

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

**O PROCESSO DE TRABALHO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE FRENTE A DESASTRE DE INCÊNDIO EM
CASA NOTURNA**

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

Mariane Pergher Soares

**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 -

**O PROCESSO DE TRABALHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE FRENTE
A DESASTRE DE INCÊNDIO EM CASA NOTURNA**

Elaborado por
Mariane Pergher Soares

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:

**Prof.^a Ms. Taísa
Gomes Ferreira**
(UFSM)-Presidente

**Prof.^a Dr^a Beatriz
Unfer (UFSM)**

**Enf^a Esp. Laura Taís
Loureiro Simas (SMS)-
Suplente**

Santa Maria, 18 de março de 2014.

O PROCESSO DE TRABALHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE FRENTE A DESASTRE DE INCÊNDIO EM CASA NOTURNA

RESUMO: O desastre ocorrido no município de Santa Maria/RS consistiu em um incêndio em uma casa noturna que culminou em 242 vítimas fatais, além dos sobreviventes, familiares e demais pessoas atingidas direta ou indiretamente. Estas pessoas necessitam de cuidados de saúde, físicos e psicossociais, o que demandou uma organização abrupta e sem precedentes da Rede de Atenção à Saúde para atender à essas necessidades. Este artigo resulta de parte de uma pesquisa integrada que investigou como ocorreu a organização dos processos de trabalho dos serviços de saúde. Para isso, foram realizadas entrevistas com 22 trabalhadores dos diferentes serviços de saúde que atenderam as vítimas. Após a análise dos dados, foi possível identificar potencialidades dos processos de trabalho após o desastre, bem como algumas fragilidades na organização e constituição de rede, além de discutir possíveis soluções para as mesma.

Palavras-chave: Processo de Trabalho; Trabalho em Saúde; Desastre; Rede de Atenção à Saúde.

ABSTRACT: The disaster occurred in the city of Santa Maria, RS, Brasil consisted of a fire in a nightclub that reached 242 deaths, besides survivors, relatives and other persons directly or indirectly affected. These people need health care, physical and psychosocial, which required an abrupt and unprecedented organization of the public health care system. This article results from part of an integrated research that investigated how the organization of work processes in health services occurred. Interviews were conducted with 22 workers of different health services where victims were attended. After analyzing the data, it was possible to identify potential work processes after the disaster, as well as some weaknesses in the organization and establishment of network and discuss possible solutions.

Keywords: Work Process; Health Work; Disaster; Health Care System.

INTRODUÇÃO

A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde constituem um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. Sendo assim, faz-se necessário a reflexão crítica e contínua sobre esses processos. Quanto mais complexo e quanto menos sistematizado for o processo de trabalho, o que é característico dos serviços de saúde, mais difícil será refletir sobre ele (Faria et al, 2009).

Para refletir sobre o processo de trabalho nos serviços de saúde, é necessário entender a sua definição. Segundo Marx (1867 p. 150), “os elementos simples do processo de trabalho são: a atividade orientada a um fim ou o trabalho mesmo, seu objeto e seus modelos”. Portanto, o trabalho é um conjunto de ações realizadas por um ou mais agentes com a finalidade de modificar um objeto para obter o produto esperado.

Em relação ao campo da saúde, este processo de trabalho refere-se à prática dos trabalhadores no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde (Peduzzi; Schraiber, 2006). Nesse caso, o objeto a ser modificado não é uma matéria-prima bruta e sim a construção de certas condições para os indivíduos que acessam esse serviço. Sendo assim, podemos dizer que o objeto do processo de trabalho em saúde são as necessidades de saúde de uma população. No entanto, essas necessidades não são constantes, pois variam de acordo com as mudanças históricas e sociais, incluindo os processos de trabalho que lhes correspondem e que estão em sua origem.

Frente a essas mudanças, os agentes do trabalho, ou seja, os profissionais de saúde, podem tanto reproduzir as necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam para atendê-las, bem como criar espaços de mudanças onde são geradas novas necessidades. (Schraiber; Nemes, 1996; Mota; Amaral, 1998; Peduzzi; Schraiber 2006). É possível afirmar então que serviços de saúde além de atenderem as necessidades, também podem criá-las (Mishima et al., 2003).”

Momentos históricos, como os desastres provocados pelo homem, podem proporcionar grandes mudanças e reflexões a respeito do processo de trabalho, bem como evidenciar as fragilidades existentes nos processos internos dos serviços e na relação destes com a Rede de Atenção à Saúde. O desastre ocorrido em Santa Maria/RS consistiu em um incêndio em uma casa noturna que ocasionou 242 mortes

e trouxe consigo questionamentos acerca do processo de trabalho dos seus serviços de saúde, que já vinham se operacionalizando com fragilidades e tiveram uma necessidade maior de organização após o ocorrido.

Caracterização do município de 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 (Brasil, 2010), havendo uma grande parcela de estudantes universitários e militares advindos das mais diversas localidades do país. 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.

Caracterização do desastre e suas vítimas

O desastre de incêndio em uma casa noturna no município de Santa Maria/RS, comparado com ocorrências mundiais semelhantes, é o segundo maior incêndio do mundo ocorrido em uma boate considerando o número de vítimas fatais e feridos. 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 jovens. 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).

A definição de vítima no caso deste desastre é ampla. De acordo com a Organização das Nações Unidas (1985), 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”.

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. Portanto, consideramos vítimas todas as pessoas que, direta ou indiretamente, foram ou sentem-se atingidas pelo incidente.

Caracterização da Rede de Atenção à Saúde do município

Nesta cidade situa-se a sede da 4^o Coordenadoria Regional de Saúde, que abrange 32 municípios da região. Este município conta com uma Rede de Atenção à Saúde composta por catorze unidades básicas de saúde tradicionais, catorze unidades de estratégia de saúde da família, cinco unidades de saúde distritais, um Centro de Testagem e Aconselhamento (Casa 13 de Maio), um Centro de Referência para Tuberculose, um Pronto Atendimento Municipal, um Laboratório Municipal de Análises Clínicas, um Centro de Diagnóstico Especializado (Nossa Senhora do Rosário), o Centro de Especialidades Odontológicas, um Hospital Municipal (Casa de Saúde) com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em anexo, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Ambulatório de Saúde Mental, e um serviço de Acolhimento 24horas, um Centro Integrado da Saúde e Bem Estar Social (CISBES), além da rede de serviços suplementares contratualizados pelo município. Santa Maria ainda é sede do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), recebendo além da demanda do município, a demanda da região para serviços de média e alta complexidade.

A partir da compreensão de que as necessidades de saúde são inconstantes e relacionadas aos processos históricos e sociais, considerando as características do desastre ocorrido, surgiu a necessidade de compreender como os serviços de saúde se organizaram em seus processos de trabalho frente a situação de desastre de incêndio em casa noturna. Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo descrever como os serviços de saúde, tanto os existentes no município quanto os criados após o desastre, se organizaram para o atendimento das vítimas.

METODOLOGIA

Esta pesquisa consistiu em um estudo de abordagem qualitativa que utilizou 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).

Concomitantemente à coleta de dados, os pesquisadores atuaram diretamente nos serviços que atenderam as vítimas, bem como do processo de organização que ocorreu nas primeiras semanas após o desastre. Esta atuação ocorreu através da carga horária prática do curso de pós-graduação em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas abertas semiestruturadas padronizadas, com roteiro que abordou as seguintes questões: quem foram as vítimas que o serviço acolheu; como o serviço respondeu às demandas dessas vítimas; como o entrevistado identificou as etapas percorridas no atendimento a essas pessoas; quais foram os sentimentos do entrevistado em relação ao trabalho desenvolvido na atenção às vítimas; como o entrevistado percebeu os serviços ofertados após o desastre; como o entrevistado descreveria a circulação dos usuários no serviço; e se o entrevistado entende que existe comunicação entre os serviços e como ela ocorre.

As entrevistas foram realizadas nos serviços de saúde, em sala privativa, com o mínimo de interrupções. Estas foram gravadas em dispositivo de áudio e, posteriormente, transcritas para análise.

Foram entrevistados 22 profissionais que atuam nos serviços que atenderam às demandas das vítimas, sendo um profissional por serviço, com exceção de duas unidades básicas de saúde na qual o responsável por ambas era a mesma pessoa. Cada profissional entrevistado foi designado pelo próprio serviço.

As profissões dos entrevistados variaram entre enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, psicólogos e fisioterapeutas. Os serviços que concordaram em responder as entrevistas foram as catorze UBS com Estratégia de Saúde da Família, cinco Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Acolhe Saúde, Matriciamento em Saúde Mental, Centro

Integrado de Atendimento a Vítimas de Acidentes (CIAVA) e Associação de Vítimas (AVTSM).

A análise dos dados obtidos com as entrevistas foi realizada utilizando a metodologia da análise do conteúdo (Minayo, 2010), mais especificamente a análise temática ou categorial, que consiste no desmembramento do texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos analógicos. A categorização dos dados foi feita de acordo com os componentes do processo de trabalho em saúde: a) o objeto (necessidades e demandas das vítimas do desastre); b) os meios de trabalho (organização dos serviços para atender às demandas); c) o agente (profissional e trabalhador de saúde).

ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO

A partir dos acontecimentos do incêndio em uma casa noturna, compreende-se que os serviços de saúde necessitaram se organizar em seus processos de trabalho para atenderem esta demanda inédita no país, devido ao número de vítimas fatais e feridos bem como o perfil destas vítimas.

Os serviços públicos de saúde que atenderam as demandas das vítimas são apresentados na tabela a seguir:

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

NÍVEL DE ATENÇÃO	Nº	SERVIÇOS
<i>Primário</i>	14	Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família
	14	Unidades Básicas de Saúde Tradicionais
	5	Unidades Básicas de Saúde Distritais
<i>Secundário</i>	4	Centros de Atendimento Psicossocial
	1	Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador
	1	Acolhe Saúde *
	1	Serviço de Matriciamento em Saúde Mental *
	1	Centro Integrado de Atendimento a Vítimas de Acidentes (Anexo ao HUSM) *
<i>Terciário</i>	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 de incêndio em casa noturna

Foram realizadas entrevistas com 22 profissionais que atuaram atendendo às vítimas do desastre. A partir dessas entrevistas, foi possível identificar relatos que foram categorizados a partir dos componentes do processo de trabalho.

O Objeto

A finalidade a que se destina um trabalho é o que rege todo seu processo. Em saúde temos como objeto a produção do cuidado e as necessidades de saúde de uma população, as quais são determinadas ou condicionadas pela evolução histórica e social das comunidades (Faria, 2009). Ou seja, os acontecimentos históricos determinam novas necessidades e os serviços necessitam organizar-se em seus processos de trabalho para as solucionar.

O desastre de incêndio em casa noturna foi 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.

[...]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 partir dessa compreensão da dimensão do desastre, devemos considerar que as necessidades dessa população sofreram mudanças drásticas. Muitos dos sobreviventes sofreram sequelas devido à intoxicação exógena e exposição ao fogo, sendo necessário o acompanhamento ambulatorial posterior. Ressalta-se que nem todas as complicações tardias que estas condições podem provocar são conhecidas ainda, exigindo um acompanhamento a longo prazo. É importante também levar em consideração as múltiplas consequências, tais como as mais variadas sequelas físicas e emocionais, problemas sociais, dificuldades econômicas e de readaptação. (HUSM/UFSM, 2013).

Ao considerarmos o perfil populacional e das vítimas, o acompanhamento longitudinal constitui um desafio para o sistema de saúde. De acordo com Baratieri et al. (2011), a longitudinalidade possibilita ao sistema de saúde um maior reconhecimento das necessidades dos usuários, otimizando o processo através da redução de custos e de hospitalizações, melhor prevenção e promoção da saúde, e maior satisfação dos usuários. No entanto, esta torna-se possível ao passo em que existe um vínculo entre o usuário e um determinado serviço/profissional.

O desafio ao atendimento longitudinal às vítimas do desastre é a grande dispersão destes usuários. Este desafio se intensifica no momento em que não está disponível uma ferramenta que possibilite a troca de informações entre os serviços de diferentes localidades. Uma solução possível, mas que ainda está distante da realidade do município, são os prontuários eletrônicos, que permitem o controle da informação e a otimização do processo produtivo (Costa, 2011). Esta ferramenta possibilitaria que, aonde o usuário fosse, houvesse acesso ao seu histórico de saúde, permitindo a continuidade do cuidado.

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

A identificação das necessidades da população, no entanto, nesta situação do desastre, se torna um desafio, uma vez que diversas demandas surgiram (queimaduras, intoxicação exógena, traumas físicos, questões psicossociais, entre outros). É importante nesse momento compreender o papel da Atenção Primária no seu papel de reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção (Brasil, 2011).

[...] depende de cada família, por exemplo, tem alguns que já estavam internados em Porto Alegre. Então o nosso acolhimento para eles foi mais esclarecer, falar algumas coisas, colocar o serviço à disposição [...] Cada um teve uma etapa, então foi importante as visitas porque a gente conseguiu identificar em que etapa a pessoa estava, para poder orientar. (UBS 8)

Ressalta-se que os a organização dos serviços de saúde tendo como foco as necessidades da população tencionam uma maior eficiência e resolutividade (Hino, 2009).

O Agente

De acordo com Mishima et al. (2003), o trabalhador de saúde é um indivíduo que, no desempenho de suas funções, expressa não somente as questões objetivas relacionadas às questões técnicas, mas também as subjetividades presentes em sua vida cotidiana, como seus valores e medos. Quando tratamos de uma questão que causa impacto profundo em toda uma sociedade, devemos levar em consideração que o trabalho em saúde é repleto de paradoxos. Este é realizado por pessoas com crenças, valores e sentimentos distintos, os quais podem provocar reações diferentes frente ao problema enfrentado.

[...]na verdade tem um duplo sentimento [...] enquanto ser humano, que é revoltante, que é de muita comoção igualmente, porque a gente é gente também, não é? De sentir, de vivenciar aquilo [...]. (Serviço Especializado 2)

Podemos observar estas reações nos relatos dos trabalhadores vinculados ao município quando perguntados sobre os seus sentimentos em relação ao trabalho desenvolvido na atenção às vítimas. Apesar de alguns entrevistados, como relatado no relato a seguir, considerarem que o preparo existente na profissão e experiências anteriores possibilitaram a atuação neste caso, ainda que estes se sentissem sensibilizados com a situação, outros trabalhadores tiveram dificuldades e sentimentos ambíguos.

[...] eu já estava meio pronto, preparado para fazer isso [...] para mim foi tranquilo, não teve nenhum sentimento [...] mas eu senti pelas pessoas também. (UBS 1)

O sentimento de impotência aparece em alguns relatos, além da empatia com as vítimas. Chama atenção o relato de um dos entrevistados, que considera também o sofrimento do trabalhador na atuação frente às vítimas: “Acho que a gente se tornou

vítima também sabe” (UBS 13). Nesse sentido, identifica-se a necessidade do cuidado também com o trabalhador de saúde.

Nós ficamos responsáveis pelo atendimento das vítimas que foram afetadas pelo acidente por conta do trabalho. Então desde aqueles trabalhadores da boate quanto aquelas pessoas que por conta da profissão auxiliaram no resgate, transportaram vítimas, estiveram envolvidas com o atendimento [...].
(Serviço Especializado 1)

Ainda que exista um serviço de referência, é conhecido que muitas vezes quem cuida do profissional de saúde é a própria equipe na qual ele está inserido, com o apoio mútuo (Azman, 2011).

É importante considerar as condições de trabalho a qual estes profissionais estão submetidos, as quais interferem na maneira como estes se organizam na produção do cuidado. A falta de profissionais do quadro funcional dos serviços, a carência de recursos materiais e a falta de apoio, valorização e incentivo por parte da gestão municipal são algumas das condições de trabalho relatadas nas entrevistas que dificultam o processo.

Bom eu vou falar pelos problemas que eram trazidos para nós. [...] as grandes reclamações eram do intervalo entre uma consulta e outra. Outro problema foi a falta de medicamento, que nos foi dito pela quarta coordenadoria, era um “emperramento” administrativo no processo de compras. Nós intermediamos este assunto, fazendo um ofício para Ministério da Saúde para tentar remediar, mas diria que levou quatro meses para se normalizar, isto para saúde é longo, por que a saúde não espera, o medicamento precisa ser tomado, o atendimento médico tem que ser feito, curativos tem que ser realizados, [...]. (Associação De Vítimas)

Questões elementares colocadas pelos entrevistados, como a falta de profissionais, ocasionam a sobrecarga dos que estão atuando. Quando consideramos que o trabalho em saúde é cooperativo e não acontece de forma isolada (Mishima et al. 2003, p.144), a constituição de uma equipe com recursos humanos minimamente suficientes é essencial. Assim, é possível que um serviço se organize em seu processo de trabalho a fim de suprir as necessidades da população.

[...]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, na organização das unidades de saúde. (Serviço Especializado 1)

O que observamos nos serviços de saúde muitas vezes é o desempenho de funções e procedimentos técnicos repetitivos, excluindo o trabalhador do processo criativo e das decisões sobre o cuidar. Seguem-se normas e fluxos e a individualização do sujeito não é levada em consideração no momento do cuidado, objetificando e subjugando também os indivíduos, como fins para atingir objetivos de produção e consumo (Scholze et al. 2009, p.305).

Ao buscar uma maior eficiência e efetividade dos serviços de saúde, é necessário pensar novas tecnologias e dispositivos. O modelo biomédico ainda existente produz atos desconexos e ineficientes, baseados em tecnologias de alto custo (Malta et al., 2003). Portanto, faz-se necessário aprofundar a discussão sobre dispositivos de gestão e atenção como a atuação em linhas de cuidado e clínica ampliada.

Para a gente conseguir de fato construir um atendimento nos princípios da integralidade é trabalhar em linhas de cuidado e clínica ampliada. (Serviço Especializado 2)

A linha de cuidado incorpora o sentido da integralidade na assistência à saúde, prevê a criação de vínculo entre os usuários e o serviço bem como a responsabilização pelas suas necessidades de saúde (Franco, 2003). Sendo assim, tona-se eficiente ao passo em que utiliza tecnologias leves.

Os Meios

Os meios de trabalho caracterizam-se no modo como o agente atua para transformar o objeto. Constituem os meios a organização dos serviços, as ferramentas utilizadas, os recursos disponíveis bem como a execução propriamente dita (Peduzzi; Schraiber, 2006).

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde, o atendimento às 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).

O cuidado imediato foi realizado pelas unidades hospitalares e de pronto atendimento. Cuidado pode ser definido como “uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica” (Ayres, 2004). Assim sendo, o ato de cuidar implica em uma interação entre dois ou mais sujeitos com o objetivo de aliviar o sofrimento ou o alcançar uma condição de bem-estar.

É importante ressaltar que toda a estrutura criada para o atendimento imediato necessitou de esforços conjuntos de todas as esferas do governo, uma vez que o quantitativo de vítimas superou qualquer preparo existente. Para prestar a assistência imediata, o município teve a colaboração 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

Não existe rede de saúde, seja pública ou privada, preparada para isso. É nós tivemos então na Força Nacional do SUS um aporte tecnológico e de infraestrutura que veio para Santa Maria e deu conta de todas as demandas que esses casos requereram nas primeiras, na primeira semana de acidente [...] 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)

Também constitui-se parte da organização, inicialmente, a identificação destas vítimas. Esta etapa consistiu um desafio para os serviços, uma vez que muitas destas vítimas não estavam habituadas à utilização dos serviços públicos de assistência à saúde.

Teve que se ir atrás do paciente porque ele já tinha se dispersado. Essa tarefa inclusive ela foi uma novidade para o profissional da saúde, porque o profissional da saúde não está acostumado a chamar paciente, ele está acostumado a atender. (Serviço Especializado 1)

Imediatamente após o desastre foi estruturado pelo município, com o apoio de voluntários, um serviço de acolhimento psicossocial que funcionou em caráter de plantão 24h. Este serviço foi e é responsável pela atenção à saúde mental das vítimas. Este também pôde auxiliar na identificação das vítimas que o procuraram, bem como na condução em conjunto com algumas equipes de atenção primária.

[...]foi tudo mapeado, dentro de um pré-matriciamento e foram feitas as visitas, em local das estratégias, das unidades básicas, tudo mapeado nas regiões[...] (Saúde Mental 6)

A associação criada pelas vítimas, com o auxílio de voluntários e organizações como a Cruz Vermelha, prestou uma assistência imediata e também realizou a busca das vítimas. De acordo com Scholze et al. (2009), no processo do cuidado encontramos sistemas sociais nos quais esse ato de cuidar se dá de maneira diferenciada, como a família, a comunidade, entre outros. Diferente dos serviços de saúde, estes sistemas não estão imersos na necessidade de produtividade, agregando a responsabilização e o desvelo necessários ao cuidado. Um destes sistemas sociais de apoio e cuidado mútuo encontrado pelas vítimas do desastre foi a Associação de Vítimas, com o objetivo de unir os familiares e sobreviventes e prestar assistência necessária por meio do trabalho voluntário, dos atendimentos psicológicos e das doações. Não somente com o objetivo de prestar auxílio, esta também busca unir esforços em busca de orientação jurídica.

E aquela tenda montada ali no centro [...] tu ainda vê que tem revolta. E tem muitos que precisam de ajuda e não buscaram o serviço de acolhimento, por nos vincular diretamente a prefeitura, então tem essa revolta, então tem um trabalho que deveria ser feito ainda [...] (Saúde Mental 1)

Este relato refere-se a um local no centro da cidade onde os familiares das vítimas se encontram, recebem manifestações de solidariedade, compartilham seu

sofrimento. Como podemos perceber a partir desta atitude e do relato do entrevistado, existe também uma resistência por parte de algumas vítimas em procurar ou receber os serviços, devido à vinculação destes com a prefeitura. Essa resistência se dá ao fato de muitas das vítimas acreditarem que existe uma parcela de culpa por parte do poder público municipal no incidente.

Concomitantemente com essa atuação imediata, conforme relatado por alguns dos entrevistados que atuam nos serviços de atenção primária, foi realizado o levantamento no território, através da atuação dos agentes comunitários de saúde, para identificar e entrar em contato com as vítimas. Após esse primeiro contato, aquelas pessoas que necessitaram acompanhamento em outros serviços foram encaminhadas.

A gente se organizou com visita. A gente conversou, a equipe, o pessoal da residência, e a gente resolveu fazer visita para o pessoal sobrevivente, e os familiares das vítimas. (UBS 8)

No entanto, foi possível perceber nos relatos dos entrevistados que não houve uma atuação padronizada nos serviços. Ao mesmo momento que algumas equipes buscaram a identificação das necessidades de saúde, outras atuaram com demanda espontânea. Isso se deu devido à falta de coordenação do processo de cuidado a partir da gestão, para que a atuação fosse uniforme.

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)

Em um segundo momento, após o impacto imediato do desastre, iniciou um trabalho para o atendimento ambulatorial. Nesse momento o Ministério da Saúde disponibilizou um formulário para que fosse realizado o cadastro daquelas pessoas que se sentiram vitimadas com o desastre. Foi criado um serviço de referência para vítimas de acidentes localizado no hospital, pactuado com o Ministério da Saúde para prover o acompanhamento dessas vítimas em um período de 5 anos. Este serviço ficou responsável pelo acompanhamento clínico das vítimas, disponibilizando exames, consultas especializadas e tratamentos para as complicações decorrentes da exposição à fumaça e agentes químicos gerados pelo incêndio. Foram realizados

mutirões, para atendimento inicial àquelas pessoas que, até então, não tinham tido acesso aos serviços. A partir desses mutirões, as vítimas foram acolhidas, avaliadas clinicamente e foram encaminhadas para os tratamentos necessários.

Com a criação de novos serviços e com a organização dos já existentes para a atuação frente ao desastre, surgem algumas questões relacionadas à atuação em rede. Uma das problemáticas observadas nos relatos é a comunicação entre os serviços. Dentre os 22 entrevistados, 7 relatam não existir a comunicação, enquanto os demais ressaltam que esta existe mas com fragilidades.

Dizer que não existe [comunicação] seria considerar tudo terra arrasada e não é. [...] E dizer que ela existe de fato também não dá para se dizer. O que existe é uma fragilidade, existe a comunicação, mas numa modalidade muito frágil ainda porque ela depende muito da vontade, da boa vontade do profissional [...] (Serviço Especializado 2)

A comunicação se dá no âmbito da relação interpessoal, não existindo condutas instituídas ou rotineiras. Conforme se faz necessário e de acordo com o entendimento de cada profissional, essa comunicação é atingida, acontecendo mais efetivamente entre alguns serviços do que entre outros.

A necessidade da comunicação entre os serviços demandou estratégias para melhorá-la. Com esse intuito, 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.

Ela tem que voltar para o seu território, e quem tem que dar este acompanhamento é o território onde ela está inserida. Se este território não tem cobertura para ela, fica difícil. E quando tem a cobertura e esses serviços não se conversam, é pior ainda. (UBS 5)

É importante a participação de representantes da atenção básica pois, é no território que o sujeito expressa suas relações e necessidades, do influência dos determinantes sociais em saúde. Considerando os atributos da Atenção Primária, dentre eles a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, temos nesses serviços o

papel fundamental do acompanhamento do sujeito, compreendendo suas necessidades na rede e coordenando seu fluxo nela, por um longo período, especialmente nesse caso, onde as consequências tardias ainda são desconhecidas.

Vale ressaltar que o serviço criado para prover a continuidade do cuidado localiza-se em um ambiente hospitalar, centralizado, que atua em um recorte biomédico da situação de saúde do usuário. O acompanhamento provido por este serviço é essencialmente clínico, através de exames e consultas. Portanto, a atuação conjunta deste serviço com as equipes das unidades básicas de saúde e o acompanhamento do usuário em seu território deveria existir, por serem essenciais para a integralidade do cuidado.

Apesar das dificuldades encontradas na organização da rede após o desastre, alguns avanços puderam ser percebidos. Um dos grandes progressos foi a consolidação dos serviços de Saúde Mental. A partir da demanda gerada pelo desastre, o que vinha sendo construído no campo da saúde mental, como a implantação do matriciamento, por exemplo, encontrou o apoio e incentivo necessários para a sua efetivação. Os entrevistados relatam uma melhora na relação com estes serviços.

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. 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)

Nesse cenário, é importante considerar os dispositivos de apoio e formação profissional na saúde. A atuação da Residência Multiprofissional nos campos de práticas foi notável no que se refere à construção de fluxos e comunicação entre os serviços nesse contexto, especialmente nos campos da Saúde Mental e da Atenção Primária. Essa participação pode ser observada nas entrevistas realizadas nos serviços onde existem residentes inseridos nas equipes, nas quais são relatados o papel do residente na organização, nas atribuições delegadas nas equipes e na

construção dos fluxos. O matriciamento em saúde mental na atenção primária é um dos objetivos alcançados em conjunto com a residência

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. (UBS 8)

Sendo assim, é importante considerar o papel das instituições de ensino na formação e capacitação dos profissionais para atuarem no sistema público de saúde. A integração entre ensino-serviço-comunidade proporciona uma mudança do modelo curativo e centrado em um único profissional para a atuação interdisciplinar e centrado na saúde e qualidade de vida, provendo assim a integralidade do cuidado com os usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as dimensões do desastre de incêndio em casa noturna, foi possível identificar a necessidade de organização dos serviços de saúde para atenderem às demandas das vítimas.

A rede de serviços de saúde não estava preparada para a alta demanda que surgiu, exigindo uma organização abrupta e sem precedentes. É importante ressaltar o papel importante dos apoiadores do Ministério da Saúde e da Força Nacional do SUS na intervenção imediata.

Essa urgência e falta de preparo para situações de desastre expôs algumas fragilidades existentes, como a falta de comunicação e fluxos definidos entre os serviços. A falta de coordenação do processo de cuidado pela gestão municipal, principalmente no que se refere aos serviços de Atenção Primária à Saúde, demandou esforços das equipes para atuarem frente às vítimas, lidando com as dificuldades já existentes como a falta de profissionais, recursos materiais e sobrecarga populacional das equipes. É salientado também a necessidade de cuidado por parte dos profissionais que atuaram frente às vítimas.

No entanto, apesar das dificuldades, pontos positivos puderam ser observados, como a atuação da saúde mental no município, que encontrou no desastre a oportunidade para consolidar suas práticas e expandirem sua atuação, recebendo

reconhecimento dos demais serviços. Também é resultado das necessidades decorrentes do desastre o estímulo à atuação multiprofissional, objetivando a integralidade do cuidado das vítimas. A atuação frente ao desastre encaminhou discussões para a construção de uma linha de cuidado, no entanto é importante ressaltar que não somente no caso das vítimas, mas nas demais necessidades da população essa discussão se faz necessária.

Ainda existem pontos importantes a serem estimulados, como a atuação através das linhas de cuidado, construção de fluxos e instrumentos que facilitem o diálogo entre os serviços. Assim, faz-se necessário a construção de uma Rede de Atenção à Saúde consistente e resolutiva, que permita que o usuário tenha acesso a serviços de qualidade e que permitam a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** Interface, 8(14), 73-92, 2004.

AZMAN, S. **Quem cuida do cuidador?**. Oncogeriatrics, p. 52, 2011.

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.

BRASIL. 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 do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/CIP>> Acesso em: 31 de janeiro de 2014.

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.

ESMERALDO, G.R.D.O.V. et al. **Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário.** Revista de APS, 12(2), 2008.

FARIA, H. P. D. et al. **Processo de trabalho em saúde.** 2009

FRANCO, T.B., MAGALHÃES JÚNIOR, H.M., MEHRY, E.E. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado.** In: MERHY, E.E. et al.

O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, Hucitec, 125-34, 2003.

GONÇALVES, R. B. M. **Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades.** Cefor, 1992.

HINO, P. et al. **Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação.** Rev. esc. enferm. USP (43), n.spe2, 1156-1167, 2009.

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.

KORSTANJE, M. **CROMAÑON. La Tragedia Contada por 19 sobrevivientes.** Buenos Aires, Planeta, 2006.

LIMA, S.B.S. et al. **Memória da enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria–RS.** Texto & Contexto Enfermagem, (4), 557-566, 2005

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.

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

MISHIMA, S.M. et al. **Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/ trabalhador.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 137-56, 2003.

MOTA, A.E.; AMARAL, A.S. **Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social.** A nova fábrica de consensos. São Paulo: Cortez, p. 23-44, 1998.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **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.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. **Processo de trabalho em saúde.** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação do Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. Escola Politécnica de Saúde, Ministério da Saúde, Fiocruz: Rio de, p. 199-206, 2006.

REIS, M.A.S. et al. **A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas.** Interface - Comunic, Saúde, Educ, 11(23), 655-66, 2007.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, 20(2), 438-446, 2004.

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 31 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. Prefeitura Municipal de Santa Maria. Agência de Desenvolvimento de Santa Maria. **Santa Maria.** Gráfica Multipress, 2011. Disponível em: < http://adesm.org.br/wp-content/uploads/2011/11/Revista_Santa_Maria-4ed-port-ing-bx.pdf> acesso em 09 de fevereiro de 2014.

SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. **Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde.** Cadernos Fundap, (19), p. 106-121, 1996.

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, (31), n. 3, 443-466, São Paulo, 2005.