

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

ATENÇÃO BÁSICA FRENTE AO CUIDADO DAS
VÍTIMAS DO DESASTRE DE 27 DE JANEIRO DE
2013.

TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -

Bruna Skrebsky

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 -

**ATENÇÃO BÁSICA FRENTE AO CUIDADO DAS VÍTIMAS DO DESASTRE DE 27
DE JANEIRO DE 2013.**

Elaborado por
Bruna Skrebsky

Orientado por
Prof^a. 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:

Táisa Gomes Ferreira	Beatriz Unfer	Laura Taís L. Simon
UFSM- Presidente	UFSM	SMS

Santa Maria, 17 de março de 2014.

ATENÇÃO BÁSICA FRENTE AO CUIDADO DAS VÍTIMAS DO DESASTRE DE 27 DE JANEIRO DE 2013.

RESUMO

Através do reconhecimento dos serviços de saúde a partir do Programa de Residência Multiprofissional Integrada da UFSM no município de Santa Maria/RS, acrescido da demanda em saúde originada pelo desastre do dia 27 de janeiro de 2013, surge o projeto para identificar estes locais, a fim de delinear o fluxo do usuário do Sistema Único de Saúde. Este artigo é um recorte deste projeto e objetiva compreender a atuação das unidades básicas de saúde como coordenadoras do cuidado das vítimas atingidas pelo desastre, a fim de identificar as estratégias de cuidado e os desafios encontrados. Trata-se de um estudo qualitativo, utilizando-se de entrevistas semi-estruturadas com diferentes serviços de Santa Maria/RS. A partir da Análise do Conteúdo, originou-se três categorias: O cenário da Atenção Básica em Santa Maria, A atenção Básica frente as necessidades do desastre de 27 de janeiro de 2013 e Desafios da atenção as vítimas a longo prazo. O suporte ofertado pelo município buscou atender as demandas das famílias deste desastre, objetivando proporcionar um cuidado integral e humanizado, com novos processos de trabalho. A Atenção Básica evidenciou alguns desafios, como a fragilidade do processo de referência e contra – referência e uma rede de assistência a saúde fragmentada.

Palavras-chave: Atenção Básica em Saúde. Linha de cuidado. Redes de Atenção à Saúde.

Through recognition of health services from Integrated Multidisciplinary Residency Program UFSM in Santa Maria / RS, increased demand on health caused by the disaster on 27 January 2013, the project appears to identify these sites in order to outline the flow of the user's National Health System. This article is an excerpt of this project and aims to understand the role of basic health units as coordinators of care of victims affected by the disaster, to identify strategies for care and the challenges encountered. This is a qualitative study using semi-structured interviews with various departments of Santa Maria / RS interviews. From the Content Analysis yielded three categories: The scenario of Primary Care in Santa Maria, The Basic attention ahead of the needs of disaster January 27, 2013 Challenges and attention victims long term. The support offered by the municipality sought to meet the demands of the families of this disaster, aiming to provide a comprehensive and humane care, with new work processes. Primary Care highlighted some challenges such as the fragility of the process of reference and counter reference - and a network of fragmented health care.

Descriptors: Primary Health Care. Line Care. Networks for Health Care.

Introdução

A Atenção Primária em Saúde é concebida como coordenadora do sistema regional de serviços de saúde, integrando os diferentes pontos que o compõe, sendo assim, responsabiliza-se pelo acompanhamento do trajeto do usuário por estes serviços sendo a porta de entrada preferencial ao sistema¹. Neste sentido, a Atenção Básica de Saúde compreende uma estratégia para alcançar o aumento da cobertura das ações de saúde na população. Ela é ofertada pelas Unidades Básicas de Saúde ou Centros de Saúde, destinadas a um determinado grupo populacional, que mora ou trabalha na área geográfica de sua abrangência².

Sendo assim, a municipalização da saúde conduz para o aumento do poder de decisões em âmbito local, realiza transformações nos serviços e mudanças efetivas nas ações de saúde, baseadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde e nas diretrizes de regionalização e hierarquização da oferta da assistência e descentralização político-administrativa.

As ações compreendidas nos níveis de atenção à saúde – promoção, proteção e recuperação, devem ser constituídas e operacionalizadas de maneira articulada e integrada, permitindo a ampla cobertura e acesso da população³.

Portanto, é possível argumentar que a Estratégia de Saúde da Família pode ser considerada uma estratégia facilitadora e estimuladora do processo de ampliação e consolidação das redes de cuidado em saúde, de modo especial nas comunidades socialmente vulneráveis, pela possibilidade de dialogar saberes, trocar experiências e fortalecer a autonomia dos atores sociais, sejam eles profissionais e/ou usuários. Porém, este processo não é uma prática linear e pontual, é um processo gradual, que se dá através da integração de uma visão sistêmica e intermediada pela multiplicidade de relações e interações que interferem positivamente na atuação dos profissionais de saúde e na dinâmica dos usuários e famílias⁴.

Assim, para o acesso da população aos serviços de saúde, a Atenção Básica é vista como a porta de entrada do sistema, como o primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo às famílias e à comunidade. A APS é pensada como ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado de saúde, a partir não mais da diretriz da hierarquização dos serviços, mas pela posição de centralidade que lhe é conferida na constituição de redes de cuidado⁵. A atenção básica em saúde que deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e

à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população⁶.

Deste modo, a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades⁷. Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado⁸.

Portanto, é fundamental a implantação de mudanças no processo de trabalho em saúde, buscando mais qualidade dos serviços e capacitação dos profissionais. A gestão municipal deve proporcionar a organização dos serviços de saúde de forma a unificar os diversos níveis de atenção do sistema de saúde, promovendo o acesso e a resolutibilidade da atenção à saúde do usuário. A atenção básica tem um papel fundamental neste processo, pois é a responsável pelo cuidado longitudinal do usuário em todos os setores que ele percorrer.

O desastre do dia 27 de janeiro de 2013 em Santa Maria – RS

O desastre do dia 27 de janeiro de 2013, ocorrido na cidade de Santa Maria/RS, foi considerado em âmbito mundial o segundo maior incêndio do mundo ocorrido em uma boate considerando o número de vítimas fatais e feridos. Ocorreram incidentes parecidos, que foram o incêndio na casa noturna Cocoanut Groove, em Boston – EUA em 1942, com 492 mortes⁹ e a danceteria República de Cromañon, em Buenos Aires – ARG em 2004, com 194 mortes¹⁰ em sua maioria jovens.

Este desastre culminou em 242 mortes, além de inúmeras vítimas. A definição de vítima no caso do desastre é ampla. De acordo com a Organização das Nações Unidas¹¹ vítima é uma pessoa que “individual ou coletivamente, tenha sofrido danos, inclusive lesões físicas ou mentais, sofrimento emocional, perda financeira ou diminuição substancial de seus direitos fundamentais, como consequências de ações ou omissões”. Neste caso específico do desastre de Santa Maria, considera-se vítimas todas as pessoas que foram ou se sentem atingidas pelo incidente, foram as vítimas: os sobreviventes, os familiares e amigos dos mortos, os trabalhadores que atuaram frente ao desastre, tanto no resgate e no trabalho com os corpos no Centro Desportivo Municipal quanto na atenção às demais vítimas, população do município que se sentiu afetada de alguma maneira, seja direta ou indiretamente pelo desastre¹².

Além das vítimas fatais do desastre, também existem sobreviventes, familiares e demais pessoas que tiveram suas vidas impactadas com o ocorrido. Estas pessoas

necessitaram, e necessitam ainda, de cuidados clínicos e psicossociais. 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 readaptação¹².

O incêndio afetou jovens oriundos de diversos lugares do país, devido ao estudo ou trabalho, e que são transitórios nesse município. Para conseguir coordenar o cuidado e realizar acompanhamento longitudinal, é necessário uma equipe de saúde presente no território e que seja responsável por essa família, garantindo o acesso aos serviços da rede, criando um vínculo com o usuário, tornando-se um profissional de referência, alguém que esta família possa contar quando necessitar de um auxílio.

Os serviços públicos de saúde existentes no município e que foram responsáveis pelo atendimento das vítimas do desastre são apresentados na tabela a seguir:

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

O desastre ocorrido em Santa Maria demandou de uma organização para os atendimentos das vítimas e famílias, que ocorreram em três momentos: O atendimento emergencial, clínico e psicossocial, fornecendo assistência logo após o incidente. Após essa fase, ocorreu o período de transição e a organização da rede para o acompanhamento das vítimas. Assim, foram criados serviços especializados de referência para as vítimas do desastre e foi realizado um cadastramento das mesmas pelo Ministério da Saúde, para que as vítimas tivessem o seguimento do seu tratamento. A última fase consiste no acompanhamento

e cuidado longitudinal a essas vítimas e o planejamento das ações a médio e longo prazo¹³.

Destas questões surgiram novos serviços e reorganizaram atendimentos dos já existentes, a nível de atenção secundária e terciária de saúde a fim de suprir a demanda proveniente deste incidente. O sistema de saúde do município recebeu auxílio 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. A partir dessa nova necessidade, foram criados serviços como o Acolhimento 24h, os Grupos de Trabalho de Matriciamento, o Centro Integrado de Atenção às Vítimas de Acidentes- CIAVA e, ainda que não vinculada à rede municipal, a Associação de Vítimas da Tragédia de Santa Maria (AVTSM)¹².

A partir dessa nova realidade, a APS teve um papel fundamental e precisou reorganizar seu processo de trabalho para atender as demandas que surgiram após o ocorrido, pois muitos sobreviventes tiveram sequelas físicas e emocionais, sendo necessário um acompanhamento longitudinal. O presente trabalho tem o objetivo de compreender a atuação das equipes das unidades básicas de saúde com Estratégia de Saúde da Família como coordenadoras do cuidado das vítimas atingidas pelo desastre do dia 27 de janeiro de 2013, a fim de identificar as estratégias de cuidado e os desafios encontrados.

Método

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, que buscou verificar como se estabeleceu o processo do acolhimento das vítimas e a coordenação do cuidado das mesmas a partir da demanda identificada pelos serviços de saúde. 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.

A pesquisa consistiu em um estudo de abordagem qualitativa que utilizou a metodologia da pesquisa-ação, que, 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 envolvidos¹⁴. Esta metodologia foi escolhida por possibilitar aprimorar a prática ao passo em que se investiga a respeito dela¹⁵.

Para investigar como as unidades de Estratégia de Saúde da Família se estruturaram

para identificar e coordenar o cuidado da população atingida pelo desastre foi utilizado o método de entrevista semi-estruturada padronizada com roteiro. A entrevista foi gravada, sendo realizada por um entrevistador, e após foram transcritas minuciosamente.

Segue abaixo o roteiro utilizado nas entrevistas:

- SERVIÇO:
- Nome do entrevistado:
- Região Administrativa:
- 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 sentimentos 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 usuários 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. Participaram desta pesquisa 24 pessoas que atuam nos serviços que atenderam às demandas das vítimas do desastre do dia 27 de janeiro de 2013. Foram analisadas para esse artigo 16 entrevistas que atuam 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, Centro Integrado de Atenção às vítimas de Acidentes (CIAVA) e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Destas dezesseis entrevistas, dez foram respondidas pelo enfermeiro do serviço, duas pelo médico, duas por técnicos de enfermagem, uma por fisioterapeuta e uma por agente comunitário de saúde.

Foi utilizada a Análise de Conteúdo para a análise do material obtido com entrevistas abertas semiestruturadas, mais especificamente a Análise da Enunciação. Este tipo de análise busca conseguir, através da análise lógica, sequencial e análise dos elementos atípicos do texto, a compreensão de seu significado¹⁶.

As entrevistas após 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 Minayo¹⁶.

A partir dos dados obtidos pelas entrevistas separou-se em categorias a fim de proporcionar uma discussão e reflexão sobre os temas: Cenário da ABS em Santa Maria, A APS frente às necessidades do desastre de 27 de janeiro de 2013, Desafios da atenção as vítimas a longo prazo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Cenário da ABS em Santa Maria

As unidades básicas de saúde com Estratégia de Saúde da Família têm como fundamentação filosófica e teórica os princípios do SUS. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, reafirma que a ESF favorece uma reorientação do processo de trabalho das equipes de atenção primária, amplia a resolutividade e o impacto na situação de saúde da população e propicia uma relação custo- efetividade favorável. Ainda afirma a importância dos fundamentos e diretrizes essenciais para uma atenção de qualidade, dentre eles o território adscrito, para permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, trazendo impacto para os determinantes da saúde que fazem parte deste território e desta população específica, em consonância com o princípio da equidade¹.

O município de Santa Maria localiza-se na região central do Rio Grande do Sul e tem uma população aproximada de 260 mil habitantes¹⁷ pertence à região administrativa da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), constituída por 31 municípios¹⁸. A cobertura da atenção básica do neste município é de 49,63 % e com a presença de Estratégia de Saúde da Família somente 21%, sendo a atenção primária à saúde constituída por catorze Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e catorze com estratégia de saúde da família, além de cinco unidades distritais¹⁹.

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 improviso representado pelas unidades de saúde. Isto não colabora para nenhum cuidado longitudinal, porque fere o princípio que é do vínculo. Se tu troca o profissional, se tu troca, é, se tu não tem profissional, tu não vai ter a capacidade de estabelecer vínculo com ninguém e aí o cuidado se perde (Serviço Especializado 1).

As unidades de saúde do município sofrem ainda o desgaste do processo de diversos contratos de profissionais, dificultando o vínculo com a população local, que são essenciais para o acompanhamento longitudinal das famílias adscritas no seu território. Portanto, observa-se que estas unidades não oferecem cobertura total da população da cidade, demonstrando o amplo contingente populacional que se encontra sem o atendimento de suas

necessidades. Desde a implantação do Programa de Saúde da Família, as equipes percebem a falta de integração entre diversos setores do município para resolução dos problemas de saúde dos usuários. Além disso, o sistema de referência/ contra- referência é precário e apresenta muitas fragilidades, sendo a principal queixa dos profissionais até nos dias de hoje, pois não há o retorno do paciente para os cuidados necessários no nível de atenção básica, proporcionando um cuidado resolutivo²⁰.

Além disso, têm-se que a APS deve ser a base da rede em saúde, por considerar-se que deve ter o maior grau de descentralização; ser resolutiva, utilizando diversos modos de cuidado individual ou coletivo; coordenar o cuidado, através do acompanhamento dos projetos terapêuticos singulares e organização dos fluxos dos usuários; ordenar as redes conforme as necessidades de saúde da população de sua responsabilidade¹.

Porém, em Santa Maria, as unidades básicas ainda não conseguiram efetivar a coordenação do cuidado, devido a diversas fragilidades existentes no sistema que não tornam o fluxo de serviços e a linha de cuidado percorrida pelos usuários de forma clara e efetiva. Além disso, os encaminhamentos para as especialidades referenciadas não possuem retorno para a unidade de referência, ou seja, não existe uma referência e a contra-referência, e quando é feita, é de forma precária, através de meios de contatos pessoais e não por fluxos pré estabelecidos.

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. Eu me incomodava muito com aquilo, porque essa conversa, essa ligação da rede, não tinha uma rede, só tinha um furo grande. Porque ponto de ligação não tinha nenhum, muito menos ligado os pontos. Era uma rede com um furo enorme, porque não se conversavam (UBS 5 e 6).

Desta forma, o sistema de saúde municipal trabalha com escassez de recursos humanos e uma rede ainda em construção, que ainda há de ser estruturada pela gestão. No meio destas fragilidades, este sistema de saúde teve que se adequar a demanda imediata do desastre do dia 27 de janeiro de 2013, a fim de suprir as necessidades da população.

A APS frente às necessidades do desastre de 27 de janeiro de 2013.

O desastre do dia 27 de janeiro de 2013 trouxe diversas demandas ao município de Santa Maria e região. A saúde local não estava preparada para atender as necessidades dessas famílias e em tamanha proporção. As principais demandas geradas foram de atendimento emergencial, físico ou psíquico, pois estas pessoas precisavam de um acompanhamento clínico devido a fumaça inalada e queimaduras em diversos graus. Além disso, o trauma

gerado por participar de um incêndio onde vitimou muitos jovens trouxe um impacto psicológico muito grande a maioria dos sobreviventes, e também a perda de amigos e familiares, que afetou não somente os sobreviventes, mas todas as pessoas que estavam ligadas a estas 242 vítimas.

Desta maneira, o impacto do desastre evidenciou alguns aspectos positivos para a saúde pública de Santa Maria. Um desses aspectos foi a evolução na forma e capacidade de assistência da saúde mental que ganhou espaço notável após o desastre.

Pois eu acho que este evento da Kiss ele mudou a visão da gestão em saúde mental porque ela foi pressionada. Com certeza, foi pressionada. Porque se a saúde mental é hoje o que é, a transformação que ela sofreu, do zero que ela era, para o que ela é hoje, infelizmente foi só porque aconteceu o desastre da Kiss, se não, não teria acontecido nada disso (UBS2).

No entanto, algumas situações que foram evidenciadas, demonstraram fragilidades no sistema de saúde durante esta pesquisa, como a falha da comunicação interprofissional e com a gestão do município. Esta comunicação foi muito importante durante os atendimentos as pessoas atingidas pelo desastre, devido a grande necessidade de encaminhamentos a diversos pontos da rede, precisando haver um fluxo entre os três setores da saúde: primário, secundário e terciário.

Devido as diversas demandas que surgiram após o desastre, foi necessário reorganizar e implementar novos processos de trabalho, a fim de adequar as necessidades atuais de Santa Maria. Sendo assim, é função das unidades básicas de saúde fazer o acompanhamento longitudinal destes usuários que estão adscritos em seu território, fazendo o seguimento destes usuários que recebem atendimentos em outros setores da rede. Além disso, a unidade deve reorganizar seu processo de trabalho a fim de receber o matriciamento, a fim de discutir-se como se dará o cuidado levando em conta suas necessidades. Deste modo, para este processo ocorrer de forma clara e com a participação de todas UBS, realizaram-se reuniões, para efetivar rede de cuidado a essas vítimas.

Mas, eu acho que teve o apoio da gestão de certa forma, de como eles se configuraram, foi tudo meio turbulento, tudo muito [pausa] do dia pra noite as coisas aconteciam, do dia pra noite nos chamavam pra reuniões pra organização e tu tinha que dar um jeito de ir, de sair. Então com a estrutura do serviço aqui ficava um pouco complicado mas a gente procurou se revezar para poder sair, para poder fazer essas visitas. Acho que no decorrer que isso foi se organizando, que a rede começou a se organizar, ficou mais tranquilo, até para a gente, com o apoio, não é? (UBS 4).

Assim, elaborou-se o Acolhimento 24 horas a fim sanar principalmente os problemas de saúde mental, fazendo os encaminhamentos devidos que o serviço não atendesse. Primeiramente foi um serviço emergencial, que contava em sua maior parte por profissionais da rede municipal voluntários, e atualmente, este serviço possui diversos profissionais por regime de contrato municipal com prazo determinado.

Portanto, o Serviço de Acolhimento foi fundamental no atendimento as vítimas, pois era a principal referência que as unidades básicas de saúde tinham. Neste sentido, a APS teve que reorganizar-se para atender essa demanda, ressaltando-se a função de ser resolutiva, pois quando as necessidades do usuário vão além da sua capacidade, esta tem o dever de encaminhar ao serviço que possa ser resolutivo neste momento, e no caso destas vítimas, a maior parte dos encaminhamentos foi feito para o Acolhe saúde, sempre com o intuito de acompanhamento das mesmas.

A contratação de todos esses profissionais que foram contratados para o acolhimento, o matriciamento que hoje existe nas unidades, que não existia, a aproximação da saúde mental com atenção básica, com as unidades básicas, não existia (UBS 2).

Assim sendo, foi notório o esforço da gestão e dos profissionais em elaborar uma rede que funcionasse para atender essa nova demanda que surgia em tão pouco tempo e que o município teve que fazer o atendimento, prestando a assistência adequada. Os profissionais e a gestão fizeram o possível para que todos recebessem a assistência adequada.

O trabalhador conseguiu se organizar de forma rápida. Conseguiu ter uma ação, uma ação definitiva para que as coisas seguissem o rumo que seguiram. Inclusive essa, o acolhimento 24hs que ficou depois do desastre, que foi muito importante, que ainda existe até agora e acho que vai continuar existindo por um tempo, foi uma coisa que ajudou muito (UBS 2).

O avanço no campo da saúde mental foi muito evidenciado de forma resolutiva, pois a mesma entrevistada da UBS 2 afirma que antes do desastre do dia 27 de setembro não havia comunicação entre CAPS e unidade básica. E ainda afirma que na unidade dela, não se sabia nem o endereço no CAPS, muito menos como era feita a distinção entre eles. Tal fato demonstra a falta de conhecimento dos serviços da rede de saúde e a falta da elaboração de um fluxo.

A comunicação da atenção básica com a saúde mental foi essencial nesse processo, a fim de identificar o território de cada família e sua unidade de referência, com o intuito de fazer um cuidado longitudinal e holístico, proporcionando comunicação entre todos os profissionais responsáveis pelo seu cuidado. Notou-se necessário a efetivação do matriciamento para as unidades aonde tinha-se vítimas, a fim de auxiliar as equipes de como trabalhar com isso em visitas domiciliares e dentro da própria equipe. Para a efetivação do mesmo, as equipes tiveram que organizar-se para receber esses profissionais, que eram de diversas profissões, envolvendo assistência social e psicólogos.

Portanto, o matriciamento é o novo modelo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada. Pode ser entendido como um suporte técnico especializado ofertado a uma equipe interdisciplinar a fim de ampliar seu campo de

atuação e qualificar suas ações. No contexto de saúde de Santa Maria, é uma construção deste modelo entre a equipe de saúde mental para qualificar as ações da atenção básica²¹.

Portanto, os novos processos de trabalho que surgiram após o desastre não afetaram somente os serviços secundários e terciários, mas também a atenção básica. Para os profissionais da rede básica terem a responsabilidade de coordenador do cuidado, eles devem se sentirem sujeitos deste processo, elaborar juntamente com a gestão como poderia organizar esse modelo de trabalho conjunto, empoderando a rede básica e descentralizando os serviços, a fim de facilitar o acesso aos usuários.

Porque na verdade tem que ver, tem que analisar o que cada familiar e sobrevivente necessita, como acho que a gente fez né? É direcionar, porque nem todos pensam da mesma maneira, nem todos vão agir da mesma maneira [...] Os serviços no geral contemplaram, mas ele poderia especificar um pouco mais. Mas isso se o próprio poder público, a prefeitura, a secretaria, investisse nisso. Porque o que eu sinto que nós enquanto unidade, a equipe, a residência, né? A gente pensou assim. Nós vamos fazer alguma coisa. Mas não teve nenhuma motivação maior por parte da secretaria [...] Eu vejo que a coisa anda ainda porque a equipe, e quando eu falo equipe eu englobo a residência junto né? Ela se preocupou com isso e direcionou as ações para isso. Mas não acho que o município tenha feito isso (UBS 8).

O relato refere que este profissional se sentiu sujeito deste processo e não esperou pelo município ordenar como deveria agir, pois percebeu enquanto equipe de saúde da família, que era necessidade dessa família ter o cuidado da unidade de referência. E que apoio do município foi emergencial para as unidades, onde se teve apoiadores que vinham prestar uma ajuda a equipe para auxiliar no cuidado às vítimas, mas em longo prazo, quem cuidou mesmo foi a equipe de referência das unidades básicas.

Além disto, para a efetivação da longitudinalidade do cuidado com estas vítimas nas ESFs, a atuação multiprofissional é fundamental, visando a efetividade do modelo assistencial, pois quando ela não se dá, as ações são prejudicadas, podendo ser oferecida ao usuário uma assistência fragmentada, impedindo que este tenha uma relação interpessoal com toda a equipe, e assim o cuidado longitudinal fica a cargo de poucos profissionais, ou mesmo esse cuidado não acontece²².

Neste ponto, a Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria colaborou com a assistência longitudinal as vítimas deste desastre em virtude de estarem inseridas na prática de alguns serviços da rede. O que também, de certo modo, apesar das fragilidades do sistema de saúde, forçou a formação de um fluxo entre atenção primária e secundária, em especial a saúde mental, que foi muito requisitada devido ao grande impacto do desastre.

É importante salientar que é diretriz da Política Nacional da Atenção Básica, a coordenação do cuidado integral, pois todos os profissionais são responsáveis pelos usuários

do seu território, independe do serviço que ele necessite, podendo ser nesta unidade ou em outros pontos da rede. É da responsabilidade do profissional o cuidado com o usuário e toda sua rede familiar, assim como garantir seu atendimento resolutivo e de qualidade em quaisquer pontos da rede, independente se tiver maior ou menor apoio municipal, ao mesmo tempo em que, com incentivo da Secretaria Municipal de Saúde, esse trabalho torna-se mais claro, pois a maior parte dos profissionais da rede não possui preparo e qualificação para as demandas oriundas de um desastre deste porte relatadas pelos próprios entrevistados.

Para as UBS realizarem um cuidado específico e efetivo, devem-se levar em conta as necessidades que esta família apresenta, pois como já foi relatado, Santa Maria é uma cidade de universitários e com alta rotatividade, o que pode afetar de alguma forma o vínculo com esta família. As equipes de saúde tiveram que organizar alguns aspectos do seu processo de trabalho e um dos pontos básicos foi fazer uma busca ativa na área a fim de identificar as famílias de vítimas para verificar se estavam recebendo assistência, buscando ofertar os serviços de saúde, proporcionar um acolhimento humanizado e uma escuta qualificada. As famílias foram afetadas de formas distintas, e não foram todas que procuraram o serviço imediatamente após o desastre. Devido a isso, a equipe de saúde deve fortalecer o vínculo com o usuário oferecendo os serviços, proporcionando o acesso deste à unidade de forma livre, respeitando o seu tempo e a sua vontade.

A gente não pode estar sendo invasivo numa situação dessas. Eu pedi para a agente de saúde que ela oferecesse a unidade, e ela foi, disse que a unidade estava a disposição para tudo que precisarem. Para orientar vocês, para conversarem, para medicar, instruir, enfim, qualquer coisa. E a agente comunitária foi lá e fez isso. Mas nunca vieram por esse motivo [...] Eles curtiram entre eles o sofrimento, não quiseram dividir com ninguém, e não acessavam nenhum tipo de ajuda e não comentam sobre o assunto (UBS 2).

Neste sentido, o cuidar origina de uma interação entre sujeitos com o intuito de amenizar o sofrimento. Assim sendo, o cuidar é estar presente, ser referência, é estar ouvindo com o objetivo de amenizar a perda do ente querido. No entanto, as práticas de saúde encontram limitações para satisfazer as complexas necessidades de saúde. A humanização e a integralidade no cuidado em saúde são estratégias alternativas para a organização destas práticas, como: o projeto de vida, a construção de identidade, confiança e responsabilidade são os traços principais a serem considerados na compreensão das interações entre profissionais de saúde e pacientes e como pontos-chave para a reconstrução ética, política e técnica do cuidado em saúde²³.

Deste modo, o entendimento que se faz a respeito de necessidades quando estamos trabalhando as organizações de saúde não é fácil de ser discutido. Estas necessidades podem ajudar os trabalhadores, as equipes, os serviços e a rede de serviços a fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam cuidados em saúde, tomando suas necessidades como centro de suas

intervenções e prática⁵.

Desafios da atenção as vítimas á longo prazo

No contexto do desastre de 27 de janeiro, necessitou-se de serviços a fim de suprir as demandas oriundas das vítimas, com o objetivo de realizar um cuidado integral. Assim, a estrutura dos serviços emergenciais, foi elaborada pela gestão a fim de suprir as demandas, que em sua maioria tinham cunho psicológico. Mas com o passar do tempo, a vida tem ir voltando as atividades diárias, tentando retomar o cotidiano, mesmo que de uma forma diferente. Para poder fazer essa retomada, essas vítimas necessitam de um acompanhamento em longo prazo, pois as demandas vão surgindo ao longo dos meses e anos, e cada um na sua especificidade, ao seu tempo vai produzindo sintomas que buscam auxílio de saúde a fim de suprir suas necessidades. Para isto, o sistema de saúde enfrenta desafios para atingir esse cuidado ideal.

A gente escuta de relatos, assim, de pessoas que precisam agora de acompanhamento que estão entrando na vala geral do SUS, tanto da coordenadoria, como um todo. Então foi feito um efeito imediato, e depois? Essas sequelas são para o resto da vida muitas, não é, e são pessoas que vão entrar e a gente sabe a demora de tudo isso, então essa parte eu achei péssimo, e não foi uma história que a gente ouviu, não é, foram várias,...Então isso eu acho péssimo, porque se se formou uma estrutura de imediato, tudo bem, tem uma estrutura para o desastre, para o atendimento inicial, mas eu acho que tem que se pensar a longo prazo. Isso é uma coisa a ser pensada, acho que não pode ser esquecida pelo MS, por todo apoio que eles deram, isso tem que ser mexido, porque se ficar como está vai ser complicado (UBS 4).

A longitudinalidade, considerada a característica central da APS, é entendida como o aporte regular de cuidados por parte da equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo. O principal meio de realizar cuidado longitudinal é a equipe conhecer o usuário inserido em seu contexto, com suas características sociais, econômicas e culturais. Ela se desenvolve no momento em que a equipe de saúde serve como fonte de atenção contínua, independentemente de existirem ou não problemas específicos relacionados à saúde ou ao tipo de agravo, e é estabelecida quando o usuário procura uma unidade de saúde da família (USF) e com ela estabeleça uma relação que perdure por longo de tempo⁶.

Assim sendo, para realizar um cuidado integral deve-se partir do princípio que a unidade de referência do paciente, no seu território, é quem deve ser a responsável pelo cuidado. Neste ponto, o profissional da UBS 5 e 6 afirmou que ser contra a centralização do serviço Acolhe Saúde, devido a levarem em conta o processo de descentralização dos serviços, favorecendo o vínculo com a equipe de referência no território adscrito da UBS.

O Acolhe Saúde não vai cuidar de 250.000 pessoas que nem é Santa Maria. Ela tem que voltar para o seu território, e quem tem que dar este acompanhamento é o território onde ela está inserida[...] Ele deu conta em um primeiro momento, mas agora, a longo prazo, que poderiam estar conversando com as unidades,

entrando em contato, formando um vínculo maior, eu não vejo isso. Eu acho que muita coisa não precisa estar centralizado no Acolhimento. Pode ser descentralizado para as unidades e as unidades darem conta, lógico que com apoio. Só que isso não funciona e a rede completamente desestruturada. E fica cada um fazendo o seu trabalho, cada um no seu espaço, sozinho e se precisa encaminha e vai. Aí tu nem sabe se a pessoa foi, ainda mais se ela vai voltar (UBS 5 e 6).

Devido a isso, os serviços estando mais próximos do território e com profissionais onde já existe um vínculo, o acesso do paciente aos serviços que necessita se torna possível, proporcionando a resolutibilidade que o usuário busca. Por isso, apesar de todo esforço dos profissionais em fazer com que a rede aconteça, os profissionais entrevistados relataram que ocorreu uma fragmentação das ações desenvolvidas para a elaboração desta rede de cuidado, e um elemento chave para esta fragmentação que ocorreu no atendimento a essas pessoas foi a comunicação entre os profissionais e entre os diversos setores de saúde da gestão municipal,

A falta de comunicação que ocorre não se dá especificamente no casos dessas vítimas, é nos serviços em geral. Para construir um cuidado integral é um desafio da gestão municipal efetivar a rede de referência e contrarreferência, que demonstrou sua fragilidade no desastre, pois principalmente nos primeiros meses pós desastre eram feitos encaminhamentos das pessoas adstritas nas UBS, referenciando em sua maior parte ao Acolhe Saúde e não tinham uma contra- referência, do que tinha acontecido com o paciente, se ele continuava em tratamento, como ele estava, enfim o desfecho da referência, e acabava se perdendo a continuidade da assistência á esta pessoa devido a falta de comunicação.

Outra percepção acerca dos encaminhamentos percebida nos trabalhadores da atenção básica, é que somente duas unidades básicas referiram encaminha-los para o CIAVA, que é responsável basicamente pelos atendimentos clínicos e foi intitulado o coordenador da atenção as vítimas deste desastre, não realizando a contrarreferência. Isto pode ser explicado devido a falta de integração deste serviço com outros estabelecimentos, o que reflete no cuidado fragilizado que este usuário recebe. Portanto, faz-se necessário a atuação conjunta entre os três setores de saúde do município, proporcionando um cuidado longitudinal, visando á integralidade do sujeito.

Os processos de referência e contra referência atuam, nesse contexto, como mecanismos facilitadores para a ordenação do trajeto do usuário nos serviços. A fragilidade do processo produz uma quebra na linha de cuidado que deve começar com a unidade de referência, que deve ser a coordenadora do cuidado, no território da família da vítima em questão²⁴.

Conforme o processo ordenador de ações preventivas, curativas e de reabilitação a linha de cuidado, que incorpora a idéia 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. Desta forma, 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. Porém, 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 usuários²⁵.

Eu acho que nós enquanto município a gente deveria sentar, isso que a gente não fez, sentar para ter uma linha de cuidado com essas pessoas [...]. Só que nós enquanto trabalhadores servidores municipais a gente não conseguiu fazer isso. Senta e então tá, o ministério traz isso, o estado traz isso. O que nós vamos construir a partir disso para abrigar essas pessoas, de hoje em diante (UBS 8).

Para colocar as linhas de cuidado em prática há a necessidade de um pacto entre a gestão e as unidades de saúde, de acordo com a rede de saúde regionalizada. Torna-se preciso um acordo de funcionamento feito por todos, com um fluxo bem estabelecido com os que coordenam as unidades básicas, além do apoio da rede de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços de urgência, e hospitalares, assim como outras áreas da secretaria de saúde²⁵.

Porém, conforme o relato de uma UBS há essa falta deste diálogo entre os profissionais, o que também é uma fragilidade da gestão, de quem controla todo esse processo, de como organizar esse rede de saúde. Pois as fragilidades não envolvem somente os profissionais, é pela própria forma que são articulados os serviços.

[...] Acho que não tá fechando com a idéia de que pelo menos eu tenho do que teria que ser uma rede de atendimento a essas vítimas (UBS 9).

A rede que se forma e as ações assistenciais fazem com que uns encontrem potência em outros. As relações originam a partir de pactuações que ocorrem entre as equipes de saúde, e são resultado de tensões e conflitos que se produzem no ato do manejo do cuidado, ou a partir de acordos constituídos de forma amigável; Com isso, qualquer membro de uma equipe de saúde pode fazer suas conexões com outros trabalhadores e formar “linhas de cuidado” em diferentes direções, promovendo um autocontrole da rede de cuidados que vai se esboçando a partir daí. A possibilidade de captura dessa rede depende da aderência que os próprios trabalhadores se impõem, pois o trabalho em sí lhes fornece grandes possibilidades de criação e invenção na ação cotidiana de produção do cuidado²⁵.

Assim, o cuidado e o suporte á essas vítimas deve existir de curto a longo prazo, e enquanto for necessário. A coordenação desse cuidado deve ser regida pela atenção básica devido ao vínculo e proximidade que os profissionais possuem com esta família, visando suprir as necessidades de saúde que possuem, com uma linha de cuidado efetiva e ativa na rede de saúde de Santa Maria.

Portanto, a atuação da atenção primária em saúde torna-se essencial para um cuidado efetivo e a longo prazo, proporcionando a assistência longitudinal durante todo esse processo

de luto, buscando sempre a resolutibilidade, e utilizando dos princípios da acessibilidade, tornado-se porta de entrada do sistema, e por ser a equipe de referência, que possui um vínculo com as famílias por prestar a assistência no território.

Considerações Finais

Os resultados deste estudo forneceram contribuições para entendimento das ações de saúde, que devido ao desastre, causaram diversas modificações nos processos de trabalho dos serviços assistenciais de saúde do município, reorganizando os serviços existentes e criando novos a fim de suprir os cuidados necessários a esta demanda distinta de qualquer outra, com necessidades que vão além de aspectos físicos. A atuação rápida da gestão em organizar os primeiros atendimentos as vítimas do desastre foi fundamental, destacando o papel do profissional de saúde, apoiadores e voluntários, proporcionando conforto aos familiares em um momento de sofrimento.

O surgimento do Acolhe Saúde foi fundamental a fim de ter-se uma referência para o cuidado psicológico aos sobreviventes e familiares, que precisavam de um acolhimento e uma escuta qualificada, a fim de tentar amenizar a sua dor. Concomitantemente, as demandas físicas foram referenciadas ao CIAVA, porém os relatos evidenciaram que existe pouco contato com o mesmo, havendo pouca comunicação entre atenção básica e CIAVA.

A superação para as famílias do impacto que este desastre gerou em suas vidas e em seu elo familiar vai durar longos anos até conseguir se estabelecer. O suporte ofertado pelo município, e em especial pela estratégia de saúde da família, buscou, dentro dos seus limites e fragilidades atender as demandas das famílias deste desastre. O esforço dos profissionais, buscou proporcionar um cuidado integral e humanizado, a fim de proporcionar conforto e uma melhor qualidade de vida.

A atenção básica de Santa Maria possui diversos desafios que foram evidenciados através das demandas surgidas do desastre. A fragmentação da rede de assistência demonstrou de forma clara a precariedade do processo de comunicação entre os setores de saúde e entre os profissionais, inviabilizando a referência e a contra- referência do usuário.

Para a efetivação da APS como ordenadora da rede-participar efetiva processos serviços é necessário a implantação de uma linha de cuidado, com um fluxo pré-estabelecido, com o cuidado compartilhado entre os profissionais que o usuário acessar na rede, com o retorno dos encaminhamentos, efetivando o processo de referência e contra- referência, proporcionando que a equipe de referência alcance um cuidado integral e longitudinal, atingindo as reais necessidades das famílias adscritas no seu território.

Referências Bibliográficas:

- 1-Ministério da Saúde (BR). Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
2. Almeida ES, Castro CGI, Lisboa CA. Distritos sanitários: concepção e organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP; Série Saúde & Cidadania, 1.1998.
3. Passos JP, Ciosak SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em unidade básica de saúde. Rev. Esc. Enferm. USP, 2006; 40(4):464-8.
4. Backes DS, Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A, Marchiori MT, Koerich MS. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. Ciência & Saúde Coletiva, 17(5):1151-1157, 2012.
5. Cecílio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2893-2902, 2012.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
7. Merhy E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy E, Onocko R. (org). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, pp. 197-228, 1997.
8. Franco T.B. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; Hucitec, 2004. 2a. edição; São Paulo, SP.
9. The Cocoon Grove disaster. Lancet 243 no. 6268 (February 19, 1944): 252.
10. Korstanje M.: *Cromaion. La Tragedia Contada por 19 sobrevivientes. RATTI, E. y TOSATO, F. Buenos Aires, Planeta. 2006. "The Cocoon Grove disaster." Lancet 243 no. 6268 (February 19, 1944): 252.*
11. 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.
12. Hospital Universitário de Santa Maria – UFSM. Plano De Estruturação Emergencial Do Centro Integrado De Atendimento Às Vítimas Do Incêndio Em Santa Maria – CIAVA. Santa Maria, 2013.
13. Rio Grande do Sul. Secretaria faz balanço das ações de socorro e acompanhamento dos feridos na boate Kiss. Assessoria da Secretaria Estadual de Saúde. Portal do estado do Rio Grande do Sul. 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 31 de janeiro de 2014.

14. Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-ação. 14ª edição. Cortez Editora. 2005.

15. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa, v. 31, n. 3, p. 443-466, São Paulo, 2005.

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

17. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <HTTP://cod.ibge.gov.br/cip>. Acesso em 31 de janeiro de 2013.

18. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadorias Regionais. 4ª CRS (Santa Maria). Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/lista/161/4%C2%AA_CRS_\(Santa_Maria\)](http://www.saude.rs.gov.br/lista/161/4%C2%AA_CRS_(Santa_Maria)). Acesso em 10 de julho de 2013.

19. Santa Maria. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Nota Técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica. 2013

20. Santa Maria. Conselho Municipal de Saúde. Avaliação e Acompanhamento da Implantação da Estratégia de Saúde da Família em Santa Maria - RS - Relatório da Comissão do CMS de Santa Maria. Santa Maria, 2005.

21. Ministério da Saúde (BR). Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, DF. 2011

22. Baratieri T, Marcon S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. Esc Anna Nery Rev Enferm, 15(4), 802-10.2011.

23. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface comunic. Saúde Educ. 2004; 8 (14): 73-91.

24. Fratini J.R.G; Saupe R; Massaroli A. Referência e Contra Referência: Contribuição para a integralidade em saúde. Cienc. Cuid. Saúde, 2008.

25. Franco T.B; Magalhães Júnior H.M; Merhy E. E. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Mehry, E.E.(Org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, p. 125-34, 2003.