que se sentiram vitimadas com o desastre.

Pensando-se que o nível de atenção secundário atua frente aos principais problemas de saúde e agravos da população que demandam profissionais especializados, fez-se necessário neste momento a criação de serviços que suprissem essas necessidades. Um novo contexto se potencializa para coordenação das práticas de saúde do município, percebe-se conforme relatos que isso ocorre de forma centralizada no serviço Acolhe Saúde, ressaltando a importância do processo de descentralização dos serviços, favorecendo o vínculo com a equipe de referência no território.

Para a atenção as vítimas que necessitaram/necessitam de acompanhamento ambulatorial para cuidados clínicos ou psicossociais, foi criado um serviço de referência para vítimas de acidentes, localizado no hospital Universitário de Santa Maria/RS (HUSM). Este foi pactuado com o Ministério da Saúde para prover o acompanhamento dessas vítimas em um período de 5 anos, tendo seu início em fevereiro de 2013, contando com a atuação de diversos núcleos profissionais. Foram realizados mutirões, para que fosse realizado um atendimento inicial àquelas pessoas que, até então, não tinham tido acesso aos serviços.

A grande expectativa nossa é de constituir um centro de referência para atendimento a vítimas de acidente, de todo e qualquer acidente. Então, desde 2003 que se tenta dentro das estruturas hospitalares imprimirem um cuidado assistencial fundamentado nos princípios da integralidade e com o enfoque de organizar esse atendimento integral nas linhas de cuidado. (Serviço Especializado 2)

A partir desses mutirões, foram encaminhados os pacientes de acordo com as suas necessidades. Dentre os serviços que participaram, o serviço de referência em saúde do trabalhador continuou atendendo as vítimas identificadas que sofreram em decorrência do trabalho.

O Acolhimento 24 horas passou a ter uma nova sede devido à alta demanda de usuários, atuando hoje com o nome de Acolhe Saúde com profissionais e atualmente este serviço conta com diversos profissionais por regime de contrato municipal com prazo determinado. O serviço continua prestando os atendimentos individuais, por telefone e visitas domiciliares a sobreviventes e matriciamento à Atenção Básica.

O CAPS está vindo fazer matriciamento, começou com a função da Kiss e continuaram, acho que isso foi um pontopositivo. (UBS 3)

A prática do matriciamento atuando no território era inexistente antes do ocorrido, levando em consideração que Santa Maria não tem a atuação do Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF). É no território que podemos identificar melhor as singularidades e contexto de cada sujeito, e também instituir práticas como Projeto Terapêutico Singular (PTS) entre os diferentes serviços de saúde. Sendo assim, essa atuação em apoio às equipes de atenção básica permitem o acompanhamento do sujeito neste território.

Cabe aqui ressaltar a atuação da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria que colaboraram com a assistência as vítimas deste desastre em virtude de estar inserida na prática de alguns serviços de saúde da rede, sendo de extrema importância esta integração entre ensino-serviço-comunidade provendo assim a integralidade do cuidado com os usuários. O cuidado, nas organizações de saúde em geral, é, por sua natureza,

necessariamente multidisciplinar, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais (Merhy e Cecílio 2003).

Um dos sistemas de apoio e cuidado mútuo encontrado pelas vítimas do desastre de 27 de janeiro de 2013 foi à criação de uma associação de vítimas, com o objetivo de unir os familiares e sobreviventes e prestar assistência necessária por meio do trabalho voluntário de organizações como a Cruz Vermelha e a Associação Brasileira de Pesquisa e Ensino em Psicologia Transpessoal (ABRAPET).

Como o desastre foi de cunho nacional para ampliar as atividades e dar suporte às famílias faz-se necessário a efetivação de núcleos de apoio às vítimas em varias cidades para a troca de informação e apoio ao cuidado.

A gente teria ideia que cada cidade fora de Santa Maria tivesse seu núcleo, nos precisamos de pessoas interessadas (Associação De Vítimas).

O cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de ações que vão se complementando, como se pode perceber existem diferentes tipos de demandas entre os vários serviços de saúde, sendo este um novo desafio nos processos de trabalho e coordenação do cuidado em saúde destes usuários.

Podemos observar nos relatos a fragilidade do sistema de saúde no município, onde os serviços não conseguiram atuar de forma eficaz frente a este novo cenário, as ações que estavam sendo desenvolvidas não foram passadas de forma efetiva e não tiveram seguimento, fazendo assim com que a rede de serviços tão quanto a referência e contra-referência de saúde não seja resolutiva.

É possível identificar que alguns serviços aguardaram que os usuários o procurassem atendendo somente por demanda espontânea enquanto algumas equipes buscaram a identificação das necessidades de saúde. Isso se deu devido a não centralização da coordenação do Processo de Cuidado, aonde cada serviço organizou-se conforme a sua demanda específica e não buscou a articulação a partir da gestão, para que a atuação fosse uniforme e o trabalho se constituísse em redes, organizando o fluxo do usuário. Sendo esta dificuldade enfrentada no município antes do desastre.

A contra- referência, os pontos de ligação da rede, não funciona em nada, é zero. Os profissionais não têm o mínimo de diálogo, quem dirá um fluxo de atividade, ou um protocolo. Protocolo não porque acho que burocratiza

o serviço. Mas um fluxo de atendimento, uma rotina de acesso para essas pessoas, de ida e volta. Não existe, é extremamente falho. (UBS 5 e 6)

De acordo com Cecílio & Merhy (2003), o desenho da Linha de Cuidado entende a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e micro institucionais, em processos extremamente dinâmicos, nos quais está associada à imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades. Para atuar nos princípios da integralidade e necessário a articulação da linha de cuidado e clínica ampliada com a discussão do PTS, intersetorialmente. Esta prática ainda é pouco utilizada pelos serviços de saúde deste município, aonde não existe a referência e contra referência.

Para atuação no território, fazendo a busca ativa o papel da atenção primária em saúde (APS) foi essencial. Sabendo-se que esta compreende ações tanto no âmbito individual e coletivo, incluindo a promoção de saúde, prevenção e recuperação da saúde, com a finalidade de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011). Vale salientar que de acordo com os dados do documento da Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica (2013). A cobertura da Atenção Básica do neste município é de 49,63 % e com a presença de Estratégia de Saúde da Família somente 21 %. Isto resulta em áreas de população descoberta e desassistidas, evidenciando uma fragilidade na saúde. Enquanto a população não encontra na UBS com ESF a possibilidade de acesso, sendo que esta deveria ser a porta preferencial do usuário na rede, isto reflete na superlotação no nível terciário.

A Estratégia de Saúde da Família que é a ferramenta básica para o cuidado longitudinal, ela vem sofrendo riscos grandes de desmonte na perspectiva da alta rotatividade de profissionais, e também na falta de profissionais, sem falar às vezes no imprevisto representado pelas unidades de saúde. Isto não colabora para nenhum cuidado longitudinal, porque fere o princípio que é do vínculo. (Serviço Especializado 1)

Esta situação é ressaltada no documento redigido pelo o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Santa Maria em 2005. Este cita que um dos principais problemas para quem trabalha na rede de serviços de atenção básica é a precariedade do sistema de referência/contra referência. Segundo consta neste relatório, a principal

queixa dos profissionais se refere à falta de contra referência, ou seja, o retorno do paciente para os cuidados necessários no nível de atenção básica e com as informações necessárias para que seu problema seja resolvido.

Não, eu acredito que não exista muita comunicação, por mais que a gente teve um trabalho importante de matriciamento, às vezes a gente ligava pra rede, para o posto de saúde mais próximo daquele usuário e não tinha referência e contra referência. (Saúde Mental 1)

Nas etapas percorridas pelos usuários na rede de atenção a saúde, as UBS com ESF em sua maioria relataram colocar a unidade a disposição e encaminhar os usuários para os serviços especializados de acordo com as suas necessidades. É relatado também o acompanhamento destes através de visitas domiciliares para oferecer suporte e ajudar enfrentar este novo cotidiano.

A aproximação da saúde mental com atenção básica, com as unidades básicas, não existia. Na verdade a gente. Não sabia nem o endereço do CAPS AD, do CAPS infantil. Não sabia que eles eram divididos, em CAPS AD, dois CAPS AD, um CAPS infantil, que atendia até 18 anos, não sabia que existe o ambulatório para aquela urgência, que existe Prado Veppo para doenças psiquiátricas. Nada disso a gente sabia. Sabia que existia saúde mental e ficava assim procurando alguma coisa em um universo que a gente não conhecia. Nós começamos a conhecer saúde mental, a nos aproximar da saúde mental, nós como trabalhadores aqui das unidades de saúde, depois da Kiss. Matriciamento, depois da Kiss. Eventos que a gente participou, depois da Kiss. Infelizmente precisou acontecer isso para que as coisas mudassem. (UBS 2).

O Apoio Matricial é preconizado pela PNH (Brasil, 2004) como dispositivo de intervenção junto à Atenção Básica, pautado pela noção de território, intersetorialidade e integralidade. Este considera o trabalho organizado pelo princípio de responsabilidade compartilhada entre a equipe de referência e serviços especializados, e o estabelecimento da continuidade na atenção em saúde. O apoio matricial é um dispositivo de auxílio ao acompanhamento longitudinal.



A demanda é que este paciente onde quer que vá, tenha uma rede de serviços que possa lhe prover a continuidade dos cuidados. Então isto é o desafio que está posto agora. (Serviço Especializado 1)

É possível perceber nos relatos que há referência ao serviço de saúde mental, porém ao serviço especializado as vítimas localizado em um ambiente hospitalar onde serviços prestados são basicamente clínicos, através de exames e consultas não há esta referência. Acredita-se que isto ocorra pela falta da inserção deste serviço em outros estabelecimentos de saúde, o que reflete que a organização do cuidado está no nível de atenção terciário. Portanto faz-se necessário a atuação conjunta deste serviço com as equipes das Unidades Básicas de Saúde e o acompanhamento do usuário em seu território são essenciais para a integralidade do cuidado.

### **Cenário Atual**

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, o atendimento as vítimas apresentou três momentos. Inicialmente houve o atendimento emergencial, tanto clínico quanto psicossocial, prestando assistência imediata após o incidente. Em um segundo momento houve a fase de transição e a organização da rede para o acompanhamento das vítimas. Nesse momento, foram criados serviços especializados de referência para as vítimas do desastre e foi realizado um cadastramento das mesmas pelo Ministério da Saúde. Já a terceira fase consiste no cuidado permanente, o acompanhamento longitudinal a essas vítimas e o planejamento das ações a médio e longo prazo. (Rio Grande Do Sul, 2014).

E a gente tem pactuado com a Secretaria Estadual, Ministério da Saúde, que este serviço permaneça por um período de cinco anos (Saúde Mental 5)

Uma das problemáticas observadas para articulação da rede foi à falta de comunicação entre os diferentes serviços. Dentre os 22 entrevistados, sete relatam não existir a comunicação, enquanto os demais ressaltam que esta existe, mas com fragilidades para que se institua uma melhora na comunicação entre os serviços de saúde. Reúne-se semanalmente o que foi denominado de Grupo Gestor do Cuidado. Participam representantes dos serviços especializados que atuam na assistência às vítimas, juntamente com representantes da associação e da gestão. No entanto, essas reuniões não incluem serviços essenciais que atuam no acompanhamento

longitudinal e no território, que são as Unidades Básicas de Saúde. O que dificulta o princípio da Integralidade e a construção da linha de cuidado.

Eu vejo que nós aqui tentamos uma comunicação, ainda tentamos, por mais que venha o matriciamento do acolhimento aqui. Eu vejo que nós mais levantamos a demanda para eles do que eles trazem para nós. Por exemplo, tem casos em comum que nós temos, mas que eles não sabem que são nossos, mas a gente sabe que as pessoas vão lá (UBS 8).

Uma solução possível para a troca de informação entre os serviços são os prontuários eletrônicos (banco de dados único), que permitem o controle da informação e a otimização do processo produtivo (Costa, 2011). Este instrumento está em fase de elaboração através dos projetos construídos em conjunto pelo Mestrado Profissional da UFSM e pelo Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET), área da Vigilância em Saúde, da UFSM.

O paciente ainda circula livremente entre os serviços sem que haja um cadastro único capaz de fazer com que os setores possam acompanhá-los a qualquer momento e em qualquer lugar. Nós também temos setores que ainda enxergam seus dados como arquivos fechados e portanto não permitem o acesso de outros setores (Serviço Especializado 1)

A cidade recebe, de acordo com a Agência de Desenvolvimento de Santa Maria (ADSM, 2011), cerca de 35 mil estudantes universitários vinculados a mais de 350 cursos de graduação e pós-graduação. Além de estudantes, Santa Maria conta com o segundo maior contingente militar do país (Lima, 2005), contando com 19 organizações militares do Exército e uma Base Aérea da Aeronáutica (ADSM, 2011). Estas pessoas, estudantes e militares, tem sua origem em diversos lugares do país e permanecem no município por alguns anos, caracterizando assim no município uma população com dinamicidade e rotatividade.

Nós também temos um perfil de paciente que está temporariamente aqui. Na maior parte são pessoas que estão aqui enquanto estão estudando, ou trabalhando, e que são jovens e que provavelmente vão embora daqui. (Serviço Especializado 1)

A linha do cuidado é um desafio para gestores que controlam os serviços de saúde que deverão formar fluxos assistenciais, como definir qual serviço será responsável pela coordenação do cuidado e o acompanhamento longitudinal dos usuários tão quando estabelecer que os processos de referencia e contra referência sejam realizados para estabelecer o vínculo com estes. Ressalta-se ainda a importância deste acompanhamento a longo prazo a esta população devido as complicações tardias ainda desconhecidas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando o impacto do desastre do dia 27 de janeiro de 2013, foi possível identificar a necessidade de organização dos serviços de saúde para atenderem às demandas das vítimas. O grande desafio consistiu em restabelecer uma nova prática, centrada na constituição da linha de cuidado, sendo esta ordenadora das necessidades dos usuários.

Esta organização implica na existência da rede de serviços que suporte as ações necessárias como também o acompanhamento longitudinal. A rede de serviços de saúde apresentava falhas antes do desastre e não estava preparada para a alta demanda que surgiu, ressaltando a importância de um sistema de apoio à população afetada direta ou indiretamente pelo incidente.

O importante agora é estabelecer que os serviços desenvolvam ações de encontros interdisciplinares e intersetoriais, havendo reflexão das necessidades multifatoriais, sendo necessário instituir os processos de referência e contra referência para acompanhamento integral.

Um dos grandes desafios será a constituição da linha de cuidado considerando que este município tem uma população flutuante. Serão necessárias ações das esferas Federais, Estaduais, Municipais, para que se institua este processo da atenção ao cuidado longitudinalmente. O estímulo de ações como matriciamento, construção do projeto terapêutico singular e a organização dos fluxos dos indivíduos conforme as suas necessidades facilitam a construção da Linha de cuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILERA CAMPOS, C.E. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** Ciênc. Saúde Coletiva (8) n.2, 569-84, 2003.

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. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf) (acesso em 10 de janeiro de 2014).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. "Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)."** Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/CIP>> Acesso em: 28 de janeiro de 2014.

CASTRO, A.L.C. **Manual de Desastres: desastres naturais.** Brasília: Imprensa Nacional, 1996. 182 p.

CECÍLIO, L.C.O., MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas (SP), 2003.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, Ayuri Editorial Ltda, 1991.

COSTA, T.M. et al. **Projeto de Dados de Sistema para Integração Longitudinal de Informações e Procedimentos em Centros Médicos**. In Proceedings of XI Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2008.

FRANCO, T.B., MAGALHÃES JÚNIOR, H.M., MERHY, E.E. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. In: MERHY, E.E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 125-34, 2003.

FRATINI, J.R.G., SAUPE, R., MASSAROLI, A. **Referência e Contra Referência: Contribuição para a integralidade em saúde**. Ciência Cuidado em saúde, 2008.

LIMA, S.B.S. et al. **Memória da enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria–RS**. Texto & Contexto Enfermagem, (4), 557-566,

KORSTANJE, M. **CROMAÑÓN. La Tragédia Contada por 19 sobreviventes**. Buenos Aires, Planeta, 2006.

MALTA, D.C., MERHY, E.E. **A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos**. Rev. Mineira Enferm. (7) n.1, 61-6, 2003

MERHY, E.E., ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**; São Paulo, Hucitec, 1997.

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

PAIM T. C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., MACINKO, J. **O Sistema de saúde Brasileiro: Histórias avanços e desafios**. Primeiro fascículo das séries Saúde no Brasil, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Assessoria da Secretaria Estadual de Saúde. **Secretaria faz balanço das ações de socorro e acompanhamento dos feridos na boate Kiss.** Disponível em: <  
<http://www.estado.rs.gov.br/noticias/1/118906/Secretaria-faz-balanco-das-acoes-de-socorro-e-acompanhamento-dos-feridos-na-boate-Kiss>> Acesso em 29 de janeiro de 2014.

SAFFLE, J.R. **The 1942 fire at Boston's Coconut Grove nightclub.** The American journal of surgery, 166(6), 581-591, 1993.

SANTA MARIA. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica. Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica 2013.**

THE LANCET. **The Coconut Grove disaster.** Lancet 243 no. 6268, 1944

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação.** 14ª edição. Cortez Editora, 2005.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica.** “Educação e Pesquisa”, v. 31, n. 3, p. 443-466, São Paulo, 2005.

STOZ, E.N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.