

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE
MESTRADO EM PROMOÇÃO E TECNOLOGIA EM SAÚDE

Lisiane Bernhard Hinterholz

**REDES DE SAÚDE E(M) DESASTRES: CARTOGRAFIAS DA
RESILIÊNCIA EM SANTA MARIA RS**

Santa Maria/RS
2018

Lisiane Bernhard Hinterholz

**REDES DE SAÚDE E(M) DESASTRES: CARTOGRAFIAS DA RESILIÊNCIA EM
SANTA MARIA RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Promoção e Tecnologia em Saúde.**

Orientadora: Profa. Dra. Liane Beatriz Righi

Santa Maria/RS, Brasil
2018

Hinterholz, Lisiane
REDES DE SAÚDE E(M) DESASTRES: CARTOGRAFIAS DA
RESILIÊNCIA EM SANTA MARIA RS / Lisiane Hinterholz.-
2018.
122 p.; 30cm

Orientadora: Liane Beatriz Righi
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2018

1. Assistência à Saúde 2. Integralidade em Saúde 3.
Atenção Primária à Saúde 4. Regionalização 5.
Planejamento em Desastres I. Righi, Liane Beatriz II.
Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da
Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

© 2018

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

Endereço: Rua Santa Cruz, nº 346, Bairro: Centro, Crissiumal, RS. CEP: 98640-000

Fone: 55 99121-9506; e-mail: lisianebh@gmail.com

Lisiane Bernhard Hinterholz

**REDES DE SAÚDE E(M) DESASTRES: CARTOGRAFIAS DA RESILIÊNCIA
EM SANTA MARIA RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Promoção e Tecnologia em saúde**.

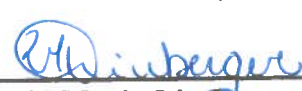
Aprovada em 27 de março de 2018:



Liane Beatriz Righi, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)


Gustavo Nunes de Oliveira, Dr. (UFSCar)
(Efetivo)


Liamara Denise Ubessi (UFPel)
(Efetivo)


Valeria Maria Limberger Bayer, Dra. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, RS
2018

DEDICATÓRIA

Dedico esta Dissertação e todo o meu amor ao meu porto seguro, minha filha Laryssa, maior fonte de inspiração! Minha mãe Claci e meu pai Lauro.

AGRADECIMENTOS

Nesta tessitura, muitas pessoas trilharam caminhos ao meu lado. A estes, que não mediram esforços para compartilhar comigo tantos momentos de crescimento pessoal e acadêmico, reporto-me e agradeço.

*Primeiramente a **Deus**, pois Ele me deu esta força que não tem como explicar, esta que não me deixou vacilar diante das dificuldades foi suficiente para acreditar nos meus sonhos e crer que Ele estava no comando e tinha um plano para minha vida, isso fez a caminhada valer a pena.*

*À linda **Laryssa**, minha filha e meu amor maior. O melhor presente que a vida me proporcionou foi ter-me feito sua mãe, uma menina/mulher encantadora, de uma beleza interior que transborda e a faz mais linda exteriormente. Obrigada meu amor, por me amar incondicionalmente, pelo seu sempre bom senso, pela compreensão, pelos conselhos, obrigada por acreditar em mim. Tudo é por e para você. Te amo!*

*Aos meus pais **Claci (popular Moici)** e **Lauro** pelo amor, carinho, e, principalmente por acreditarem no meu potencial. Obrigada pelos valores que consideraram importantes para transmitir-me e que me fizeram a pessoa que sou hoje. Sou e serei eternamente grata por tudo que vocês dedicaram a mim. Nos seus braços sempre encontrei proteção, um abrigo para todos os momentos. Tenho muito orgulho de ser filha de vocês. Obrigada por tudo. Amo-os muito!*

*Ao **Mateus**, meu genro, por acreditar e apoiar minhas escolhas, por ser luz, iluminando meus passos nos caminhos tortuosos, incentivando-me a seguir firme com meus objetivos para alcançar meus sonhos. E, principalmente por cuidar e amar o amor da minha vida, a Laryssa.*

*Ao meu “namorado” **Raniere**, pela parceria, amizade, paciência, carinho e amor. Por ter-me compreendido em minhas dimensões entre o peito aberto e a alma explosiva, aceitou o meu amor como ele é, foi paciente com minhas inseguranças. Só tenho a agradecer por ter pousado seu voo ao meu lado nesta trajetória.*

*Ao meu irmão **Eduardo**, minha irmã **Anelise** e afilhada **Laura**, obrigada por, mesmo de longe, mesmo sem palavras, acreditarem em mim e me terem como suas fontes de inspiração para a vida e os estudos.*

*À minha professora/orientadora **Liane Beatriz Righi**, pela acolhida em um momento tortuoso, unindo-se a quem sempre acreditou em mim, minha família. Acreditou no meu “Saber, Fazer e Ser”. Acalentando minhas angústias, impulsionando-me para este caminho complexo e desafiador da academia, resgatando-me de um labirinto de incertezas, motivando-me. Dedicou horas, dias, incansavelmente para que eu chegasse até aqui, encerrando mais um capítulo do livro da vida.*

*À colega **Luma**, parceira, amiga, “filhinha do coração”, que me auxiliou muito nesse processo complexo da escrita, coleta de dados, muitas horas dedicadas a mim neste trabalho.*

*Ao **Murilo**, pelos incansáveis auxílios, avisando-me dos prazos e datas, para que eu não perdesse o “vínculo com a Instituição”, rrsrrs. Foste fundamental para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho.*

*Aos meus **colegas/trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS)**, pelas trocas de conhecimentos, desafios e demonstrações de afeto, amizade e parceria na luta para atingirmos os objetivos e princípios do SUS. Principalmente por acreditarem, como eu, em um SUS que funciona, apesar dos nós críticos que também o acompanham. Pela convivência, ensinamentos, troca de experiências e pela irmandade.*

Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente conspiraram para que eu chegasse até aqui.

“Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira-mar, divertindo-me em descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante de meus olhos”.

(Isaac Newton)

RESUMO

REDES DE SAÚDE E (M) DESASTRES: CARTOGRAFIAS DA RESILIÊNCIA EM SANTA MARIA RS

AUTORA: Lisiane Bernhard Hinterholz

ORIENTADORA: Liane Beatriz Righi

O desastre da Boate Kiss aconteceu em janeiro de 2013. Desde então, tecnologias e protocolos têm sido publicados. Essa pesquisa explora características da rede de serviços e da gestão que facilitam ou produzem barreiras ao enfrentamento de desastres de grande dimensão. Os objetivos da investigação foram cartografar a produção de redes de saúde para o enfrentamento dos efeitos do desastre na Boate Kiss em Santa Maria, Rio Grande do Sul; registrar concepções que orientaram a produção de redes de saúde para o atendimento às vítimas do desastre na Boate Kiss; mapear principais pontos de atendimento e (m) suas (des) articulações; identificar condições iniciais e decisões que contribuíram para a resiliência da rede de saúde de Santa Maria; propor estratégias/pistas para que as redes de atenção possam responder às emergências e garantir continuidade do cuidado em situações de desastres. Destacam-se características do atendimento imediato, a criação de novos pontos na rede e a gestão de um hospital público. Metodologia: trata-se de uma investigação qualitativa, participativa, com características da Avaliação de Quarta Geração associadas ao método cartográfico. As principais fontes de informação são entrevistas individuais e coletivas com representantes de grupos com interesses distintos no tema proposto. Temas destacados foram recolocados na roda e integraram entrevistas com os demais representantes. Foram realizadas seis entrevistas e um grupo focal. Estas foram transcritas e analisadas, gerando um texto com a narrativa da assistência ao desastre e outro com as categorias importância do SUS, gestão da rede e cuidado longitudinal. Resultados: o enfrentamento inicial depende mais da capacidade de mobilização, conectividade e recursos da comunidade. O atendimento às vítimas exige visão de complementaridade (no trabalho interprofissional e na rede) e abertura para formas menos hierárquicas de gestão dos serviços (existentes ou novos). O trabalho das várias frentes, a negociação com representantes de várias esferas de governo, a entrada dos interesses privados e das corporações, a inclusão de diferentes perspectivas teóricas, a participação dos voluntários e a proteção à ofensiva da imprensa exigiram metodologias de apoio institucional e outras formas de gestão mais democráticas. Experiência em cogestão foi um importante facilitador. A inexistência de serviços públicos é barreira para a assistência imediata e a fragilidade da atenção básica limita o cuidado longitudinal. Em relação ao hospital público, emergiram novas formas de gestão e de composição entre a Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, coordenadores e equipes assistenciais. Características de gestão mais democráticas, não se sustentaram após a crise e a experiência não é utilizada para enfrentamento de situações do cotidiano.

Palavras-Chave: Assistência à Saúde. Integralidade em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Regionalização. Planejamento em Desastres

ABSTRACT

HEALTHCARE NETWORKS AND (IN) DISASTERS: CARTOGRAPHIES OF THE RESILIENCE IN SANTA MARIA-RS

AUTHOR: Lisiane Bernhard Hinterholz

ADVISOR: Liane Beatriz Righi

The disaster in the night club “Kiss” happened in January of 2013. Since, technologies and protocols have been published. This research explores characteristics of the services network and of the management that help or produce barriers to the facing of big dimension disasters. The goals of the investigation were “to cartograph” the making of healthcare networks to face the effects of the disaster in the night club Kiss in Santa Maria, Rio Grande do Sul; register ideas that oriented the production of healthcare networks to attend the victims of the Kiss club disaster; mapping the main points of attendance and (in) it’s (dis)articulations; identifying the initial conditions and decisions that contributed to the resilience of the healthcare network of Santa Maria; propose strategies/hints so that caring networks can respond to the emergencies and grant continuity of the care in situations of disaster. Are highlighted the characteristics of immediate care, the creation of new points in the network and the management of a public hospital. Methodology: this is a qualitative, participative investigation, with characteristics of the Fourth Generation Evaluation associated to the cartographic method. The main sources of information are individual and collective interviews with representatives of groups with distinctive interests in the proposed theme. Highlighted themes were placed once again in the talk and took part in interviews with the remaining representatives. Six interviews and one focal group were made. These were transcribed and analyzed, generating a text with the narrative of assistance in the disaster and another with the categories Importance of SUS, network management and longitudinal care. Results: the initial confrontation depends more on the capacity of mobilization, connectivity and community resources. The attendance to the victims demands vision of complementarity (in the multi-professional work and in the network) and the opening to less hierarchic forms of service management (already existent or new). The work of many fronts, the negotiation with representatives from many spheres of the government, the entry of the private and corporate interests, the inclusion of different theoretical perspectives, the participation of volunteers and the protection facing the press offensive demanded methodologies of institutional support and other, more democratic, forms of management. Experience in co-management was an important facilitator. The inexistence of public services is the barrier to the immediate assistance and the frailty of the basic care limits the longitudinal care. Concerning the public hospital, new forms of management emerged, composing the Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, coordinators and assistance teams. Characteristics of more democratic management do not stand after the crisis and the experience is not utilized to face day-to-day scenarios.

Keywords: Healthcare Assistance. Entirety in Healthcare. Primary Healthcare. Regionalization. Planning in Disaster.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação sistemática da primeira etapa de análise.....	26
Figura 2 - Planejamento do trabalho de campo e conexões entre as estratégias de pesquisa...	28
Figura 3 - Etapas da análise e interpretação dos dados	30
Figura 4 - Distância entre boate Kiss, Hospital Privado e HUSM	83
Figura 5 - Postulado de Coerência.....	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Exemplo de identificação dos códigos/categorias.....	33
Quadro 2 - Códigos/Categorias criadas a partir do software Atlas.ti®, versão 7.....	34
Quadro 3 - Momentos das narrativas nos quatro momentos do desastre	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVTSM	Associação dos Familiares de Vítimas e Sobreviventes da Tragédia de Santa Maria
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial
CDM	Centro Desportivo Municipal
CIAVA	Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidente
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CV	Cruz Vermelha
DAHA	Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial
DAS	Departamento de Assistência Social
DCE	Diretório Central dos Estudantes
DP's	Dados Primários
ESE	Entrevista Semiestruturada
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FNS	Força Nacional de Saúde
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GF	Grupo Focal
GTAB – R	Grupo de Trabalho Atenção Básica Redes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPS	Hospital de Pronto Socorro
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IML	Instituto Médico Legal
LC	Linha de Cuidado
MEC	Ministério da Educação
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MSF	Médicos Sem Fronteiras
NEPeS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PA	Pronto Atendimento
OS	Pronto Socorro
PNH	Política Nacional de Humanização
POA	Porto Alegre
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina
SES – RS	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

SM	Saúde Mental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TJ	Tribunal de Justiça
TO	Terapia Ocupacional
TPT	Transtorno Pós-Traumático
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVO GERAL	16
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONCEITOS E PROPOSTAS DE IMPLEMENTAÇÃO	17
2.2 LINHAS DE CUIDADO: CONTINUIDADE E INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	20
2.3 REDES NOS DOCUMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	22
2.4 A RESILIÊNCIA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM DESASTRES	23
3 CONDUÇÃO METODOLÓGICA	25
3.1 TIPO DE ESTUDO	25
3.2 CENÁRIO DE PESQUISA E PERÍODO	26
3.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS, PARTICIPANTES E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	26
3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	29
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	29
3.5.1 Caracterização dos informantes e como o GF e as ESE foram processados	30
3.5.2 Como os códigos/categorias foram criados?	32
4 ANÁLISE, DISCUSSÕES E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	36
4.1 PARTE 1 – NARRATIVAS DO ENFRENTAMENTO E RESILIÊNCIAS E (M) REDES DE CUIDADO: O EMPÍRICO APRESENTADO COMO NARRATIVA	36
4.2 PARTE 2 – IMPORTÂNCIA DO SUS, GESTÃO DA REDE E CUIDADO LONGITUDINAL ...	78
4.2.1 Importância do SUS	78
4.2.2 Gestão de serviços de saúde no enfrentamento aos efeitos do desastre na boate Kiss na cidade de Santa Maria: percepção de gestores	85
4.2.2.1 <i>Desenvolvimento fragmentado e paradoxal como barreira à gestão</i>	85
4.2.2.2 <i>Aposta no coletivo: tessituras singulares, produzidas em alta velocidade, o Acolhe Saúde.</i> ..	88
4.2.3 Atenção Básica e Cuidado Longitudinal	97
4.2.3.1 <i>O Fortalecimento da Atenção Básica</i>	98
4.2.3.2 <i>Acolhe Saúde</i>	101
4.2.3.3 <i>O Ciava</i>	102
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICE A – ROTEIROS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS E GRUPO FOCAL	114
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	117
APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	118
ANEXO A – APROVAÇÃO PELO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE DE SANTA MARIA	119
ANEXO B – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO ESTUDO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	120

1 INTRODUÇÃO

As dimensões do desastre na boate Kiss, na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, justificam investigar a produção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), para o enfrentamento dos seus efeitos. O incêndio na casa noturna, ocorrido em 27 de janeiro de 2013, dizimou 242 vítimas, produzindo um dos piores desastres brasileiros dos últimos 50 anos. O fogo que tomou conta da boate alastrou-se através de um material de isolamento acústico, liberando ácido cianídrico e monóxido de carbono, produtos que causam sérias injúrias ao serem inalados. Além disso, muitas vítimas ficaram feridas gravemente, em decorrência da inalação desses gases tóxicos e tiveram queimaduras, pelas chamas que se espalharam pela casa noturna. A maioria das vítimas foram estudantes universitários, com idades entre 18 e 31 anos (CARDOSO; FERNANDES; RIEDER, 2014).

Em entrevista, a Diretora da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), Carissa F. Etienne mencionou a concepção de Sistemas de Saúde com habilidade para o enfrentamento de ameaças e necessidades prementes de uma população. Refere que os sistemas fragmentados agravam a condição de vulnerabilidade de um povo aos perigos externos, impactando no bem-estar e na proteção à saúde, assim como no desenvolvimento econômico e social. Esta finaliza o discurso admitindo, as novas ameaças e necessidades carecem com urgência, prioridade máxima, tornando os Sistemas de Saúde atuais resilientes às mudanças (OPAS, 2016).

Muitas cidades brasileiras enfrentaram efeitos de desastres, são exemplos, Santo Cristo, RS; Blumenau, SC; São Lourenço do Sul, RS; Santa Maria, RS e, recentemente, Chapecó¹, SC. Pouco se sabe a respeito da assistência à saúde após o período crítico, no qual problemas e soluções são mais visíveis. No caso do desastre da Boate Kiss, inicialmente falava-se em um desastre que teria pouco impacto sobre a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), já que sobreviventes e familiares de vítimas fatais recorreriam a serviços privados. Esta hipótese não se sustentou, visto que o mapeamento dos endereços de vítimas, iniciado 36 horas após o desastre, indicava que o número de famílias afetadas, residentes em bairros, não era desprezível, pelo contrário, era a grande maioria².

¹ O projeto do presente estudo foi concluído na semana em que aconteceu o acidente com o avião que transportava a equipe do clube de futebol catarinense, o Chapecoense. Morreram jogadores, dirigentes e imprensa, além dos trabalhadores da empresa aérea. Atentou-se ao tema, observando que não há, nos meios de comunicação, nenhuma referência à rede de saúde de Chapecó, nem a continuidade de atendimento às pessoas atingidas pelo desastre. Na sequência, a equipe do Acolhe Saúde de Santa Maria RS foi acionada para dar suporte ao velório coletivo que aconteceria com a chegada dos corpos à cidade de Chapecó SC. O registro deste evento indica pistas para este estudo.

² Versão desse mapa é capa do livro: “A Integração do cuidado diante do Incêndio na Boate Kiss: testemunhos e reflexões” (MAFACIOLI, et al., 2016).

Portanto, este estudo traz como **tema** *as redes de saúde em desastres* e como **objeto de pesquisa**: *a rede de saúde produzida em Santa Maria RS após o desastre na Boate Kiss: principais características antes do desastre, principais mudanças para enfrentar os efeitos deste, características da rede cinco anos após o desastre, avaliação de diferentes atores sociais, sobre a qualidade da atenção e capacidade de resiliência da RAS*. O problema de pesquisa destaca a seguinte **questão norteadora**: *há características que ampliam, nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a capacidade de absorver choques e adaptar-se às mudanças?*

O encerramento do relatório da pesquisa – com a finalização da dissertação de mestrado, coincidem com as manifestações que marcaram os cinco anos do desastre. A Associação dos Familiares de Vítimas e Sobreviventes da Tragédia de Santa Maria (AVTSM) desenvolveu atividades na praça e promoveu debates sobre os processos judiciais. Destaca-se, no conjunto de atividades, lançamento do livro³ sobre o desastre e a vida depois dele.

Em 21 de janeiro de 2018, foi publicada uma nota do Ministério da Saúde (MS), comunicando o encerramento dos convênios que mantinham a participação do Governo Federal no financiamento do Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidente (CIAVA) e do Acolhe Saúde, serviços criados para atender sobreviventes que são objeto desta pesquisa⁴. Em 23 de fevereiro de 2018, um Jornal da cidade de Santa Maria divulgou a nota do Ministério da Saúde (MS) indicando que não há mais necessidade de reforço na rede:

O MS esclarece que os procedimentos técnicos e operacionais de atenção à saúde das vítimas, familiares e profissionais envolvidos no incêndio na Boate Kiss, em janeiro de 2013, no município de Santa Maria (RS) foram realizados com sucesso, dentro do que estava previsto no Termo de Compromisso assinado por esta pasta. O objetivo era prestar a assistência imediata e especializada aos queimados, o que efetivamente já aconteceu. Vale reforçar que os termos envolvidos na atenção às vítimas e seus familiares, o que inclui o atendimento psicossocial, já integram o rol de serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil, incluindo o município de Santa Maria. Por fim, o MS informa que a decisão de manter os dois serviços de saúde, criados a partir da tragédia, que são o Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidente (CIAVA) e o Acolhe Saúde, compete às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde⁵.

³ O livro: **“Todo o Dia a Mesma Noite”**, de Daniela Arbex, lançado em 25 de janeiro de 2018, durante a programação que marcou os cinco anos do desastre, é uma reportagem que destaca pessoas que trabalharam no atendimento e famílias de vítimas fatais.

⁴ MENDES, R. Serviços de saúde criados após tragédia na Kiss têm futuro incerto. **Gaúcha Zero Hora**, Porto Alegre, 21 jan. 2018. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2018/01/servicos-de-saude-criados-apos-tragedia-na-kiss-tem-futuro-incerto-cjcm6muxb02vh01ph2zbf57r.html>> Acessado em: 18 mar. 2018.

⁵ CERETTA, T. Serviço que nasceu para atender vítimas da Kiss será mantido em Santa Maria. **Diário de Santa Maria**, Santa Maria, 23 fev. 2018. Disponível em: <<http://diariosm.com.br/not%C3%ADcias/sa%C3%BAde/servi%C3%A7o-que-nasceu-para-atender-v%C3%ADtimas-da-kiss-ser%C3%A1-mantido-em-santa-maria-1.2048253>> Acessado em: 17 mar. 2018.

Finalmente, quando se está encerrando a revisão do texto, em 02 de março de 2018, a imprensa divulga a decisão do Tribunal de Justiça (TJ) de que os réus do “caso Kiss” não irão a Júri Popular⁶.

⁶ MACEDO, C. TJ mantém decisão de que réus do caso Kiss não irão a júri. Gaúcha Zero Hora Chamada Geral 2ª Edição, Porto Alegre, 02 mar. 2018. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2018/03/tj-mantem-decisao-de-que-reus-do-caso-kiss-nao-irao-a-juri-cjea0dvvf301qj01qo4sj286uj.html>> Acessado em: 14 mar. 2018.

1.1 OBJETIVO GERAL

Cartografar a produção de redes de saúde para o enfrentamento dos efeitos do desastre na Boate Kiss em Santa Maria, RS.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Registrar concepções que orientaram a produção de redes de saúde para o atendimento às vítimas do desastre na Boate Kiss;
- b) Mapear principais pontos de atendimento e (m) suas (des) articulações;
- c) Identificar condições iniciais e decisões que contribuíram para a resiliência da rede de saúde de Santa Maria;
- d) Propor pistas para que as Redes de Atenção à Saúde possam responder às emergências e garantir continuidade do cuidado em situações de desastres.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Objetivando revelar a RAS utilizada pelas vítimas do acidente na boate Kiss, na cidade de Santa Maria, a fundamentação teórica que dará sustento a esta pesquisa contemplará as questões relativas às Redes de Atenção à Saúde: conceitos e propostas de implementação; Linhas de cuidado: continuidade e integralidade da assistência à saúde; Redes nos documentos do Ministério da Saúde e Resiliência das Redes de Atenção à Saúde em desastres.

2.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONCEITOS E PROPOSTAS DE IMPLEMENTAÇÃO

O conceito de RAS originou-se nos experimentos de sistemas integrados de saúde, surgidos na primeira metade dos anos 90, nos Estados Unidos da América (EUA). Este conceito avançou pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá, até alcançar alguns países em desenvolvimento (MENDES, 2011). Apesar de Dawson (Relatório Dawson, publicado em 1920), um médico, que atuou na I Guerra Mundial, propor pela primeira vez o esquema de redes, organizando os serviços de saúde, àquela época. Este foi nomeado coordenador de uma comissão para traçar planos para o suprimento sistematizado de serviços médicos e afins para a população de uma área definida (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SAÚDE, 2013).

Segundo Mendes (2011), os pontos primordiais das RAS, baseados neste Relatório, citado anteriormente foram, a conexão da medicina preventiva e curativa, o médico generalista tendo o papel central, a Atenção Primária à Saúde (APS)⁷ como porta de entrada para os usuários dos serviços de saúde, a atenção secundária desenvolvida em unidades ambulatoriais e a atenção terciária nos hospitais. Nos sistemas públicos de atenção à saúde da Europa Ocidental, as RAS têm sido inseridas de maneira ascendente (MENDES, 2011).

Em 1993, nos EUA, Shortell já sugeriu sobrepujar a fragmentação vigente nos sistemas de atenção à saúde, por meio do estabelecimento de sistemas integrados de serviços, que conformassem um contínuo coordenado de ações para uma população distinta e determinada. O autor reestruturou o conceito de cadeia de valor na atenção à saúde, substituindo o foco das

⁷ Nesta pesquisa, usamos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), como sinônimos, pois ambas se referem a um conjunto de ações em saúde, individuais e/ou coletivas, que no Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominado de atenção básica à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

condições agudas e conduzindo-o para as condições crônicas, sem desassistir as situações agudas e crônicas agudizadas, o que constituiu dar ênfase às ações de promoção e prevenção de enfermidades e/ou agravos de saúde (MENDES, 2011).

A partir da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, foram instituídas diretrizes para a disposição e efetivação de RAS no âmbito do SUS (BRASIL, 2010). Então, questiona-se por que organizar RAS no SUS? Embora sejam notórios e significativos os avanços obtidos pelo SUS nos últimos anos, desde sua implantação em 1988 com a Constituição Federal, torna-se cada vez mais manifesta a dificuldade em suplantar a instituída fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado na conjuntura atual (BRASIL, 2010).

Neste contexto, a RAS é uma estratégia para transpor a fragmentação da atenção e gestão nas regiões de saúde e aprimorar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a certificar ao usuário o conjunto de ações e serviços que carece de forma eficaz e competente (BRASIL, 2010). Esta se institui arranjos organizativos desenvolvidos por ações e serviços de saúde, com diferenciados desenhos tecnológicos e missões assistenciais, articulados de forma integrada e com base no território (MENDES, 2011).

As RAS são determinadas por distintas densidades tecnológicas, que unidas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado. Sua finalidade é promover a conexão sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção de qualidade, integral, contínua, humanizada e responsável, bem como aumentar o desempenho do Sistema, em termos de equidade, eficácia clínica e sanitária, acesso e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

O modelo hierárquico e piramidal de atenção à saúde atual, balizado nas ações centradas na figura do médico, visando a cura de doenças e configurado com ações e serviços estimados a partir da demanda, tem se mostrado impropriedade para dar conta das necessidades sanitárias vigentes e, insustentável para os dimensionamentos futuros (BRASIL, 2010; MENDES, 2011). O cenário brasileiro é assinalado pela heterogeneidade de contextos regionais com acentuadas desigualdades socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, intensificado pelo alto peso da oferta privada e seus interesses e influências sobre o mercado na área da saúde (BRASIL, 2010).

Permanece o desafio de operar com a complexa relação entre custo-efetividade, qualidade, acesso, escala e escopo, demonstrando a dificuldade do processo de construção de um sistema unificado e integrado no país, como apregoam as leis do SUS. Trata-se de suplantar a histórica fragmentação de ações, serviços, práticas clínicas e programas que suscitam lacunas assistenciais importantes, financiamento público escasso, ineficiência na utilização dos

recursos, minimizando assim, a capacidade do Sistema de prover integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2010).

A inconformidade de modelos de atenção, assinalada pela contradição entre a oferta de serviços e a demanda de atenção, faz com que o SUS tenha contratempos para seguir a tendência de declínio das condições agudas e da ascensão das condições crônicas. A precariedade na gestão do trabalho com o severo dilema da escassez de profissionais em número e precariedade em alinhamento com as Políticas Públicas é outro obstáculo que impede a otimização do desempenho da rede. Agrega-se a isso, a insuficiência dos serviços nos municípios, a baixa inserção da vigilância, especialmente a epidemiológica, e da promoção da saúde no dia a dia dos serviços de atenção, de maneira especial na porta de entrada, a APS (BRASIL, 2010).

Como características das RAS, Mendes (2011), defende a APS como principal porta de entrada do usuário no sistema de atenção à saúde e primeiro ponto de atenção das RAS. Composta de equipe multidisciplinar ela teria competência para coordenar o cuidado e atender às principais demandas de saúde do usuário a ela vinculado com resolubilidade. Nesta perspectiva, a APS garantiria o ingresso regulado aos outros níveis de atenção transversalmente pelas Linhas de cuidado ordenadas (MENDES, 2011).

Corroborando com Mendes (2011), Magalhães Júnior (2014), o então Secretário da Secretaria de Atenção à Saúde do MS, defende a região consecutivamente como base territorial e a APS como o seu núcleo de comunicação e articulação mais vigoroso, induzindo as RAS a serem arranjadas a partir de vários temas da atenção, que têm especificidades no seu modo de estabelecer o cuidado nos distintos patamares tecnológicos (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

Neste sentido, o mesmo autor diz que as transformações no sistema de atenção à saúde necessitarão ocorrer nas seguintes direções, voltar o sistema para a atenção às condições crônicas, fazendo uso veemente da tecnologia da informação/comunicação, suprimindo registros clínicos manuais, promovendo a educação permanente dos profissionais de saúde, coordenando a atenção ao longo da RAS, incentivando o trabalho multidisciplinar e monitorando os processos e os resultados do Sistema. Ainda, a preocupação em buscar ou dar mais visibilidade para temas estratégicos, para que a utilização do conceito de rede contribua mais, e de forma igualmente decisiva, para a superação de dilemas teóricos e operacionais, (exigindo dos entes envolvidos, posicionamento ético, teórico e político), que têm diminuído o ritmo das mudanças, principalmente, na APS (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014; MENDES, 2011).

Foi estabelecido um grande consenso, que inclui o reconhecimento da fragilidade da forma de gestão, a necessidade de conferir maior robustez à atenção primária e o desenho das

redes a partir de temas prioritários (as redes temáticas). É neste contexto que a expressão governança de redes volta ao cenário da gestão em saúde como uma expressão com capacidade para conferir as qualidades necessárias às novas formas de gestão (RIGHI; PASCHE; PAULON, 2017).

A presente investigação parte de pontos de aproximação com o que foi exposto até aqui. Contudo, a proposta de gestão presente, não parece suficiente para o enfrentamento de situações marcadas pela incerteza e complexidade, como nos casos de desastres.

Neste trabalho, seguiram-se algumas pistas produzidas em trabalhos anteriores, quando se identificou limites para o desenho de redes temáticas e problematização da conexão entre redes e território. Righi (2010), p.58 defende que “[...] a rede que interessa para um projeto de ampliação da democracia e de qualificação da gestão e da atenção do SUS não pode se reduzir a articulação de serviços de um entorno funcional, mas valorizar o entorno territorial” (RIGHI, [2010], p.58).

Salientamos que as RAS devem assegurar a flexibilidade necessária para adaptação à realidade de cada território. A produção de RAS é requisito para a produção de saúde e depende da articulação entre serviços e da integração destes com ações de outros setores, perspectivas que estão no campo da ação interdisciplinar ou intersetorial.

Portanto, a relevância deste trabalho está associada a sua capacidade de produzir pistas para intervenções sobre a rede de saúde existente nos territórios, criação de pontos novos e articulação entre eles em situações de desastre.

2.2 LINHAS DE CUIDADO: CONTINUIDADE E INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O conceito de Linha de Cuidado (LC) está relacionado ao de RAS e possibilita destacar aquilo que seriam caminhos ou conexões específicas a determinadas populações ou grupos.

A LC é uma forma de articulação de recursos e práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pela possibilidade de diagnósticos e terapias, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas (BRASIL, 2010).

Neste sentido, o cuidado dos usuários do SUS, deve-se dar contínua e integralmente, isto só será possível organizando o cuidado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a assistência integral de que necessita (MALTA; MERHY, 2010).

A LC deve ser capaz de promover vida saudável e favorecer sociedades saudáveis, especialmente para aqueles que vivem em populações desfavorecidas, prevenir invalidez e mortes prematuras devido às doenças crônicas. As soluções existem, podem ser simples e custo-efetivas. Os tratamentos devem ser eficazes e disponíveis para todos, sobretudo para os mais pobres. A utilização de conhecimentos custo-efetivos necessita ser disponibilizada, facilitando e apoiando o desenvolvimento e sustentabilidade dos cuidados adequados ao longo do ciclo de vida, ao indivíduo, famílias e comunidades de forma equânime. Por fim, deve auxiliar o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado, buscando qualidade (OPAS, 2010).

Funcionando como instrumento de trabalho de gestão e assistência aos trabalhadores em saúde, as LC expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Estas linhas definem as ações e serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014). Segundo Silva; Sancho; Figueiredo (2016), as linhas de cuidado desenham o itinerário terapêutico dos usuários da rede, fornecendo uma referência para prever um conjunto mínimo de atividades e procedimentos necessários e estimar seus custos aos cofres públicos (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

Segundo Cecílio e Merhy (2003), a LC é uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, em um processo dialético de complementação, mas também de disputa, que vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores da saúde (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Segundo os mesmos autores, na gestão, as LC podem orientar os gestores públicos a planejar, programar e avaliar as modalidades de atendimento que o sistema de saúde precisa oferecer à população, os procedimentos necessários como exames e tratamentos, para prevenir e detectar precocemente os agravos à saúde. Quantos e quais tipos de serviços assistenciais os sistemas de saúde locais devem oferecer para o controle dos diferentes agravos à saúde (CECÍLIO & MERHY, 2003).

Como já supracitado, as LC servem de guias ou roteiros para orientar os profissionais da saúde sobre os procedimentos mais efetivos para o controle de morbidades, guardando

coerência com o tipo de serviço de saúde onde atua. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, quais sejam, garantia de recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização, integração e corresponsabilização das unidades de saúde, interação entre equipes, processos de educação permanente, gestão de compromissos pactuados e de resultados (BRASIL, 2010).

2.3 REDES NOS DOCUMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Segundo o Ministério da Saúde (MS), não existe um único modelo organizacional para as RAS, contudo, necessita-se um conjunto de atributos para seu bom funcionamento. Primeiramente uma população e um território definidos para a melhor determinação da oferta de serviços de saúde. Ampla gama de serviços que prestem assistência de promoção, prevenção, diagnósticos, gestão de casos, tratamentos, cuidados paliativos, reabilitação, integrando programas focados em população específica, seus riscos e morbidades, individuais e/ou coletivos. A Atenção Básica (AB) alicerçada como porta de entrada prioritária do sistema e primeiro nível de atenção, organizada com equipes multiprofissionais, cobrindo e atendendo toda a população do seu território de forma a integrar e coordenar o cuidado (BRASIL, 2010).

Neste contexto, as RAS devem ainda prestar os serviços especializados em local adequado, visando a continuidade do cuidado, a coordenação deste e a integração assistencial ininterruptamente, sempre com vistas à população adscrita em seus territórios, suas particularidades de gênero, diversidade e cultural. Um sistema de governança exclusivo para toda a RAS com o intuito de instituir uma missão, visão e estratégias nas coordenações que constituem a região de saúde. Objetivar metas para curto, médio e longo prazo, vinculando às Políticas Organizacionais. Ampliar a capacidade de gestão essencial a um planejamento, monitoramento e avaliação do desempenho institucional (BRASIL, 2010).

Portanto, não são poucas as atribuições de uma RAS, pois a ampla participação social também se faz necessária, assim como a gestão compartilhada, dos sistemas de apoio logístico, clínico e administrativo. Onde haja recursos humanos em quantidade suficiente, competentes, principalmente comprometidos e incentivados pelo alcance de metas da rede. Um sistema de informação que integre os membros desta rede, com identificações específicas dos dados por todas as variáveis pertinentes como sexo e origem étnica. A gestão fundamentada em resultados, a ação intersetorial e abordagem dos determinantes e da equidade da saúde, com financiamento tripartite, garantidos e suficientes para a realização das metas estipuladas da rede

(BRASIL, 2010).

Nessa premissa, para que as RAS deem uma boa resposta à população, a operacionalização destas deve ocorrer pela integração dos seus três elementos constitutivos, onde a população e a região de saúde instituída venham em primeiro lugar, logo a seguir entra a estrutura operacional, (constituída pelos diferentes lugares institucionais onde haja oferta de serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam) e o sistema lógico de desempenho estipulado pelo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

2.4 A RESILIÊNCIA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM DESASTRES

Para garantir que os Sistemas de Saúde possam responder às futuras emergências, absorver os choques e se adaptar às mudanças, os países precisam agir e fazer os investimentos necessários para tornar seus Sistemas de Saúde mais fortes e resilientes⁸. Para Anaut (2005, p. 11),

A resiliência pode definir-se como a capacidade de sair vencedor de uma prova que poderia ter sido traumática, com uma força renovada. A resiliência implica a adaptação face ao perigo, o desenvolvimento normal apesar dos riscos e o domínio de si após um traumatismo.

Nesse contexto, do incêndio na boate Kiss (apesar de não se tratar de desastre “natural”), o termo resiliência será utilizado como sinônimo de capacidade de adaptação às mudanças ou sustentação no tempo, corroborando com vários autores que utilizaram este termo no contexto de desastres naturais como enchentes, inundações, furacões e terremotos (MICHELS; BARROS, 2016; FREITAS et al, 2012). A resiliência é entendida do ponto de vista do processo de mudança psíquica e o resultado deste trabalho em termos de adaptabilidade e de interação com o meio social e psicoafetivo (ANAULT, 2005).

A construção da resiliência deve tornar as sociedades e as comunidades aptas a desenvolverem as habilidades de responder adequadamente aos eventos, monitorá-los, antecipá-los e aprender com os mesmos, fortalecendo sua capacidade de adaptação após os desastres, mantendo um nível aceitável de funcionamento e estrutura para restabelecer-se, recuperar-se e reconstituir-se, não só retornando a normalidade de sua vida cotidiana, como

⁸ A leitura do pronunciamento da Diretora da OPAS inspirou a inclusão do termo resiliência como um adjetivo às nossas redes, qualificando o objeto por definir com maior precisão quais as características da rede, se pretende destacar no estudo cartográfico. Assim, no corpo do trabalho, serão encontradas expressões resiliência da rede, capacidade de adaptação ou sustentação no tempo, como sinônimos.

também em condições ainda mais sustentáveis e seguras do que as anteriormente existentes (FREITAS et al, 2012).

Para Anaut [2005], p. 150 “A resiliência não é sinônimo de invencibilidade nem de insensibilidade, mas remete, pelo contrário, à ideia de flexibilidade e adaptação.” (ANAUT, [2005], p. 150). Neste estudo, será usado o termo resiliência para a rede de atenção à saúde e serão avaliados os processos de mudanças e adaptações na cidade de Santa Maria, tomando como referência o Desastre da Boate Kiss.

3 CONDUÇÃO METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, avaliativa e participativa. Sustentada no conceito de Avaliação de Quarta Geração (GUBA; LINCOLN, 2011) e na perspectiva do método da Cartografia (FRA MAURO IN COWAN, 2000; GUATTARI; ROLNIK, 2011; PASSOS; KRASTRUP; TEDESCO, 2014). Pesquisas reunindo estes dois referenciais são desenvolvidas por diferentes grupos do campo da saúde coletiva brasileira, a exemplo de Campos e Furtado, em 2011.

A pesquisa qualitativa articula cinco características. São estas, o estudo da vida das pessoas, nas condições de vida reais, representação de opiniões e perspectivas das pessoas que participam de uma pesquisa, abrange as condições contextuais em que as pessoas vivem, contribui com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes, que podem ajudar a explicar o comportamento humano e por esforço, por usar múltiplas fontes de evidências (YIN, 2016).

A Avaliação de Quarta Geração e a Cartografia são, nesta investigação, complementares⁹. Da primeira, tomamos a possibilidade de reconhecer diferentes grupos portadores de diferentes interesses em relação ao tema da pesquisa. Da segunda, assumimos a perspectiva da abertura, construção de um plano comum, possibilidade de transversalidade e produção de capacidades de intervenção reconhecendo que, “ter um mundo às mãos é comprometer-se ética e politicamente no ato do conhecimento. É intervir sobre a realidade. É transformá-la para conhecê-la” (KASTRUP; PASSOS, 2014, p. 16).

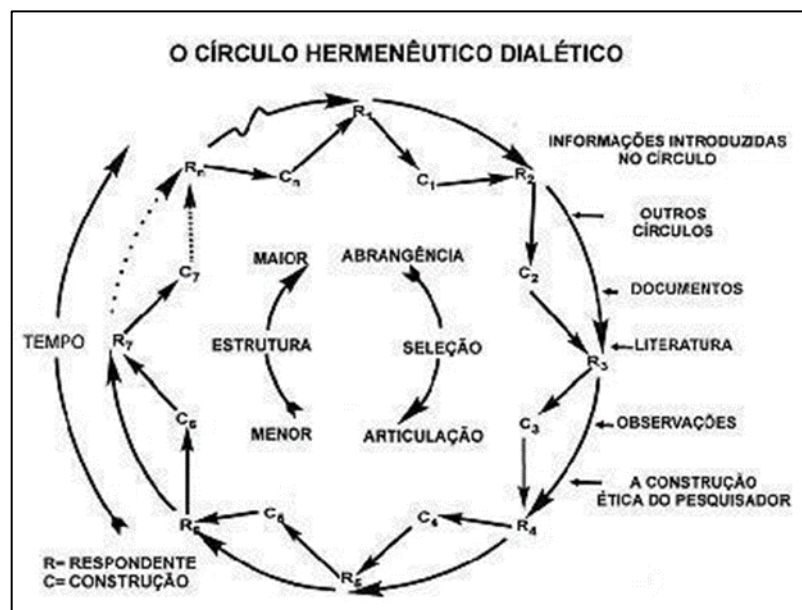
Guba e Lincoln (2011) propõem a Avaliação de Quarta Geração como alternativa às estratégias de avaliação, que denominam gerações de avaliação, a mensuração, descrição e o juízo de valor. A metodologia, denominada investigação construtivista, insere os grupos de interessados (stakeholder), definidos como pessoas ou grupos com interesse no tema objeto da avaliação. Estes grupos inicialmente foram pensados, como preconiza os autores, com os representantes (os formuladores e que desenvolveram as ações que estavam sendo avaliadas), os beneficiários e as vítimas/familiares (simultaneamente quem se beneficia e quem é prejudicado pela ação).

A partir disto, adotou-se um ponto crucial da Avaliação de Quarta Geração, incorporado

⁹ A este respeito ver análise da composição entre estas duas perspectivas em RIGHI, L. B.; HOLZSCHUH, C. G. Cartografia e Hermenêutica nos Enlaces da Pesquisa Participativa. Rev. Polis e Psique, 2018; 8(1): 132 – 143.

ao desenvolvimento desta pesquisa, que diz respeito à forma de buscar informações, com construções singulares a cada grupo de interesse e com a sua inclusão na abordagem aos outros grupos, conforme proposta apresentada pelos autores no que denominaram de círculo hermenêutico dialético (GUBA; LINCOLN, 2011). O quadro abaixo explica a ideia dos autores desta pesquisa:

Figura 1 - Representação sistemática da primeira etapa de análise



Fonte: Guba e Lincoln, (2011, p169).

A utilização do círculo hermenêutico visou ampliar a capacidade de interpretar o fenômeno através do registro simultâneo do entendimento de diferentes grupos de interesse a respeito do tema.

3.2 CENÁRIO DE PESQUISA E PERÍODO

O cenário para a realização da presente investigação foi o município de Santa Maria, situado na região central do Rio Grande do Sul (RS), cidade de médio porte, com população estimada em 2017, em 278.445 habitantes (IBGE, 2017). Pertencente à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), onde ocorreu o desastre na Boate Kiss.

3.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS, PARTICIPANTES E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

As principais técnicas de coleta de dados utilizadas nesta investigação foram Grupo Focal (GF) (BARBOUR, 2009) e Entrevista Semiestruturada (ESE) (OLSEN, 2015). A pesquisa foi constituída por etapas que, em alguma medida, possuíram cronograma e características específicas, mas que não foram isoladas, pois se conectaram e se sobrepuseram.

Procurou-se preservar o processo definido no projeto inicial, onde definimos as seguintes etapas da coleta de dados: a) GF com usuários do SUS/familiares (Grupo de Interesse 1 – GI 1 – beneficiários); b) análise dos dados GI 1; c) grupo focal com trabalhadores/gestores da Secretaria de Município da Saúde (SMS), de Santa Maria (Grupo de Interesse 2 – GI 2 – representantes 1). d) análise dos dados GI 2; e) Entrevistas com Representantes de outras esferas de gestão (Grupo de Interesse 3 – GI 3 – Representantes 2); f) análise dos dados GI 3; g) seminários/oficinas da pesquisa: síntese de reivindicações, preocupações e questões dos diferentes grupos de interesses; h) Análise final; i) Elaboração do relatório¹⁰.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP-CONEP/UFSM) e início das negociações com os grupos, a proposta inicial mostrou-se inviável, pois não conseguimos reunir as pessoas que havíamos identificado como Grupo de interesse trabalhadores/gestores da SMS, do município em questão. Os trabalhadores/gestores supracitados foram escolhidos por integrarem os serviços da RAS municipal, à época do desastre. Este GF foi substituído por duas ESE, uma com trabalhadora desempenhando atividades de gestão na SMS à época e outra, com trabalhadora em cargo de gestão no hospital público, importante serviço local. O motivo de não se manter a ideia inicial do GF, foi a inconsistência de horários dos trabalhadores/gestores municipais, à época da coleta dos dados (outubro e novembro de 2017). A Secretaria Estadual de Saúde (SES-RS), vista inicialmente como um único grupo de interesse, mostrou-se mais complexa e foi desdobrada em três grupos: Governo-Gestão; Gestão-Apoio e Gestão Regional. O quarto grupo, Gestão-Regulação, foi incluído porque suas atividades foram citadas em todas as entrevistas anteriores.

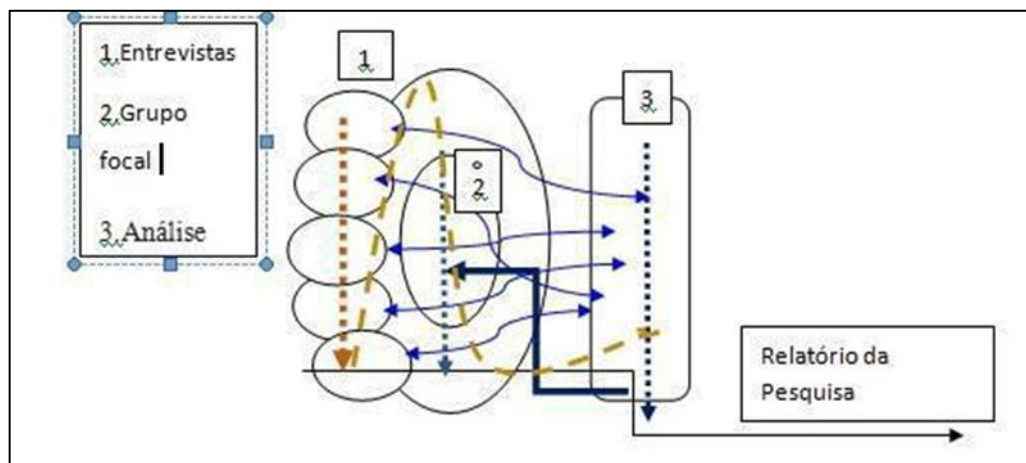
Assim sendo, os onze participantes da pesquisa foram os representantes dos seguintes grupos de interesse: Familiares¹¹ (um Grupo Focal, com quatro pais de vítimas fatais); Gestor/Apoiador SES (duas entrevistas); Gestor Estado Regional (uma entrevista); Gestor Município (uma entrevista); Gestor Estado 1 (uma entrevista); Gestor Estado 2 (uma

¹⁰ Em função de especificidades da situação em estudo, os Grupos de Interesse foram denominados beneficiários, representantes e prejudicados. A opção pela expressão prejudicados em substituição à expressão vítimas, proposta por Guba e Lincoln (2011), deve-se ao fato de que, neste caso, os beneficiários da ação são as vítimas do desastre.

¹¹ O Grupo de Interesse Familiares constituiu-se por quatro pais de vítimas fatais e a caracterização dos mesmos encontra-se no tópico 3.5 Análise dos dados, em Caracterização dos informantes e como o GF e as ESE foram processados.

entrevista); Serviço Local 1 (uma entrevista). O período de realização da pesquisa compreendeu os meses de outubro e novembro de 2017.

Figura 2 - Planejamento do trabalho de campo e conexões entre as estratégias de pesquisa



Fonte: Produção da pesquisadora.

A coleta de dados deu-se a partir da técnica de GF (BARBOUR, 2009) ou “entrevistas de grupo”, que descreve uma abordagem mais comumente referida como “discussões de grupo focal”, que para Barbour (2009), se baseia em gerar e analisar a interação entre participantes, em vez de perguntar a mesma questão (ou lista de questões) para cada integrante individualmente, e um de cada vez, o que seria a abordagem favorecida pela “entrevista de grupo” (BARBOUR, 2009). O GF dos familiares das vítimas da Kiss foi realizado com o auxílio de questões norteadoras que embasaram as discussões (APÊNDICE A).

A pesquisadora teve o papel de coordenar e moderar o GF, elegendo um apoiador como observador, sendo que a equipe pesquisadora reuniu-se para discussão das falas, planejamento de estratégias de intervenção e, de acordo com a necessidade de orientação para a realização do GF. Cabe ressaltar que o encontro teve um guia de temas estruturado contendo o objetivo do GF (APÊNDICE A), a sua operacionalização e o resultado esperado.

A outra técnica de coleta de dados foi a ESE (APÊNDICE A), que para Olsen (2015), tem a característica de usar perguntas no início da entrevista e em momentos onde se deve considerar o tempo e o plano envolvidos, dando ao entrevistador a chance de passar adiante as etapas deste processo. Segundo este autor, a ESE é um método mais sistemático, onde não é criado questionário para ela. Não a planejamos de antemão ao ponto de não haver liberdade no padrão de respostas. A entrevista precisou ter um minucioso controle de tempo e planejamento para assegurar que não se prolongasse demasiadamente (OLSEN, 2015).

A ESE teve o objetivo de construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa,

sendo consideradas conversas com finalidade sendo caracterizadas pela sua forma de organização, como a semiestruturada, no caso desta pesquisa. Esta combinou perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

Tanto para as ESE quanto para o encontro do GF, solicitou-se aos participantes, permissão para a utilização de gravador de áudio e posteriormente, transcrição das falas, pelas próprias pesquisadoras, a fim de assegurar dados na íntegra e garantir a essência das respostas da ESE.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para o desenvolvimento da investigação, foram observados os aspectos éticos, conforme Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Pesquisa, que define o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Foi solicitada a aprovação pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) da SMS - RS (ANEXO A).

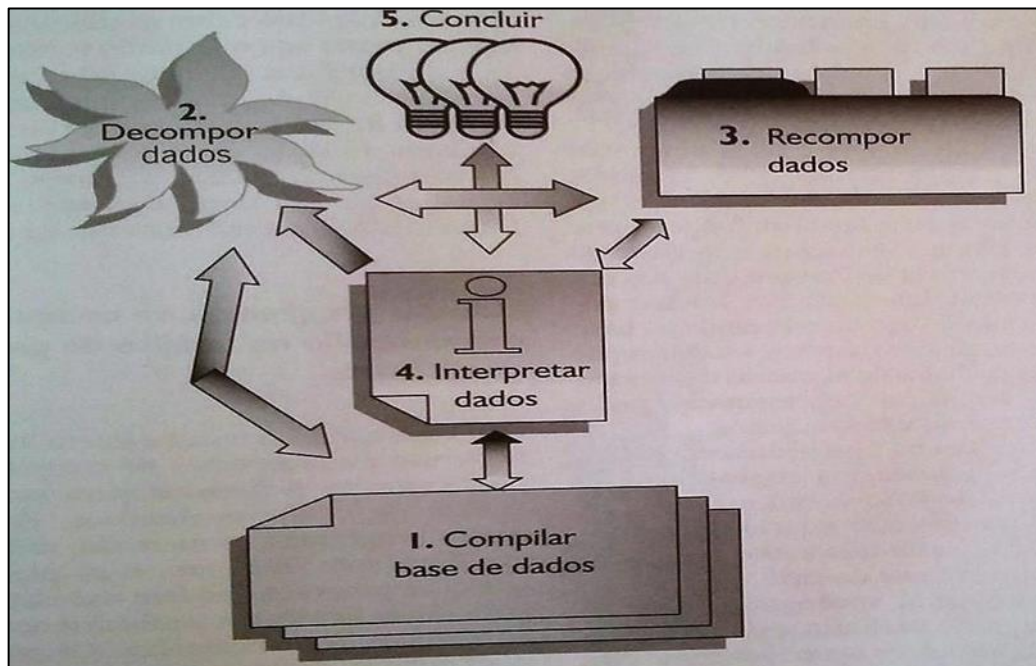
A coleta dos dados, como referido anteriormente - tópico 3.3 técnicas de coleta de dados, participantes e critérios de inclusão e exclusão - na condução metodológica, foi realizada após aprovação do projeto pelo CEP-CONEP/UFSM com CAAE 72952117.6.0000.5346 (ANEXO B). Cada participante da pesquisa assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), o qual foi assinado em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com as pesquisadoras envolvidas na pesquisa, assim como o Termo de Confidencialidade (TC) (APÊNDICE C). Todos os participantes foram esclarecidos sobre o tema da investigação, teor do TCLE e estavam cientes de que poderiam desistir das ESE ou da participação no GF a qualquer momento e sem qualquer prejuízo.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados ocorreu em cinco etapas. A primeira, a compilação de dados e classificação destes, para compor uma base de dados formal, exigindo organização cuidadosa e metódica dos dados originais. A segunda etapa, a decomposição dos dados, em fragmentos ou elementos menores, envolveu um procedimento de codificação formal, com o auxílio do

software Atlas.ti®, versão 7¹². A recomposição (e arranjo) beneficiou-se da capacidade das pesquisadoras identificar padrões emergentes. Diversas formas de criar arranjos de dados ajudaram a revelar tais padrões nessa terceira fase. A quarta etapa, a interpretação dos dados recompostos, ocorreu com as gravações das sete entrevistas e do grupo focal (GF), após, foram transcritas na íntegra, dando origem a sete documentos, os quais foram identificados como Grupos de Interesse, supracitados no tópico 3.3, da condução metodológica. Os nomes dos documentos permitiram a identificação dos Grupos de Interesse, estratégia esta, que facilitou a leitura dos relatórios produzidos pelo software supracitado. A quinta e última etapa da análise dos dados é a conclusão (YIN, 2016). A Figura 3 explicita didaticamente a etapa de análise e interpretação dos dados.

Figura 3 - Etapas da análise e interpretação dos dados



Fonte: (YIN 2016, p. 159).

3.5.1 Caracterização dos informantes e como o GF e as ESE foram processados

A decisão de escolher os informantes a partir da perspectiva da Avaliação de Quarta Geração nos levou a um grupo de informantes que viram/viveram o desastre com (co) responsabilidades distintas.

¹² O Atlas.ti®, versão 7, é um software usado para análises de dados qualitativos de pesquisas científicas. Este, foi adquirido com verba de projeto anterior, coordenado pela orientadora desta pesquisa.

Grupo Focal (Familiares): Por e-mails combinamos o encontro do GF e enviamos convites para os familiares e sobreviventes da AVTSM. Local de realização do GF: Sala onde funciona a AVTSM. O grupo foi coordenado por colega de mestrado. Participantes: quatro familiares de vítimas fatais e duas pesquisadoras.

Primeira entrevista (Gestor Estado 1): Representante da gestão da Secretaria de Estado da Saúde (SES-RS) no período do desastre. Local de entrevista: hotel da cidade de Santa Maria. Participantes: entrevistada, pesquisadora e orientadora.

Segunda Entrevista (Gestor/Apoiador SES - RS): Dois representantes do Grupo Técnico da SES-RS responderam as questões e, por decisão de ambos, a entrevista foi coletiva¹³. Diferenciavam-se do que denominamos Grupo de Interesse Gestor Estadual porque sua participação incluiu atuação direta na constituição de serviços e assistência. A impressão que tivemos é de que o material ficou mais rico/consistente neste tipo de abordagem. Local de entrevista: hotel da cidade de Santa Maria. Participantes: dois entrevistados, pesquisadora e orientadora.

Terceira Entrevista (Gestor Regional): Gestor Regional. Local de entrevista: Respondeu às questões em sua residência. Participantes: a entrevistada, pesquisadora e orientadora.

Quarta Entrevista (Serviço Local): Servidor do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e integrante do CIAVA. Local de entrevista: Departamento de Saúde Coletiva - UFSM. Participantes: a entrevistada, pesquisadora e orientadora.

Quinta Entrevista (Trabalhador/Gestor Municipal): A informante, à época do desastre, atuava na rede municipal. Local de entrevista: Um Café da cidade, onde conseguimos um espaço reservado para a ESE. Participantes: a entrevistada, pesquisadora e orientadora.

Sexta entrevista (Gestor Estadual 2 – Regulação): Pessoa vinculada ao Departamento da SES-RS, responsável pela Regulação. Local de entrevista: Departamento de Saúde Coletiva - UFSM. Participantes: entrevistado e pesquisadora.

Sétima entrevista – (Usuários do SUS, prejudicados e beneficiários): Entrevista coletiva com duas pessoas (um homem e uma mulher) sobreviventes do desastre. Local de entrevista: residência dos entrevistados. Participantes: quatro pessoas (entrevistada, entrevistado, pesquisadora e orientadora).

Na literatura, encontra-se com mais frequência, a referência a entrevistas individuais ou

¹³ Não há referências a este tipo de composição de grupo. Entende-se que o conceito de entrevista coletiva (YIN, 2016), inclui o GF e suas recomendações em relação ao número de participantes, não excluindo a possibilidade de entrevistas com grupos pequenos. No caso, uma reunião com quatro pessoas, em que duas eram pesquisadoras e duas informantes.

grupos focais e o projeto não antecipou a possibilidade de entrevista coletiva com grupos pequenos. Assim, a primeira entrevista com duas pessoas (segunda entrevista da pesquisa) aconteceu sem estar planejada. Contudo, entrevistas com grupos pequenos, são mencionadas.

Segundo Yin 2016, p. 125,

Haverá ocasiões, planejadas ou não, em que você tem a oportunidade de entrevistar um grupo de pessoas. O grupo pode ser pequeno (duas ou três pessoas) ou de tamanho moderado (sete a dez pessoas). Estas oportunidades exigem cuidadosas preparação e resposta de sua parte (YIN, 2016).

A composição do grupo para a sétima entrevista da pesquisa (segunda com grupo de duas pessoas) não foi planejada¹⁴.

3.5.2 Como os códigos/categorias foram criados?

Os primeiros códigos/categorias têm origem na questão e problema da pesquisa, os segundos, coincidem com as questões que foram destacadas pelos participantes do estudo, especialmente aquelas que foram rerepresentadas em entrevistas sucessivas e, finalmente, foram criados estes códigos/categorias na leitura das ESE.

No software Atlas.ti[®], inicialmente foi criada uma unidade hermenêutica denominada REDES, na qual foram lançados os arquivos com os nomes dos grupos de interesse, citados na quarta etapa da análise dos dados. Estes arquivos foram denominados Dados Primários (DP's), como sugere o próprio programa Atlas.ti[®]. A partir de então, procedeu-se à codificação, que deu origem a dezenove códigos/categorias (ver Quadro p. 22), também com o auxílio do referido programa de computador.

Para a análise do conteúdo Bardin (2016, pg. 148), propõe:

Classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir o seu agrupamento é a parte comum existente entre eles. É possível, contudo, que outros critérios insistam em outros

¹⁴ Duas pessoas ficaram sabendo que, no condomínio, alguém estava investigando o atendimento às vítimas do desastre. Então, um jovem e uma jovem se apresentaram dizendo que tinham interesse em saber o que estava sendo estudado. Eram, portanto, representantes do grupo de interesse sobreviventes. Perguntavam: Sabes que somos – dois – sobreviventes? O que você está encontrando? Queres nos ouvir? Neste momento, os prazos para encerramento da investigação estavam esgotados, a data de defesa marcada e a banca formada. Contudo, a situação que se apresentava exigia coerência e testava a consistência da perspectiva metodológica. Realizou-se mais uma entrevista coletiva (com os dois jovens), em 28 de fevereiro de 2018. Este acontecimento reposicionou os outros Grupos de Interesse, pois se tratava de sujeitos que se beneficiam das ações dos outros grupos e, ao mesmo tempo, são prejudicados por decisões, formas de condução do cuidado e gestão da rede. Não foi possível transcrever a entrevista, ela será incorporada, na forma de notas, no texto já em fase de finalização.

aspectos de analogia, talvez modificando consideravelmente a repartição anterior. A categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: O *inventário*: isolar os elementos; A *classificação*: repartir os elementos e, portanto, procurar ou impor certa organização às mensagens.

Se considerarmos os passos propostos por YIN (2016), para a análise de conteúdo, o trabalho foi bastante facilitado pelo programa de computador utilizado. Facilita o isolamento de elementos em códigos/categorias e sua classificação com organização das transcrições.

Quadro 1 - Exemplo de identificação dos códigos/categorias

UH: redes lisiane
 File: [C:\Users\User\Documents\ScientificSoftware\ATLAsTi\TextBank\redeslisiane.hpr7]
 Edited by: Super
 Date/Time: 2018-02-08 16:00:23
P 2: gestão e apoio ses.docx - 2:68 [não só o apoio, de pensar em a..] (40:40) (Super)
 Códigos: [apoio - Família: Apoio primeira] [atenção básica - Família: Atenção Básica segunda] [estratégias de enfrentamento - Família: Estratégias déc nono] [importância do SUS - Família: Import SUS déc segundo]

Fonte: software Atlas.ti®, versão 7.

Neste caso, ao identificar os fragmentos de textos de um código/categoria, o software Atlas.ti® cria relatórios identificando a origem dos fragmentos. Nesse ínterim, ao mesmo tempo em que a pesquisadora realizava a codificação com o auxílio do programa de computador, fazia a análise dos textos impressos em folhas tamanho A4, com o auxílio de marcadores, canetas e lápis, nos espaços para anotações, nas margens direitas destas folhas.

Com estes procedimentos, identificaram-se duas possibilidades que pareciam promissoras, mas excludentes. O Atlas.ti® permitia a visibilidade de códigos/categorias e a criação de relatórios com sequenciamento de fragmentos das falas dos diferentes participantes da pesquisa e abria-se a possibilidade de confrontar diferentes probabilidades. Conforme perspectiva da Avaliação de Quarta Geração, o círculo hermenêutico dialético parecia rodar. Mas, ao mesmo tempo, havia nos textos um fio conduzido pelo tempo, onde as pessoas nos diziam, antes de tudo, que havia o imediato, o impacto do dia do desastre e que havia o pós-desastre. A perspectiva do tempo expressava que “no início, no primeiro ato, no imediato” as competências da RAS não seriam as mesmas que garantiriam a continuidade do cuidado. Enfim, as duas perspectivas se associavam. Não seria necessário fazer uma escolha, o texto não seria

uma coisa ou outra. As respostas à nossa questão central de pesquisa necessitavam do lastro do tempo, de uma narrativa datada, com uma forte marcação do dia do evento. E isso se deve à violência do desastre, mas também ao fato de que nossa pergunta exigia respostas contextualizadas. E assim, as categorias centrais ao trabalho pareciam pousar em momentos delicadamente destacados de outros. Há características que se destacam em cada momento e há outras que parecem contribuir ou atrapalhar sempre.

A categorização dos dados, com o auxílio do Atlas.ti® contribuiu para a análise, facilitando releituras. Contudo, manteve-se até o final da escrita, o contato com os documentos impressos. Retornávamos a eles sempre, pois as entrevistas completas possuem, quando analisadas na íntegra, uma riqueza maior que seus fragmentos.

Isso posto afirmamos a importância da autoria nesta pesquisa. Cada um dos entrevistados (ou, no caso dos usuários, o ator coletivo do GF) é/são autores de suas sínteses e do conhecimento produzido. Assim sendo, deveriam ser identificados para que suas construções fossem conhecidas, reconhecidas e citadas. Pelo tempo e compromissos assumidos em relação ao sigilo e confidencialidade, optou-se pela produção de um relatório de pesquisa sem a identificação dos informantes. Contudo, as transcrições serão devolvidas aos entrevistados, com o objetivo de que resultem em livro. As narrativas revelam com riqueza as conexões que se estabeleceram em cada momento do enfrentamento do desastre.

Como mencionado anteriormente, foram criados dezenove códigos/categorias dentro da Unidade Hermenêutica (UH) denominada REDES, usando o software Atlas.ti®. Estes códigos/categorias foram nomeados de acordo com o enfoque que mais apareceu nos fragmentos das falas dos participantes deste estudo. Os dezenove códigos/categorias geraram relatórios individuais, perfazendo um total de 391 páginas, formatadas conforme as normas do Manual de Dissertações e Teses da UFSM (MDT) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2017). Na tabela a seguir estão relacionadas, em ordem alfabética estes códigos/categorias, o número de fragmentos de falas e o número de páginas dos relatórios individuais.

Quadro 2 - Códigos/Categorias criadas a partir do software Atlas.ti®, versão 7

CATEGORIA	Nº DE FRAGMENTOS DE FALAS	Nº DE PÁGINAS DOS RELATÓRIOS INDIVIDUAIS
APOIO	46	19
ATENÇÃO BÁSICA	38	15
ATRAVRESSAMENTOS EM SANTA MARIA	60	23

CATEGORIA	Nº DE FRAGMENTOS DE FALAS	Nº DE PÁGINAS DOS RELATÓRIOS INDIVIDUAIS
CARACTERÍSTICAS DA REDE	156	56
COLETIVO	46	18
COMPETÊNCIAS DE OUTROS LOCAIS	34	14
CUIDADO LONGITUDINAL	28	10
EFETIVIDADE DO CUIDADO*	10	05
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO	74	30
FATORES QUE CONTRIBUÍRAM	63	23
FATORES QUE DIFICULTARAM	88	33
GESTÃO DO CUIDADO	85	33
IMPORTÂNCIA DO SUS	79	31
JUDICIALIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	15	07
PÚBLICO X PRIVADO	30	11
RELAÇÕES EXTERNAS EM DESASTRES	14	06
RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS	14	16
SAÚDE MENTAL	87	32
TRABALHO DOS VOLUNTÁRIOS	20	09
TOTAL	987	391

Fonte: produção da pesquisadora.

4 ANÁLISE, DISCUSSÕES E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

O capítulo destinado à análise, discussões e interpretação dos resultados foi dividido em quatro momentos evidenciados nas narrativas. Nestas partes do texto, procuramos destacar as barreiras e os facilitadores da RAS no desastre da boate Kiss. Outras duas questões, no nosso entendimento, mereceriam aprofundamento. A primeira é a Importância do SUS, que decidimos apresentar como primeira parte. A outra é a Atenção Básica (AB) em Santa Maria, que nos parece uma questão central ao trabalho e que deslocamos para o final do capítulo. Contudo, estes dois temas aparecerão também nos textos destinados aos diferentes momentos da assistência em saúde.

A primeira resposta ao nosso problema de pesquisa é que há características da rede de saúde que contribuem para o enfrentamento imediato e há características que contribuem para a continuidade do cuidado. Corroborando com Tabucchi ([1999], p. 13 que descreve “Mas se uma coisa que é assim, pode ser, simultaneamente, outra coisa” (TABUCCHI, [1999], p.13).

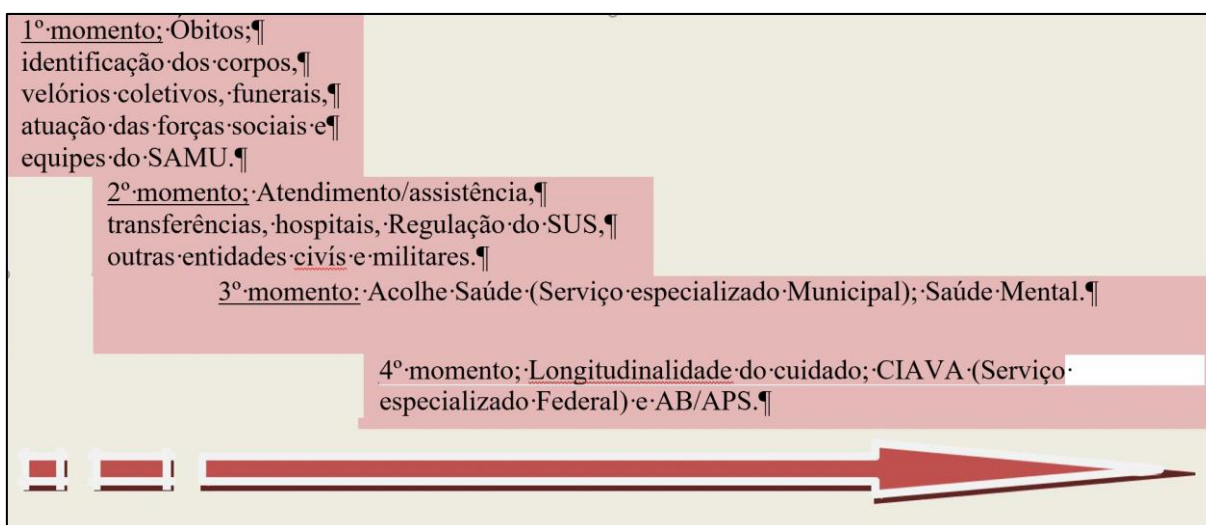
4.1 PARTE 1 – NARRATIVAS DO ENFRENTAMENTO E RESILIÊNCIAS E (M) REDES DE CUIDADO: O EMPÍRICO APRESENTADO COMO NARRATIVA

Esta parte do texto, de certa forma, nega o que vem sendo afirmado como método nesta investigação. Nesta etapa, todo o esforço para a confrontação, para a descoberta dos paradoxos, das contradições e das composições, a partir do investimento na seleção de representantes de grupos de interesse, parecia desabar/ruir. Quanto mais insistíamos em criar códigos/categorias, mais as transcrições se apresentavam inteiras e resistiam a recortes. Os relatórios gerados a partir das codificações mostravam potência para responder a questões importantes que a investigação havia anunciado como tema, problema e objetivos. Mas o trabalho poderia mais, as pessoas insistiam em falar de momentos e nos apresentavam os temas propostos em seu contexto. Uma linha do tempo transpassava os textos transcritos e as respostas a nossa pergunta central (quais as características da rede que contribuíram ou representaram barreiras ao enfrentamento do desastre) e estavam relacionadas à temporalidade.

Uma nova leitura do material impresso, com a identificação das etapas do enfrentamento, confirmou que todos faziam referência a momentos, atos ou fases, mas que – a exceção do primeiro momento – não havia coincidência na diferenciação destas etapas (ver Quadro 1 p. 25). Então, tomamos decisões para a nova organização do material. No primeiro

momento foram destacados os tópicos óbitos, identificação dos corpos, velórios coletivos, funerais, atuação das forças sociais e equipes do SAMU. O segundo momento destacou o atendimento/assistência, transferências, hospitais, Regulação do SUS, outras entidades civis e militares como a Base Aérea, Bombeiros, Cruz Vermelha (CV) e Médicos Sem Fronteiras (MSF), que atuaram junto com trabalhadores/gestores das três esferas de gestão do SUS. O que poderia ser um desdobramento deste segundo momento – pela sua especificidade – foi tratado como terceiro momento, caracterizado pela criação de serviços especificamente para o enfrentamento. A ênfase do terceiro momento é a criação do Acolhe Saúde (serviço especializado Municipal) e, portanto, a perspectiva da Saúde Mental (SM). No quarto e último momento, as narrativas trazem a longitudinalidade do cuidado, o Centro Integrado de Atenção às Vítimas de Acidente (CIAVA) (serviço especializado Federal) e a importância da AB/APS. O quadro a seguir ilustra a mescla das narrativas nos quatro momentos do desastre.

Quadro 3 - Momentos das narrativas nos quatro momentos do desastre



Fonte: produção da pesquisadora.

Esta nova disposição do texto revelou que os participantes da pesquisa, além de – supostamente – possuírem interesses distintos no tema, têm mais ou menos, interesse nos diferentes momentos do enfrentamento. Suas preocupações e análises estão concentradas em temas relacionados a diferentes momentos ou ênfases.

Denominamos narrativas, esta primeira apresentação do nosso material, mas este não é um campo do conhecimento em que estejamos confortáveis. A seguir, anunciamos as principais referências que utilizamos.

O tema das contradições entre categorias de análise e a história, que já identificamos em nosso processo, encontrou algumas possibilidades em Ricouer (2010, p.6), “A questão

consistirá em saber de que recursos dispõe uma poética da narrativa para, se não resolver, apenas tornar a aporia produtiva”. No nosso caso, não se trata de uma poética da narrativa, mas é interessante observar que o conceito aporia (como contradição, paradoxo, incerteza)¹⁵ está relacionado à perspectiva da Avaliação de Quarta Geração. Com o risco de imensa simplificação, a busca de grupos de interesse, o reconhecimento do contraditório, a possibilidade de um círculo hermenêutico seriam, de certa forma aporéticas, ou seja, o estudo de aporias, do contraditório e inacabado em movimento. Então, criar narrativas sem a pretensão ou objetivo de resolver as contradições, mas para torná-las produtivas, foi um dos motores deste investimento.

Houve uma dificuldade adicional para a organização dos textos. As transcrições lembravam os textos sem parágrafos de Saramago e induziam leituras aceleradas, dando a impressão que um pequeno espaço de tempo pudesse conter uma quantidade inimaginável de acontecimentos. Não foi possível dar conta deste tema, mas registramos a inspiração na ideia da narrativa do tempo como uma flecha. Conforme Bergson (2006, p.15), “a flecha não está nunca em nenhum ponto do seu trajeto [...]. O fato é que, se a flecha parte do ponto A para ir ao ponto B, seu movimento AB é tão simples, tão indecomponível, enquanto movimento, como a tensão do arco que a lança” (BERGSON, 2006).

Assim, nem mesmo a decomposição em momentos é confiável. A flecha parte do momento do desastre e segue até os desafios do cuidado longitudinal. A tensão do arco que a lança é dada pela dimensão do evento.

A decisão de apresentar um capítulo sem categorias e sem interpretações não foi decisão fácil. Oliveira (2009, p185) refere-se as narrativas como expressão da realidade e, apoiado em Deleuze e Guattari (1995) alerta para os perigos de tentar fazer da narrativa a história, de perder-se nos labirintos da sua interpretação ou toma-la como exemplo de uma lei geral. Assim, seguindo diálogo com o texto de Oliveira (2009), a cartografia exige prudência. Como ser prudente com narrativas fortes e intensas (que impediam sua desmontagem, pareciam dispensar interpretações ou cortes) e, paradoxalmente, objetivos, hipóteses, categorias e etapas antecipadas pela investigação e presentes nos textos transcritos?

O resultado é um texto que mantém grande parte da transcrição. O desmonte promovido na narrativa de cada entrevista busca compor em situações em que outro faz referência ao

¹⁵ De acordo com o Dicionário de Filosofia, “Este termo é usado no sentido de dúvida racional, de dificuldade inerte a um raciocínio e não no de estado subjetivo de incerteza. É, portanto, a dúvida objetiva, a dificuldade efetiva de um raciocínio ou da conclusão a que leva um raciocínio” (ABBAGNANO 2012, p. 84). Já a Aporética é “[...] o estágio da pesquisa filosófica que consiste em pôr em evidência os problemas, isto é, todos os aspectos dos fenômenos que não foram compreendidos e, que por isso, constituem aporias naturais” (IDEM).

mesmo período e situação.

Para nós familiares (Grupo de Interesse Familiares), têm dois momentos, do ato em si e o pós-ato. O momento da tragédia e o pós-tragédia. [Passam a falar do Acolhe Saúde, da relação com o SUS, das dificuldades com os serviços de saúde e da relação predatória que as pesquisas e pesquisadores estabelecem com eles]. Eu, que a pesquisa denomina representante do Grupo de Interesse Trabalhador/Gestor Municipal, vejo que construímos juntos. O incidente ocorreu no dia 27 de janeiro de 2013, fiquei sabendo primeiramente do ocorrido em casa, por um amigo do meu filho que ligou perguntando se este estaria na boate. Ligamos o rádio e a fala já era de 79 mortos. A minha preocupação não foi com os mortos, foi com os pais. Liguei para a universidade e falei com uma colega, perguntando como estava lá, o hospital. Liguei para a enfermeira do Pronto Atendimento (PA) e também para a enfermeira da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de outro hospital da cidade. Liguei ainda para ver a rede das urgências, dos PS e a pergunta, para onde eu vou? A [nome] me disse, vai para o CDM que precisarão de gente lá, os corpos estão indo para lá. Quando ela falou os corpos estão indo, eu disse, meu Deus, mas 79 ir para o CDM? Fui para lá. Quando cheguei, estava a [nome], poucas pessoas estavam por lá, na organização, muita gente fora, mas dentro do CDM eram poucas pessoas, para organizar. Porque recém ia chegar o caminhão com os corpos. E não sabíamos o que viria dentro deles, o que seria aquilo. Então não sabíamos o que fazer. Não tínhamos ideia da magnitude das coisas. Quando eu vi o caminhão chegando, abrindo as portas, os corpos estavam que nem guerra. Eles não estavam um do lado do outro dentro do caminhão, eles estavam empilhados. Era uma coisa de guerra! Quem descarregou os corpos foi uma enfermeira do HUSM, outro menino que não lembro o nome, a enfermeira Major da Brigada Militar, foram quatro pessoas que começaram a descarregar. E, uma colega e eu ficamos para contar e a [nome] comandando tudo lá dentro, esperando o Instituto Médico Legal (IML), organizando as coisas. Só que fiquei muito ruim lá dentro e disse, vou para fora organizar. Quando olhei, vi os políticos, as pessoas começando a mandar relação dos óbitos, iniciando o bloqueio da entrada do CDM e eu não sabia que pessoas estavam lá dentro. Não sei de onde surgem as ideias em um momento como esse! Chamei outra colega que atuou como chefe do PA e disse, tu vais ter que montar uma urgência/emergência na lateral do CDM, porque os pais terão problemas aí dentro e precisaremos um local para atendê-los. Chamei também a responsável pelo almoxarifado da prefeitura, para solicitar materiais que seriam necessários para montarmos a urgência/emergência, isso tudo pelas 07:30 h do domingo. Convoquei a equipe que trabalharia nesta urgência/emergência e então pensei, nós temos que identificar, acolher os pais para o reconhecimento dos corpos, providenciar um psicólogo, um enfermeiro. Vamos começar a

identificar os profissionais, quem é enfermeiro, pois ninguém sabia quem era quem e precisávamos saber com quem estávamos trabalhando. Mas não tinha etiqueta, não tinha nada. Pegamos as etiquetas do IML para etiquetarmos os corpos. Começamos a identificar os profissionais, enfermeiro, médico [...]. Até às 11:30 h da manhã de domingo, organizamos a infraestrutura interna do CDM. Os pavilhões, onde os familiares ficariam, onde os corpos ficariam, depois, para dar o atestado de óbito, os caixões, a gente organizou essa infraestrutura interna. Então, abrimos os portões, para os familiares realizarem a prova de reconhecimento por volta das 14:30/15:00 h [...]. O Estado, só chegou às 17:00 h. A Gestora/Apoiadora do Estado com sua equipe, chegou às 17:30 h e havia uma multidão dentro do ginásio. Estava o pessoal da psicologia em peso, os da rede local e a Cruz Vermelha (CV), organizando. Instituímos por equipes o reconhecimento dos corpos, contando sempre com um psicólogo e um auxiliar de enfermagem, para juntos participarem desse processo, também para o acolhimento, tentamos estruturar o que está escrito na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Estipulamos que cada caixão (em torno de 79 pessoas foram veladas no CDM) teria uma equipe de cuidados no atendimento às famílias. Às 23:30 h dividimos os pavilhões e o Estado começou a assumir o comando, porque estávamos cansados. Montou-se um Gabinete de Crise, (às 05:30 h de segunda-feira, com a Defesa Civil). Tem uma outra parte da estrutura (Militar, da Aeronáutica), que não tivemos muita proximidade, mas ocorreu tudo isso. Foram várias frentes ocorrendo ao mesmo tempo. Tanto é que a enfermeira [nome], chegou perguntando, posso ir para cima do caminhão, avisar as famílias que vou ler a lista de quem já está aqui dentro? Ela fez isso. O psicólogo [nome] foi para conter/acalmar as famílias quando se agitavam, conversar com os familiares, na corrente que haviam feito antes da entrada, pois ainda não estavam abertos os portões. Muitas pessoas trabalharam e até hoje não sabemos quem são. Não tivemos uma rodada de [...], tivemos com a Gestão do Estado, mas não com os profissionais que atuaram. Quais foram as RAS construídas naquele momento? Nunca tivemos um encontro. E o Executivo da Prefeitura nunca fez isso. Foi uma cobrança muito grande que fizemos, pois deveria ter acontecido uma reunião, um reconhecimento, alguma coisa.

Eu, que a pesquisa denomina de representante do Grupo de Interesse Gestor Estadual 1, começo por positivar que o serviço de Santa Maria RS, que primeiro foi colocado e que auxiliou, foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No primeiro momento acredito que existiu um contexto, do facilitar. Qual o contexto? As relações de conectividade, a comunicação global, foi um facilitador. Por que o mundo, em meados do século passado até o início deste, começou a vivenciar questões de desastres de número significativo de população. Isso se dá tanto ao modo como se tratou o ambiente, como a questão da urbanização. Foi

gerando situações de grandes desastres, eventos críticos. Então, já havia uma cultura maior, mundial, de que isso aconteceria, que em alguns lugares, mais cedo ou mais tarde acontece. Em determinadas situações já havia certo acúmulo e planos de cuidados em desastres. Tanto para a questão do terrorismo, como com armas químicas. Com desastres ditos naturais e de armas. Os planos dos hospitais, por exemplo, onde já existia uma cultura de cuidado. No Brasil, outro grande facilitador foi a instalação/criação, do ponto de vista Nacional, do SAMU. O RS também começou, na capital com o SAMU, ainda na década de 90 e, em 2003, este começa no Brasil. Nisto, ter o SAMU em Santa Maria, que claro, uma Política Nacional, auxiliou em um primeiro atendimento, na primeira hora. Ouvindo os depoimentos dos trabalhadores, o médico que estava de plantão foi chamado imediatamente. O primeiro a chegar já tinha esta formação de socorrista. Então, aparece esse circuito da aprendizagem mundial. O Serviço Nacional com certo acúmulo, porque no Brasil já existia a Força Nacional de Saúde (FNS-SUS), tanto se preparando para desastres como depois, quando conquistamos a possibilidade da Copa. O Brasil, desde 2007, 2008, começou a se organizar para receber a Copa, um grande evento, de mobilização de muitas pessoas, que tem suas regras de como receber. Portanto, também o contexto brasileiro de se preparar com a FNS-SUS, com o Ministério, o Ministro implicado neste assunto, contribuiu para o socorro no momento seguinte, nas horas seguintes, de mobilização nesta direção. Outro facilitador é a questão da história de Santa Maria. Acampamentos, bases do exército, aeronáutica, ter um aeroporto, a Base Aérea foi fundamental. Esta última também com profissionais da área da saúde que se mobilizaram, contribuiu enormemente para o cuidado e logo depois, ainda no domingo, ao definir quais os adolescentes, quais as pessoas que poderiam ser atendidas em Santa Maria e a maioria foi aqui. Pois a maior parte, praticamente todos que morreram, morreram nos minutos do incêndio. As mortes foram causadas pela situação e pela intoxicação. Os que dali saíram, a grande maior parte sobreviveu. Então, ter a estrutura dos serviços em Santa Maria, dos hospitais, tanto o universitário quanto o privado, a mobilização dos profissionais - e novamente, estava se lidando com os próprios filhos, com os amigos dos filhos – então, esta mobilização do cuidado ocorreu muito intensamente. As questões familiares, vinculares, sociais, culturais e o compromisso com a vida, pelos profissionais de saúde. E, em Santa Maria - vamos pôr isso no território do imaterial e da cultura - o que tenho de lembrança é que, a história desta cidade está muito marcada por questões de movimentos comunitários de solidariedade. Existem relações de vizinhança e tenho certeza que isto contribuiu para o cuidado e para a grande mobilização quase que imediatamente. Tanto, que algumas vidas se foram, na tentativa de ajudar no momento e isto não contribuiu, porque ao tirar o amigo, ao tirar um conhecido, ao ser solidário, perdeu-se a vida. Como não havia a informação da toxicidade da

fumaça, estas pessoas entraram para ajudar. E nisto, na racionalidade de quando se entende melhor do socorro, esta não foi a melhor forma de socorrer, pois acabou indo a vida. Então, estar melhor preparado para o enfrentamento de desastres, tanto a população como os trabalhadores, teria ajudado, mas foi uma dificuldade. Não saber como fazer, não ter a informação [...]. Por outro lado, justamente estas relações que a gente chama de relações primárias afetivas, de movimentos comunitários, auxiliaram na continuidade disso. No reconhecimento dos corpos, no transporte dos corpos, toda a logística criada muito rapidamente. Vimos que ao longo do domingo foi se criando um modo de velar (e aí, de novo da experiência), de preservar, de cuidar. Além da questão mundial de acúmulos para desastres, o Brasil, ter instituído o SAMU, a FNS-SUS, o preparo para a Copa, acredito ter contribuído. Particularmente a questão de já estar funcionando o SAMU e a rede comunitária em Santa Maria, auxiliou enormemente. Conheço Santa Maria desde que nasci, mas como profissional. Sou nascida em [nome de cidade], quem nasce em [nome de cidade] tem Santa Maria como referência. Só não vim estudar aqui porque não tinha [curso] naquela época. Tive essa vivência, de criança e adolescente, com familiares aqui, mas também depois profissionalmente, na década de 80, com uma rede comunitária muito forte. O movimento dos idosos, da terceira idade, era muito grande em Santa Maria. Quando isso não tinha disseminado pelo Brasil inteiro ainda, em Santa Maria já existia. Participavam das Políticas Públicas, do Conselho Municipal de Saúde (CMS), então, existiu uma rede comunitária muito grande e que se mobilizou facilmente ou mesmo violentamente, como foi diante do evento Kiss. Auxiliaram em toda questão do domingo, como estava dizendo, nas primeiras 24 h, em relação aos próprios adolescentes, familiares, aos cuidados e a quantidade de exército, de voluntários de Santa Maria, os que vieram de fora também, mas de Santa Maria e de todas as faixas etárias, é muito significativo. Entendo que isso contribuiu para o cuidado. O que dificultou foi o despreparo para isso (como preservar mais o corpo, por exemplo). E aí de novo, as conectividades, as conexões internacionais e nacionais. A Débora Noal¹⁶, que é justamente de Santa Maria, dos Médicos Sem Fronteiras (MSF), já tínhamos nos encontrado em função do desastre em São Lourenço do

¹⁶ Débora Noal contribuiu com a organização da primeira estratégia psicossocial de resposta no incidente da boate Kiss. Psicóloga, Mestre e Doutoranda em Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde (Universidade de Brasília). Desde 2008, desenvolve trabalhos relativos ao cuidado em saúde a populações e trabalhadores que vivenciam desastres (terremotos, furacões, deslizamentos de terra, inundações, guerras, conflitos armados, conflitos étnicos, desnutrição severa, migrações e deslocamentos forçados). Trabalhou em projetos nacionais e internacionais, atuando no desenvolvimento e coordenação de estratégias de saúde mental coletiva, atendimentos clínicos individuais e grupais em emergências complexas. Letícia Nolasco Vicente, Psicóloga pela PUC/SP (2004) e Pós-Graduada em Ciências do Consumo pela ESPM (2009). Atualmente trabalha como psicóloga clínica e desde 2009 desenvolve pontualmente projetos nacionais e internacionais voltados para gestão integral de riscos de desastres. Esta também atuou efetivamente no caso Kiss (MAFACIOLI, et al., 2016).

Sul - RS, nós tínhamos a experiência de São Lourenço, que foi desastre natural, onde não teve mortes, mas afetou a metade da população da cidade. Então, trabalhar coletivamente na cidade foi outro facilitador. A Secretaria Estadual de Saúde (SES-RS) tinha um Governo se organizando para a questão dos desastres, com a Defesa Civil, intersetorialmente, dando continuidade ao trabalho, ampliando, intensificando. E nós, no ano anterior tido a experiência com São Lourenço, com o auxílio da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), que foi para lá acompanhar, contribuiu para a Kiss. Tínhamos, desde a SES-RS, essas vinculações e no mesmo domingo de manhã, conversamos com a Débora Noal que deu orientações do cuidado com os mortos. Em relação a colocação de lençol, a preservação, a não exposição dos corpos. Para no velório, dar uma possibilidade de maior intimidade e reserva a cada uma das famílias. Logo, esse tipo de experiência, de conversar com as pessoas/familiares que estavam querendo informações, identificar antes, não deixar que chegassem à fila ampliando mais sua angústia, foi positivo. Então, algumas questões que já tínhamos experiência, as experiências acumuladas no mundo, poder transferir rapidamente para Santa Maria, contribuiu. Volto a dizer, a conectividade ajudou. Ter conexões de rede, rede ampliada, rede quente de pessoas com experiências, também auxiliou muito.

Nós, que a pesquisa denominou de representantes do Grupo de Interesse Gestão Estadual (SES-RS) e Apoiadores das equipes de SM, queremos registrar que é sempre complexo lembrarmos a história da Kiss. É interessante isso, mesmo com o passar do tempo, tem algumas coisas que não decantei quando vou falar. Mas o que atrapalhou em um primeiro momento? Da rede? Quando chegamos aqui, encontramos uma rede sabidamente precária para as necessidades da cidade (falando no campo da saúde de modo geral). Na SM especificamente, não tinha um serviço de atenção 24 h. A única porta de entrada aberta 24h era a emergência hospitalar, já com uma dificuldade de acolher, e não entendendo que esse acolhimento era seu. Tinha dificuldade de atender o que era seu, imagina outra situação que era nova. Então, essa foi a primeira dificuldade que encontramos na rede local. A emergência inicial, no CDM, onde tínhamos uma concentração por conta de todo esse evento, era fazer a identificação dos corpos - as meninas não tinham bolsas, não tinham documentos, elas perderam as bolsas, então não sabíamos nada, precisávamos identificar para continuar o processo. Depois de sair disso dissemos, tem que ser via Atenção Básica (AB), não tem outro jeito. Tem que ser a atenção comunitária, não temos estrutura na cidade e nem se tivéssemos seria o adequado mandar todos para o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), ou todos se tratarem porque não é todo mundo que necessitará de tratamento. Muitos se resolverão na sua base comunitária e precisamos é alertar a AB disso tudo, desse evento. Participamos de atividades e tomamos

decisões com o município. Combinamos separar por cores os espaços (laranja e azul), porque nós tivemos que fazer atos velatórios ali, pois não dispúnhamos de capacidade, não havia cemitérios para velar, não existiam capelas suficientes para isso. E na hora, não nos atinamos de tentar conseguir alguns lençóis, algumas coisas para separar ambientes, pois estávamos no meio da loucura e eles (mídia/imprensa) iam com as câmeras [...].

Eu, que a pesquisa denomina Grupo de Interesse Gestor 2 SES-RS/Regulação, vimos que, no primeiro momento, (informações que chegavam) é que se desloca de forma competente a equipe do SAMU. Por características próprias da equipe, de algumas pessoas que tiveram treinamento e possuíam formação fora de Santa Maria e fora do SAMU. Estas pessoas conseguiram organizar o primeiro atendimento. Logo em seguida, via Central de Regulação do Estado, onde existe o vínculo para regular o SAMU de Santa Maria e toda essa região do Estado, se desencadeia um processo de definir o deslocamento das outras unidades de resgate disponíveis na região e todas as possíveis de deslocar para apoiar a equipe SAMU local. No primeiro momento - pela localização, pelo grande número de pessoas atingidas, pela gravidade da catástrofe - os sobreviventes foram atendidos no hospital mais próximo, não ligado ao SUS. Isto foi nas primeiras horas. A partir deste momento o Estado assume a responsabilidade de Coordenação e define para onde vai o paciente. Algumas horas depois, ainda de madrugada, começamos a ativação de outros mecanismos da rede, que existiam na rede de urgência/emergência pensada. Apesar de que, de fato, a rede de urgência/emergência nesta região do estado, não tinha sido ainda bem organizada, o plano ainda não havia sido aprovado para a região do centro do Estado, onde se localiza a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), por uma série de outros fatores, problemas e limitações. Então, o protagonismo inicial é da equipe do município. O SAMU faz os primeiros atendimentos, mas não tem capacidade para dar conta de catástrofes desse tamanho. Acredito que nenhuma equipe daria conta. Logo, toda a estrutura do Departamento de Atenção Hospitalar e Ambulatorial (DAHA) se voltou, naqueles primeiros momentos para ajudar nisso. Tanto que, na sequência, quando começa a avaliação do que aconteceu, se desloca o Coordenador da Central de Regulação do SAMU para Santa Maria e são definidos papéis estratégicos. A maior parte dos diretores e o próprio Secretário de Estado da Saúde se deslocaram em poucas horas, dada a urgência dos acontecimentos e o Coordenador do SAMU, acompanhou o Secretário. Algumas horas depois - até em decorrência da distância - começaram a se deslocar as equipes coordenadas pelo MS. Inclusive o Ministro. Pelo que eu lembro, por ordem da Presidenta. O Ministro assumiu pessoalmente a Coordenação da Gestão do Cuidado no desastre. Como aqui é a sede da 4ª CRS, a equipe da Coordenadoria logo ficou sabendo e se envolveu neste processo. Em seguida, vem

a equipe de Porto Alegre RS, que chamamos tradicionalmente de Nível Central, e na sequência o MS. Isto compõe uma força tarefa de trabalho, de atenção, toda coordenada conjuntamente. Mas tive pouquíssima informação de que a Gestão Municipal participasse, na verdade participava, mas com muita timidez. Quem participava efetivamente era a equipe do SAMU local, com outra característica. Então, a resposta não foi planejada antecipadamente, não existia um plano. E até hoje não existe, para o Rio Grande do Sul (RS) todo, um plano para esse nível de contingência, para um desastre desse tipo. Aprendeu-se muito com isto, teve algumas coisas que foram escritas, pensadas depois, mas plano mesmo, nesse nível [...]. Por uma questão de sincronia e talvez porque a gente tivesse passado um pouco antes (ao longo de 2011, 2012), por um processo de (re) organização das Unidades/Bases SAMU. Uma expansão enorme dela para o Estado todo. Acredito que isso tenha gerado condições como se fosse uma massa crítica, capaz de responder, de uma maneira mais ou menos coordenada, mas respondendo com responsabilidade sanitária para um evento como este. No início de 2011, quando entramos no Estado, existiam em torno de (agora não lembro exatamente) 83, 84 veículos do SAMU parados no Estado do RS. E até o final do ano de 2011, início de 2012, colocamos destes 83, 84, 80 veículos em funcionamento com equipes treinadas, Bases funcionando, habilitadas e com recurso financeiro. E isto demandou da SES-RS, ou seja, do DAHA, que é onde ficava à época, toda a rede de atenção de urgência/emergência [...]. Em determinado momento saem de Porto Alegre RS várias equipes, vários profissionais, para ajudar a tratar e treinar o pessoal em Santa Maria ou apoiar em alguma coisa. Isto desde o início. Não podemos especular, mas de qualquer forma, o fato de, na rede de urgência/emergência, pensando nos primeiros momentos, primeiras horas, primeiros dias, tivemos a execução descentralizada com uma Coordenação Central, que foi através da SES-RS, com a Central de Regulação do SAMU e depois a Central de Regulação de Leitões, também entrou. Logo em seguida entrou. A SES-RS chegou primeiro mas o comando é do MS, ente maior do Governo pela estrutura que tem. Aí vem a FNS-SUS, se desloca a Coordenação Nacional de urgência/emergência, apoio do pessoal da SM também, de outras áreas, vem outras instituições. Vem gente de todos os cantos, querendo ajudar. E o MS assume essa postura de Coordenador. Em uma situação de crise, catástrofe, que vai muito além da capacidade de um Município e em alguns aspectos além da capacidade do Estado, o MS toma conta disso. Talvez porque eu não estava aqui e ficava fazendo a Coordenação de longe, acabei não tendo muito contato com o Município. Mas a impressão que tenho até hoje que este ficou tão paralisado, quanto pareceu paralisado o seu maior Gestor, o Prefeito. Até porque é um Município com uma capacidade instalada muito pequena, comparado a outros com o mesmo porte e mesmo municípios mais pobres. Bem defasada, bem atrasada, bem discutível, a

qualidade desta capacidade. Então, todo o processo naquele momento é do Estado, é da equipe do SAMU. Aqui sim, a equipe, por características próprias, os profissionais, as equipes das Unidades, dos estabelecimentos de saúde que atenderam (principalmente o hospital privado envolvido no início, deu conta de uma série de coisas, com a ajuda de pessoas que se voluntariaram como profissionais de saúde e, logo em seguida, o suporte que dá o HUSM). Não sei se é causa ou consequência, mas ter um hospital desse tamanho, com essa complexidade, com esse porte, com o número de leitos que tem (se referindo ao HUSM), deu conta do cuidado dos pacientes nos primeiros momentos, dos familiares, da situação toda. Então, sem dúvida, dentro do HUSM teria mais condições de dar os primeiros atendimentos, mesmo superlotado como estava, do que foi no hospital privado. Apesar de que poderia ser muito pior se não existisse o privado. Se nós não fôssemos o SUS, como é composto o SUS, essas pessoas estariam abandonadas hoje, teriam sido abandonadas nas primeiras semanas, porque, além do impacto, a necessidade de acordo ou apoio tem isso, das pessoas entenderem que precisamos ajudar muito o Município, e muito porque este não tinha a capacidade de dar conta do desastre. Não fosse a (co) responsabilidade dos Gestores e a solidariedade, não no sentido emocional, mas no sentido legal, que tiveram todos os Gestores entre si, para dar conta do SUS, teríamos mais pacientes morrendo. Os pacientes que morreram foram, a maioria - se não me engano 80%, ou mais - morreram nas primeiras horas, ou imediatamente, nos primeiros minutos, logo a seguir do resgate. Para finalizar, registro que foi uma coisa muito intensa para mim também, com envolvimento emocional. Para ter uma ideia, nos primeiros dias eu quase não dormi. E quando dormia, acordava muito seguidamente porque, como parte do processo tinha que ser Regularado por mim fiquei concentrando isso, de Regular a relação. Então, eu me acordava às 3 da manhã, às 5 da manhã [...] quando eu conseguia descansar.

Eu, que a pesquisa denomina representante do Grupo de Interesse SES - Gestor Regional, focando a questão da rede, acredito que Santa Maria tem umas deficiências bem grandes, onde, ao mesmo tempo em que tem estrutura, falta estrutura. Têm pessoas e faltam pessoas. Mas tem gente muito boa trabalhando na rede, com conhecimento e, em um momento assim, eu acredito que tenha ajudado bastante. No primeiro momento, na verdade estávamos todos muito ligados na questão de salvar vidas, de ver o que seria feito, quais os melhores tratamentos, os melhores manejos e ninguém sabia muito bem como fazer, o que fazer. No início, no primeiro dia, tivemos que lidar com os pais que queriam saber se os filhos estavam no hospital. Por que quando dizíamos, não está no hospital, eles sabiam que estava no CDM. Então, em um primeiro momento, tiveram dezenas de pais que foram para frente desse hospital. O HUSM foi porta de entrada, mas foi menor a procura em um primeiro momento, pela

distância. O hospital privado estava no centro da cidade, então inicialmente os atendimentos foram lá, a alguns quarteirões de distância [da Kiss]. Quando o Secretário de Saúde me ligou, de madrugada, me arrumei e fui para o HUSM, porque pensei, todos irão para o HUSM, porque é SUS, porta de entrada para toda emergência/urgência. Não se tinha noção do tamanho. Então acho que isso é bem importante, o hospital privado é um serviço que não é SUS, mas foi a porta de entrada. Posteriormente as coisas foram se organizando, no início foi tudo muito confuso. A equipe que estava de plantão naquele momento, no hospital privado, parecia que tinha que ser aquelas pessoas, porque eram pessoas muito experientes e conseguiram naquele primeiro momento dar conta de muitas coisas. Também o pessoal do SAMU bastante experientes [...].

Como Gestor Estadual 1, entendo que dado o impacto e a gravidade do acontecimento, todas as forças e setores se mobilizaram muito. Havia uma predisposição a auxiliar no cuidado. O aeroporto, os socorristas, o pessoal todo que trabalhou. Então, como fazer? Poderia ter uma teoria, uma tese, mas não se tinha vivenciado o transporte de pessoas em estado crítico. Como acomodar no avião? De que modo e quem vai? Quais os tipos de cuidados? Os que puderam seguir que necessitavam atendimento especializado e intensivo em Porto Alegre RS, foram deslocados. Isto está registrado, foi o maior deslocamento que se conhece na história de socorros. Daqui para a capital, com a preparação e a chegada, havia certo arranjo. Aterrissar no aeroporto, houve um preparo que todas as forças dispuseram. A Aeronáutica, a administração dos aeroportos, os Bombeiros, todos se prepararam. Então, ao mesmo tempo que ninguém queria vivenciar, diante da situação, todos se dispuseram a fazer da melhor forma, por que tem a lógica da urgência e da vida. Qualquer segundo perdido, uma vida seria perdida. Portanto, tudo que se ganhava de tempo e de acesso dessa tecnologia era uma aposta à vida. Também em termos dos registros e relatos observa-se um orgulho desse cuidado.

Nós, (Gestores da SES-RS e Apoiadores das equipes de SM de Santa Maria), inicialmente não tivemos a dimensão tão clara, mas tínhamos ideia dos problemas pulmonares, porque nas primeiras 48 h já tivemos um recall importante de gente que estava bem, foi vista bem, entrou no hospital bem, saiu andando e voltou morrendo, literalmente, para ser intubado. Assustamo-nos muito com isto e sabíamos que isto estouraria na AB. Havia muita gente na cena e que não sabíamos que estavam lá, então era muito importante essa passagem. Foi onde estruturamos todo o cuidado na linha território centrado, pensando também nos serviços 24 h extra-hospitalar. Sair da lógica nosocomial. O grupo privatista que veio, era muito abre leito, no campo da SM, internar todos que vertessem uma lágrima, como se não fôssemos chorar a morte de um filho, de uma filha, ou a perda de um colega. Notava-se uma disputa, existiam campos de disputa, onde o pessoal do Transtorno Pós-Traumático (TPT), 24 h depois do

ocorrido já queria diagnosticar como TPT. E tínhamos várias outras [...]. Um dos grupos inclusive, com bastante construção científica, indagando se realmente existe TPT. Se isso não é mais uma criação da SM e uma construção nosográfica, tão aleatória como qualquer outra. Não entramos nessa disputa, mas o que tínhamos? Que em contextos de grandes catástrofes, de eventos desse tipo, a elaboração do luto, da perda, quanto mais a fizemos individualmente, mais iatrogênica esta pode ser. Então, produzir sempre (a não ser que enxergávamos uma pessoa em risco de suicídio iminente, em que esta pedisse um cuidado individual, não levávamos para consulta individual) buscávamos construções coletivas. Produzindo coletividade como a forma de cuidado. Voltando lá atrás, uma das coisas bem positivas que eu entendo que tem que ser dita, esse tipo de evento somente o SUS pode dar conta! Isso é fundamental dizer. A tomada de decisão política muito rápida! Lembro que constatamos que não tínhamos suficiência, por exemplo, para a questão respiratória, pois não existiam respiradores suficientes para dar conta de todas aquelas pessoas, e que necessitávamos fazer um transporte aéreo para levar essas pessoas para outras cidades, eminentemente Porto Alegre RS. Então, o Ministro [nome] falou com a Presidenta [nome], na hora [...] e ela perguntou, o que é para fazer? Ele disse temos que fazer, só que não consegui fazer o levantamento de custos, apenas um levantamento da necessidade, pela emergência. E ela respondeu, não perguntei de custos. Faça! E foi feito! E se fez com absoluto sucesso. Ainda acho que é importante dizer, a coordenadora do primeiro avião que decola de Santa Maria, que montou toda a estrutura dentro deste, é uma enfermeira chamada [nome], gosto de resgatar isto porque algumas pessoas postaram na internet toda a sua “excelência”, como se tivessem inventado a roda. Foi [nome], uma enfermeira, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que montou toda essa estrutura e foi muito corajoso por parte do Ministro não na condição de médico, mas de Ministro mesmo - tomar esta decisão porque ninguém queria tomá-la. Havia uma pressão muito grande dos pais, medo muito grande que entendo perfeitamente, porque meu filho está vivo aqui e estou vendo-o, vão tirá-lo daqui, farão uma remoção que nunca se fez na vida e será que ele sobreviverá? Se formos olhar, em frente ao hospital privado, onde ocorreu o atendimento inicial às vítimas, têm placas de sinalização onde diz duplamente proibido estacionar. Uma Companhia de mídia aqui do RS estacionou neste local um trailer, montou uma tenda, colocou cadeiras e mesas na frente e ficou. Ali era lugar de parar as ambulâncias. Quer dizer, o absurdo dos absurdos. Como isso foi se inibindo inicialmente? Temos que relatar, os integrantes do Diretório Central dos Estudantes (DCE) da UFSM, começaram a fotografar, criaram um site, postaram nas redes sociais estes abusos, estas atrocidades cometidas, para os caras se inibirem.

Como representante do Grupo de Interesse Gestor Estadual 2 – Regulação, posso dizer

que, no domingo, dia do incidente, nós, o Diretor e a Diretora Adjunta do Departamento de Regulação do Estado ficamos na Regulação de Porto Alegre RS. Fizemos, entre aspas, plantão, realizando a interface, novamente a relação interfederativa. A colaboração entre os entes para garantir o Sistema como Único. Apesar de na Gestão, a execução dos processos ser autônoma entre os entes federativos, existiu um Nível de Coordenação. Passando a informação de um lado para o outro, trabalhando com informações que se precisava em tempo real. Para Coordenar o que? Para poder ter essa informação e tomar decisão não sobre Porto Alegre apenas, mas sobre o entorno desta também. O que foi feito naquele momento, só por Cooperação Interfederativa mesmo. Pelos princípios de garantia, prioridade, equidade, Porto Alegre precisava ser protegida, entre aspas, de uma sobredemanda, aliás, já estava sobre [...]. Trabalhar com os demais hospitais do Estado, para reservarem suas capacidades instaladas e dar conta do que Porto Alegre naquele momento não poderia mais, que é isso da vida que acontecia, os acidentes, adoecimentos agudos, etc. Então, tentou-se fazer uma espécie de cinturão de proteção para Porto Alegre RS. E tanto foi assim, que o Departamento de Regulação teve contato com todos os hospitais do Estado, onde vários se ofereceram, querendo ajudar, querendo receber os pacientes. Como Gestão Estadual do SUS tomou-se a seguinte decisão, quem receberá os pacientes de Santa Maria será Porto Alegre RS. Os hospitais que estavam mais qualificados para isso. Os outros, do entorno da capital, nos ajudariam abrindo o espaço que dariam para estes pacientes recebendo pacientes que Porto Alegre não conseguiria acolher. E foi isso, que entrou no segundo momento. Que é o momento de reorganizar as estruturas de alta complexidade, de alta densidade tecnológica, de uso intensivo de recursos, no resto do Estado, para tentar dar conta do que Porto Alegre não conseguiria mais dar. Para não gerar uma segunda crise. E isso não aparece tanto, mas foi o trabalho realizado e que só uma Coordenação de Estado consegue fazer. Os municípios não teriam condições de se unificar, montar uma sala de crise, só eles autônomos. Não fosse o Estado junto, todos os níveis, a SES, depois até outros órgãos do governo do Estado, Bombeiros, Polícia Militar, principalmente as Forças de Segurança, a Defesa Civil, ajudaram-nos nisso. Na questão do transporte, vários servidores estaduais, principalmente médicos e enfermeiros da Central de Regulação, que também atuavam em unidades de SAMU na região de Porto Alegre e possuíam, vários deles, treinamento para transporte aéreo, deslocaram-se a Santa Maria. Saíram da Regulação e foram prestar auxílio para o transporte dos pacientes. O Estado sempre regulando isso tudo. Era muito coordenado. No início, uma logística tão grande que impressionava. Pensávamos, temos que fazer as coisas, preparar o transporte dos pacientes. Daquele local (campo da Brigada Militar) até a Base Aérea e da Base Aérea o paciente era deslocado para hospitais de Porto Alegre RS.

Na sequência, várias outras instituições, outros organismos públicos, entram em ação para ajudar no atendimento. Então entram os Bombeiros, a característica de Santa Maria, por ter as Forças Armadas também ajudou bastante, foi imprescindível na verdade, para garantir toda a logística de cuidado necessário, de transporte de saúde, transporte especializado, não um transporte qualquer. Mas, o primeiro ponto é esse, entra em cena, a SES, com vários Níveis, vários Departamentos, várias áreas da Secretaria. A 1ª área é a Regulação do SAMU e as equipes ligadas a ela. Em Santa Maria, o hospital de maior porte, um dos maiores do Estado - consideremos isso - fica em um extremo da cidade. Um extremo bem populoso, mas a maior parte da população encontra-se bem distante. E as estruturas, para dar conta de um evento desses, não existiam. Acredito que isso acabou dificultando o deslocamento para o HUSM. Mas o que ajuda nessa história toda? É termos um hospital desse tamanho aqui. Tradicionalmente o hospital privado não atendia SUS, há muito tempo não atendia. E é claro, ter um hospital público federal, 100% SUS, ligado a uma Universidade fez uma enorme diferença. Para um município que é o que é, em termos de cobertura das outras áreas. Se não tivéssemos a gratuidade e a integralidade como princípios, acesso universal e gratuito, não teríamos condições de ter mobilizado o que mobilizou. A ideia de organizar uma RAS e coordená-la, apesar de ser gerenciada de uma maneira descentralizada e quase fragmentada como é a rede de urgência/emergência. Imagine, que esta rede é, de fato, composta apenas por pactuações interfederativas. Porque o financiamento é compartilhado, mas a Gestão é fragmentada. Temos uma Gestão local, município por município, só que esta Gestão pactuou com o Estado uma coordenação que é pela Regulação Estadual. Se estivéssemos em outra região, talvez tivéssemos mais dificuldade. Considerando que Santa Maria não teria mais condições de suportar casos assim, definiu-se levar o máximo possível de pacientes para Porto Alegre RS. Foi o Estado que definiu isso junto com o MS. E o fato de ter mais dois hospitais públicos federais e um terceiro hospital público municipal na capital, nos ajudou muito. É um centro que tem uma experiência enorme em tratamento de queimados. O Hospital de Pronto Socorro (HPS) do município de Porto Alegre RS, público, 100% SUS e o outro, o Hospital de Clínicas, logo a seguir. Não tanto os queimados, mas principalmente os pacientes com problemas respiratórios, dadas todas as consequências de exposição à fumaça tóxica. Principalmente o HPS. O hospital de Clínicas foi um hospital importante para os pacientes que não eram queimados, ou que tinham uma menor superfície corporal queimada. Por quê? Por que o HPS era o hospital com mais experiência em queimados de grande porte, o único habilitado com alta complexidade no Estado. Depois vem o Cristo Redentor, com outro tipo de cuidado, de mais longo prazo. Mas os dois capazes de resolver problemas de grandes queimados. Apesar de a habilitação ser diferente, a equipe

técnica, estrutura, equipamentos, experiências, processos de trabalho, ambos. Então, primeiro foi o HPS, junto à equipe do SAMU. Ficou evidenciado que na hora que a “coisa apertou”, foram os hospitais públicos que deram conta do contingente. Não tivéssemos estruturas de hospitais de grande porte públicos, no Estado do RS, não sei como seria. Porque mesmo os demais hospitais tendo participado da assistência, não teríamos essa “expertise”, não teríamos a capacidade de atender esse número tão grande de pacientes graves, como tiveram os hospitais públicos. Por que são eles as grandes portas de entrada, de pacientes muito graves, onde se conseguiu concentrar o maior número de equipes multiprofissionais, multiespecialidades médicas, foram os públicos. Os hospitais que mais deram retaguarda também no terceiro momento, foram os hospitais públicos. Dois centros federais, um do MS ou um grupo, o GHC, que esteve presente sempre e o outro do Ministério da Educação (MEC), o Hospital de Clínicas. E o terceiro, e claro, sem esquecer aqui o HUSM, federal como o Clínicas. O hospital privado foi ressarcido com recurso federal, mandaram as contas todas e demorou um pouco porque teve que ser auditado, mas a garantia dada pelo próprio Secretário e pelo Ministro presentes (quer dizer, de novo o ente Estadual e o Federal) que disseram, “ressarciremos o hospital pelos custos dos atendimentos prestados”. Claro que talvez alguma coisa tenha entrado na gratuidade porque ele teve o benefício equivalente à filantropia, antigamente. Que é alguma isenção de impostos. Mas o hospital privado foi ressarcido. Então, não foi um atendimento gratuito por este hospital. Quem pagou foi o SUS, com recursos Federais e Estaduais. E, se não houvesse essa garantia, quem pagaria? As famílias? Não se sabe. Não sei como seria em outro país que não tem garantia de acesso universal e proposta de integralidade. Eu poderia dizer, o atendimento imediato, até por uma questão de fraternidade, não vai deixar [...] mas e o seguimento? E todo o custo que foi? Pacientes ficaram semanas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), alguns pacientes infelizmente morreram depois [...]. Mas a maioria dessas pessoas que morreram, morreram nas primeiras horas. Porto Alegre RS (referência hospitalar neste incidente), estava com seus leitos de UTI já lotados. E muitos destes reservados para pacientes graves. Foi o que garantiu a sobrevivência da maioria deles? A letalidade foi baixa, considerando a gravidade, porque se conseguiu realizar esse deslocamento, conseguiu-se UTI para todos os pacientes. Tratamentos caríssimos e atendimento muito especializado. Da emergência, uns ficaram na UTI do hospital privado, mas lotada. Improvisou-se algumas coisas e realizou-se o deslocamento de equipamentos para Santa Maria, muitos destes vieram emprestados de vários lugares, outros o Estado comprou. E também o Estado teve que gerenciar tudo isso depois. Pois este se responsabilizou por receber a ajuda de outros hospitais como o Albert Einstein, que deslocou para Santa Maria muitos equipamentos. Respiradores, muitos respiradores mecânicos, dentre

outros. O que mais ajudou em termos de equipamentos foi o Albert Einstein. Mas foi deslocado de outros municípios também, tentou-se alugar [...]. Tudo foi feito, tudo que foi possível fazer, fizemos, dentro do tempo [...]. Tínhamos receio de que pudesse ocorrer uma segunda onda de casos graves. A segunda leva de pacientes, em que as pessoas que não tiveram o primeiro grande comprometimento por queimadura, mas aspiraram o resíduo do incêndio, a fumaça e que com o tempo começaram a desenvolver problemas respiratórios que foram agravando. Então decidimos, temos que deixar Santa Maria com a possibilidade de receber mais pacientes graves. E por isso também foi encaminhado o máximo de pacientes para Porto Alegre RS.

Como representante da Gestão Regional do SUS, registro que inicialmente, começaram a chegar doações de equipamentos, que não eram adequados, como respiradores, que não funcionavam [...]. Em seguida veio o pessoal da FNS-SUS e ficamos praticamente duas semanas dentro do hospital privado. Tínhamos que armar toda uma estratégia, a questão de equipamentos que faltavam, tínhamos que pedir o que não havia disponível. E vinha muita coisa que não servia. Por que todos queriam ajudar, então vinha muita coisa dos municípios, que não eram pedidas, acredito que isso tenha sido um fator causador de bastante trabalho para nós, ocasionando certa confusão. Recebíamos muita doação, vinha muito equipamento existiram interesses sem ser solicitado, pois as pessoas queriam ajudar. Quando a FNS-SUS entra, com toda sua experiência, junto com nossa equipe da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), começamos a categorizar o que precisávamos, o que realmente faltava. Foi aquela enxurrada de medicamentos que depois tínhamos que dar conta, de onde ficaria, como categorizar tudo, como devolver o que não [...] porque não iríamos ficar com tudo aquilo [...]. E essas medicações, não houve um gerenciamento inicial, não nos demos conta de começar a anotar [...]. Foi complicado no início, fizemos várias reuniões, houve vaidades. Nesse momento foi bastante importante a presença do Ministro, nos três primeiros dias, porque ele convocou uma reunião conosco e com a equipe do hospital privado (trabalhadores/gestores), delegando tarefas. Começou a chegar o pessoal de fora (voluntários), que não conhecia a estrutura e que muitas vezes se atravessou, gerando conflitos entre médicos, porque um tinha uma conduta, chegava na UTI e dizia, não é assim que se faz. Inclusive, de profissionais que queriam os equipamentos [...], teve de tudo. Entra a equipe do hospital Sírio Libanês e também houve um estranhamento - de condutas e de formas de chegar. Foram algumas dificuldades. E veio um pessoal de Minas Gerais também, estes específicos do SAMU, fisioterapeutas e enfermeiros que dominavam técnicas que não eram usadas aqui. E a endemias, com muita experiência e então colocamos estes em contato com a chefia de enfermagem, onde fomos aprendendo todos juntos. Eu dizia, por favor, vamos chamar a chefe de enfermagem, todos sentam juntos para depois [...] porque

não dá para entrar assim, pois já havia acontecido vários fatos negativos nesse sentido. Na ânsia de ajudar, de fazer, como foram chamados para colaborar, então sempre procurávamos reunir com os médicos. E a FNS-SUS depois também assumiu. Faço registro, como Gestão Regional, de outra questão que marcou muito neste momento, dos pais que estavam preocupadíssimos. Além da questão dos filhos, o que farei? Como pagarei isso? Meu filho está em um hospital que não é SUS. Então, um dia passando pelos setores (dentro do hospital), conversando com as pessoas, fui identificando o que estava acontecendo, quando um pai me disse, estou desesperado, não sei como farei para pagar o tratamento do meu filho. Quero que fique bom, mas não sei como pagar. Tenho umas terras. Este começou a desabafar e ouvi. Logo se juntou outro, mais outro e então eu disse, vamos fazer uma reunião com vocês. Pegamos uma salinha menor (para não pegar o auditório), chamamos os pais e conversamos. Dissemos para eles ficarem tranquilos, porque o SUS custearia tudo, pois havia uma garantia do Ministro, havia garantia do Secretário Estadual da Saúde e pedimos que estes pais se preocupassem apenas com a recuperação de seus filhos. Então deu aquele alívio neles e em nós também. Porque em um primeiro momento não tínhamos nos dado conta disso. Estávamos em um serviço privado. Aquela arquitetura enorme e uma pessoa de [nome de cidade pequena da região], olhando para a Policlínica, indagando, o que eu faço? Terei que vender tudo. Então esse também foi um momento muito marcante, emocionante [...], choramos. Outra coisa, que acredito, por estar no gerenciamento e que fomos aprendendo, a relação com a mídia. Também muito importante termos aquelas pessoas que falariam em determinado momento, pois era um horror de gente [...]. Isso nossos colegas assumiram, nos dando mais tranquilidade. Por que era toda hora uma demanda e eles também fizeram uma organização. Foram instituídos horários para a imprensa. Pois nem pensávamos na demanda de telefone, etc. Com os dias, conseguimos lidar com a mídia. Mas foi bem difícil. Invadiram a UTI, usando subterfúgios, essa coisa louca da imprensa. Do hospital privado poucos foram para Porto Alegre RS, com o pessoal da Base Aérea, avalio que poucos foram também para o HUSM. A Presidenta [nome] esteve aqui. O Ministro [nome] esteve aqui. Deram as garantias. Eu disse, agora, depois deles darem a garantia eu também posso dar, porque sou representante da região. A negociação sobre tabela, pagamento foi um estresse, depois. Na verdade, o hospital privado, com todas as críticas que possamos ter, em função de ter sido o [nome] que estava naquela época como provedor, creio ter ajudado bastante. Por que era uma pessoa com quem tínhamos um bom diálogo. Só que eles queriam tabela lá em cima, foi quando o [nome do diretor da SES-RS] entrou, pois este estava na Regulação, e pedimos muito apoio para a SES-RS nessa hora, por que não tínhamos força para isso. Senti-me fraco nesse momento, da negociação, pedimos socorro! Então, essa parte de

negociação veio bem depois, não em um primeiro momento.

Para a Gestão Municipal, foi muito importante estarmos juntos na RAPS, no cuidado, porque tiveram outras redes. A rede hospitalar, fantástica, construída dentro do hospital privado, não foi em um hospital SUS, mas foi o possível que a cidade comportou. O HUSM entra logo depois fortemente, com teleconferências junto ao Sírio Libanês, em forma de vídeo aulas, com trocas de informações. Então, teve toda essa outra rede hospitalar de que não obtivemos conhecimento. Nesta rede, os respiradores, a chegada da FNS-SUS, tudo isso impactou e nós da Secretaria de Município da Saúde (SMS) ficamos com a Atenção Psicossocial naquele momento, o que foi possível fazer.

Familiares reunidos no GF dizem que, uma coisa interessante foi que o problema não estava no SUS, pois se não fosse o SUS, os sobreviventes internados de três a quatro meses no hospital, pagariam como? Por mais que o hospital privado diz ter recebido depois [...] se não fosse o SUS, quem bancaria isso tudo? O SUS por mais falho que seja, nesse momento foi um mecanismo muito forte. O deslocamento da Base Aérea, dos hospitais, então foi um aparato muito grande. A princípio entendo que o SUS absorveu essa coisa toda, esse movimento de pessoas [...] o momento do atendimento, acredito que foi forte em Santa Maria. Todos os hospitais daqui, mesmo não tendo experiência em catástrofes, foram de grande valia. Sabemos que com o passar do tempo vai amenizando [...] o cianeto, os médicos descobriram que dando o antídoto, recuperavam muita gente [...]. Uma farmacêutica de Porto Alegre RS entrou com um projeto, que levamos para dois Senadores – [nomes dos Senadores] e agora, depois de cinco anos, estão dando entrada para criar um banco, dentro do SUS, um sistema de antídotos contra qualquer tipo de queimadura. Em Portugal, solicitaram a ajuda do CIAVA [...], teve outro incêndio em São Paulo - SP que o CIAVA ajudou bastante [...]. Fui atendido pelos [nomes dos médicos] [...]. Voltei para a [nome da médica] novamente, depois retornei com a [nome da médica] no final, até que acabaram tirando a [nome da médica] do CIAVA e perguntei, o que está acontecendo? Será que a loucura da minha parte está sendo tão grande? Pois estou sentindo que todos os profissionais estão se afastando de nós (familiares) [...], de mim, estou sentindo certa rejeição [...]. A resposta da médica foi, pedirei para sair porque não fiz o concurso no HUSM para atender plantão. Quero poder ajudar outras pessoas, principalmente vocês que comecei. Expus minha posição, se for para tirar plantão, ser só médica plantonista, volto para a sala de aula, vou ensinar, tentar preparar as pessoas para ajudar futuramente [...]. Então, conversamos com o [nome do médico] que nos prometeu, tomarei providências, a partir da semana que vem mudaremos, traremos os médicos de volta. E até ontem nada disso havia acontecido [...]. Em cada reunião que [...] acabei me estressando porque as pessoas falam [...]

ontem mesmo fui no hospital e o procedimento era esse [...]. Acredito que um problema gere outros [...]. Precisei ser assistido por médicos de outras especialidades [...]. Tive que ir para a SMS, entrar em outra fila para [...]. Tem coisa errada com essa dificuldade [...]! Era cumulativo [...], no momento que te tiram dali já não tem aquele abraço, já está havendo certa rejeição [...]. A saúde está um caos [...], entrar no final da fila [...], houve muitas falhas [...]. A maioria foram serviços bem prestados [...]. Eu mesmo não tive acesso ao medicamento, porque o CID do meu problema não me dava direito de buscar [...]. Era prescrito com outro CID e a falta de desburocratização à época [...], prometiam que em 30 dias estaria solucionado o problema [...], até ontem a 4ª CRS não deu respostas sobre isso [...]. A parte do Estado, é a mais complicada de todas! O Município deveria estar mais presente [...]. Inclusive, o Estado à época, catalogou todos os problemas [...], todas as vítimas, sobreviventes [...], resultou em torno de 2500 pessoas cadastradas, mas quando fomos procurar no Estado, o cadastro havia sumido [...]. Se pedirmos ao Governador do Estado onde está o cadastro das pessoas [...], se perdeu. Tínhamos que dar conta de nome, endereço [...]. Eles (Estado) criaram uma ferramenta para realizar buscas de todos os sobreviventes, pois havia muita gente desassistida e ainda tem [...]. Só que esbarra na burocracia [...]. A [nome da Companhia de Processamento de Dados] custou para implantar este sistema [...]. Existiu falta de resolubilidade [...]. Em 2015, ocorreu um Seminário de Saúde e eu já estava sendo assistido no HUSM. Eu vinha tomando medicamento e não estava legal, então diz a médica, para com este medicamento. E me encaminhou para um cardiologista. Até ouvi de uma das pessoas que participou da reunião, uns três, quatro dias depois, você terá que procurar a SMS para ser encaminhado por lá [...]. Fiquei marcado, as pessoas não gostam quando falamos as coisas, contrariando-as [...]. Teve mãe que trouxe mais problemas do que soluções, então começamos a acompanhar isso e tudo começou a se encaixar [...]. Falei, não sei como ficará na lista de vocês, será mais um grupo de pessoas que gostarão menos de mim [...], mas acredito que as coisas devem ser ditas para se chegar a alguma solução [...]. O que foi bem feito da parte deles reconhecemos, mas houve falhas.

Como representante do Serviço Local (HUSM), vejo que o SUS esteve muito articulado, nossa vivência foi de que ele esteve muito articulado na fase dois (hospitalizações). Depois, foi se desenhando em algo mais representativo. Fui enxergando o Sistema se organizando, por via de tudo que está descrito na Legislação, na Lei Orgânica, tudo que normatiza o Sistema. Foi acontecendo. O [nome do gestor do hospital] ficou no HUSM e eu ia para as reuniões de fora, nos separamos. Quando era Município eu ia e quando era Estado ou paciente hospitalizado ele ia, para as discussões técnicas no hospital privado [...]. Então, neste momento, quem segurou, quem permitiu o funcionamento, foi a academia. Com a mão de obra, com a força de trabalho

para além das suas atividades rotineiras, das equipes do HUSM. Estou falando da residência multiprofissional, dos professores dos cursos de medicina, de enfermagem, de fisioterapia, de fonoaudiologia, dos profissionais do HUSM que faziam o seu horário até as 19 h, mas ficavam até às 21 h. Estou falando deste povo que acredita. Portanto, os profissionais e acadêmicos, todos os professores tinham ao seu lado um ou dois residente. Lembro - gostaria de (re) encontrar a menina da residência de fonoaudiologia - ela foi incansável. Outro exemplo, a professora [nome] que montou, na primeira semana, havia a unidade da professora [nome]. Ela montou equipe, assistia aos pacientes, nas primeiras 48 h montamos várias unidades, na lavanderia, na agência transfusional, onde os responsáveis eram professores. Uma pena não termos fotografado isso. Escrevíamos [indicando com as mãos como se estivesse colando uma placa em uma porta] o nome do professor, ou o nome do profissional e ali este organizava a escala, definia quem iria cuidar daqueles pacientes. Então, nas primeiras 48 h, foi assim que organizamos para abarcar todo o atendimento. Cheguei ao hospital, creio que passava de 02:30 h da manhã e até às 12 h, a [nome de pessoa da gestão do hospital] ficou somente ao telefone, na relação com os demais. Eu, o [nome] e a [nome], a médica, ficamos na Gestão. A [nome da médica] encaminhando os pacientes e eu organizando as salas para os atendimentos. Eu conhecia as pessoas, conheço, isso facilitou. Ajudou-nos muito. Então, essa parte foi muito interessante, a que chamamos de momento da emergência. Evidente que em 48, 60 h isso se desfez, pois conseguíamos remanejar os pacientes críticos, enfim [...]. Então, ali era a força do professor com seus alunos. Você pergunta se isso está mostrando que Santa Maria, nessa hora, mobilizou recursos que não sabia que tinha? Eu respondo, não sabia, exato. É por isso que digo, conseguimos enxergar a capacidade que o SUS tem de ser como a água, que vai entremeando todas as estruturas e dando vida. Dando vida, fazendo a coisa crescer e, aquela planta forte, fica mais forte e as plantinhas vão se desenvolvendo [...]. Tenho certeza que os alunos que participaram daquele momento, certamente irão Brasil afora fazer a diferença. Você pergunta se estou falando de outra forma de fazer Gestão, você me ouviu e diz, que neste momento, da emergência, um jeito diferente de trabalhar se instalou. Não é todo dia que falamos, professora, organiza uma frente de trabalho, coloca seu nome na porta e [...], olha só, a representante do Grupo de Interesse Gestão de Serviço Local (HUSM) está dizendo que, dentro do hospital, se instala um jeito de gestão que não é convencional. Para dar respostas. E dá respostas. Digo, para finalizar, que tenho certa tristeza - não sei se é a palavra que cabe - mas enfim, enxergar que temos no dia a dia, momentos semelhantes. Quando temos um PS, onde cabem vinte e cinco internados e definimos que a capacidade é de quarenta e três. Para chegar a quarenta e três com macas, mas já estamos com setenta. Deveríamos ter a capacidade permanente de estruturação.

Competência de chegar para quem está próximo, no dia a dia, até o professor que está com seus alunos em campo de estágio e dizer, quem sabe fazemos isso, reservamos essa sala, o professor fulano com seus alunos, estrutura isso, enfim [...]. Sei que isso também é um desafio para além daquilo que é estrutura da atividade deste ou daquele. Estou pensando isso também com alguns profissionais, pois acredito que o SUS é um campo enorme de desafios e experimentos.

A Gestão Estadual 1 (SES-RS) vê, na continuidade disso, que Santa Maria, pela violência e pela intensidade do incidente, teve que se (re) organizar porque não havia uma rede robusta de serviços. Nem na AB/APS, nem nas referências. No domingo, tínhamos identificado que precisávamos de cuidado 24 h. Existia a possibilidade de um CAPS 24 h. Vimos como oportunidade abrir um CAPS 24 h. Tomou-se a decisão de criar um serviço 24 h junto ao Município, Estado e União. Os primeiros momentos do serviço de acolhimento psicossocial aconteceram em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Depois, pelo convívio das equipes, concluiu-se que nem a cidade, nem o serviço estavam amadurecidos para chegar às 24 h, pois não era da natureza deste CAPS, que atendia Álcool e Drogas. E que, naquele momento, o objetivo era atender o sofrimento e a crise. Assim sendo, até por reivindicação dos familiares, cria-se o Acolhimento Psicossocial 24 h, específico para os familiares e sobreviventes. Este serviço tem hoje uma equipe com um conhecimento reconhecido e que tem dado suporte para outras situações como a de Chapecó - SC e Janaúba - MG. Em Minas Gerais não foi a quantidade daqui, mas a repercussão, por ser criança e o modo, incêndio, tem um reviver. Só que Janaúba - MG é um município do sudeste do Brasil e quando chegam lá os voluntários, o próprio Estado, a Região Sanitária e o Município respondem dizendo, temos RAS. Então, lá já existia, não sei dizer da AB/APS, mas certamente CAPS e que se (re) organizaram para cuidar dos familiares e sobreviventes da comunidade de Janaúba - MG. Estes chamam a experiência de Santa Maria, Mariana - MG e de outros lugares para conversar, talvez do Rio de Janeiro também, sobre o que aconteceu, mas já está no comando com o serviço. Santa Maria obrigou-se a criar serviços, talvez pelo desastre, quem sabe se não tivesse a situação não teria serviço 24 h. Depois, para acompanhar as pessoas, o serviço de fisioterapia, o CIAVA no HUSM, clínico, médico e toda a equipe multidisciplinar para cuidar. Santa Maria foi obrigada por esse incidente a dar respostas. E sempre de modo interfederativo, não só com o Município, (porque o SUS é interfederativo) mas com a União e com o Estado.

Nós, Gestores da SES-RS e Apoiadores das equipes de SM em Santa Maria vimos uma rede fragmentada, que não tinha diálogo, nem espaço de pactuações. O evento incidiu em uma rede com estas dificuldades. Outro elemento que me ocorre é a falta de planejamento da rede. Quando sentamos com o Município para ver quais as metas que estavam postas para a AB/APS,

não tinham metas. Não existia um plano de saúde desenhado, que pudesse, a partir daquele desenho definirmos, esta meta tem conexão com o evento da Kiss e combinarmos, vamos fortalecê-la, não havia. Não tínhamos de onde partir, então partimos do planejamento conjunto e aí sim, uma disponibilidade dos trabalhadores desta rede, inclusive de quem estava na gestão e quem mais me ocorre citar, da Gestão à época era a própria [nome], pessoa com muito conhecimento da rede local, das dificuldades, das agruras, ela era da SM. Todos os componentes, desde a APS passando pela secundária e terciária, toda a rede muito precária. A APS em si muito difícil de lidar. Equipes trabalhando com pouca cobertura, não existia cobertura, não havia equipes completas, a maioria destas não eram completas. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não faziam Visita Domiciliar (VD), então várias questões muito complicadas. A menina da AB/APS também com muito conhecimento da rede, conhecedora das fragilidades dessa rede, uma disponibilidade das duas. A Secretária da Saúde à época era a procuradora [do município], que nos ouvia muito, mas tinha uma restrição de entendimento por não ser do campo da saúde. Então, além de uma rede aquém das necessidades do município já posta antes da Kiss, uma rede que não tinha planejamento em saúde e que a gestão era feita pela pressão das urgências nas agendas. O evento Kiss sobrepassa a capacidade das RAS de qualquer município gaúcho. Caso acontecesse em Porto Alegre RS capital, que pensamos ter maior densidade de serviços instalados tenho certeza que daria colapso também, por conta de outras dificuldades que as RAS têm da intersetorialidade não estar posta, de o diálogo em rede não ser um exercício cotidiano [...]. Envolve todo um plano emocional, subjetivo. Caso acontecesse no Canadá, na Inglaterra com rede plena, com 100% de cobertura da AB/APS, seria o caos. Este é um evento para o qual não se está preparado nunca. Tantas pessoas ao mesmo tempo e várias sequelas, pulmonares, emocionais, de queimaduras, enfim [...], impacta toda a saúde em si, todas as redes, então, qualquer lugar não estaria preparado, pronto para isso. E ainda mais numa rede com estas características, e com estas dificuldades, talvez tenha impactado muito mais. Outra situação que me ocorreu agora, tivemos que ir desenhando junto com o Município, com o Estado e com o MS, por via do grupo da FNS-SUS, alguns protocolos. Por que um evento dessa envergadura, com a característica que foi o da Kiss, (essa fumaça que exalou, não tínhamos no histórico brasileiro esse tipo de incidente, para saber o que fazer), nos obrigou a desenhar protocolos de cuidado de pneumologia, de SM, de queimados, alguns tínhamos certo acúmulo tecnológico no país, outros não. Como a fumaça, que liberava uma substância do material que revestia o teto, gerou então, um tipo de problema que não sabíamos como resolver. Foi quando tivemos ajuda internacional do Canadá, da Argentina, o antídoto, a limpeza dos pulmões [...]. A ajuda internacional foi muito positiva. A solidariedade das pessoas, todos

impactados com o incidente, empaticamente as pessoas responderam rapidamente e também trabalhamos muito com a ferramenta do Telessaúde¹⁷. Não tínhamos apenas pessoas de Santa Maria afetadas, havia de toda a região, porque como Santa Maria é [...] as pessoas vêm estudar, vem morar aqui e elas vêm de outros municípios do entorno. Então existia um espectro maior para dar conta, como Estado, onde utilizamos essa ferramenta, pois era muito difícil conseguir levar toda essa densidade de pessoas que vieram para cá. Conseguimos trazer porque aqui era o epicentro do evento, mas como levar isso para cada município? Portanto, utilizamos o Telessaúde. Colocávamos o profissional em uma sala e este falava com pessoas nas CRS, assistidos por videoconferências, podendo interagir no momento, nos ajudando bastante. Os médicos argentinos que cuidaram do antídoto, nos ensinaram por skype a lavagem de pulmões específica para aquele tipo de espuma. No campo da saúde mental o que tínhamos eram outros eventos, de catástrofe natural, bem diferentes, mas onde se constrói também a partir dessas experiências, para dar conta deste evento. Que não chamamos de tragédia porque o trágico é algo que está dado para acontecer, do ponto de vista da tragédia grega, o trágico é o que vai acontecer e que na verdade, foi um evento criminoso que aconteceu. Aquela enxurrada de gente, vários organismos, um querendo ser mais protagonista que o outro [...] Tivemos que chegar e dizer, quem manda aqui é o SUS e serão os entes federativos que organizarão o cuidado. Todos puderam participar, mas a partir daquilo que o SUS construiu. Posso falar de várias situações, por exemplo, uma pessoa que veio vender pele artificial, outros querendo vender medicamentos, inclusive usando de prerrogativas pessoais, com pessoas de grande influência, políticas [...]. Recordo o Ministro dizendo que um [psiquiatra externo], indicado como uma grande figura do cenário político, havia dito que estava tudo errado o que estávamos fazendo em Saúde Mental. Conversamos com este profissional, explicamos nossas condutas dizendo que organizamos o cuidado aos cuidadores, às famílias e foi-lhe mostrando como tudo estava sendo feito e organizado. Então este perguntou, o que vocês estão dando de medicação? Qual é a prescrição? Respondemos que dependendo o caso a prescrição é medicação X, prevista na tabela do SUS, e o profissional em questão disse, não, a boa é a Y. Então contrapuz, mas fulano, convenhamos, é o mesmo composto, tem uma variação muito pequena e essa não está na tabela do SUS. Mas não tem problema, disse o psiquiatra externo, eu dou a medicação, tenho várias amostras e posso dar a medicação. A amostra acaba, eu disse, e isso é um cuidado longitudinal

¹⁷ A Plataforma de Telessaúde do MS é uma ferramenta online desenvolvida para solicitação de Teleconsultorias e Telediagnósticos pelos profissionais de saúde que trabalham na Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica (APS/AB). Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/teleconsultoria/plataforma-de-telessaude/>> Acessado em: 12 mar. 2018.

que devemos prestar, não sei quanto tempo, pensamos que pode levar anos. Não tem problema, eu tenho fornecedor, insiste o psiquiatra. Então, foi esse tipo de coisa que aconteceu, outros voluntarismos, gente que chegou naquele caos dizendo que estava vinculado a humanização e não estava. Em um momento que não estávamos presente, entraram na equipe dos primeiros dias, selecionaram um turno e fizeram VD. Quando chegamos, (eu colocava em números, fazíamos debriefing também com a equipe que estava fazendo a atenção) nos falaram que o pessoal da humanização foi fazer VD para várias pessoas. Como foram fazer? Quem são essas pessoas? Da humanização são outras. Esse era o pessoal que veio de [estado], da humanização. Neste caso, quando voltarem das VD mandem falar comigo porque quero saber quem são, pois não é assim. Bom, não é chegar e dizer que é da Humanização, tem todo um treinamento que precisa ser feito, tem todo um processo de educação permanente previsto, então tem que passar por outro processo, não é só chegar e fazer. Essas pessoas fizeram VD e quando voltaram, a pessoa que estava coordenando o serviço disse, vocês têm que descer para falar com o [nome] que é do governo do Estado. E eles disseram ok, mas foram embora. Quando subi perguntei, e o povo que fez a VD não veio? Veio, mas disseram que iriam falar contigo. Não, não foram falar. Deixa-me ver o prontuário. O que evoluíram no prontuário? Então, a evolução de uma profissional, inclusive psicóloga, evoluiu no prontuário risco de suicídio, não passou para ninguém e foi embora. Fez o seu voluntarismo, foi lá, conversou com a pessoa, avaliou risco de suicídio. Por isto, tivemos que fazer todo um caminho, pois não podíamos voltar direto, podendo causar mais estresse nesta pessoa que não estava bem. Lembro que foi a psiquiatra de São Lourenço do Sul - RS, apoiadora aqui, que fez uma ligação telefônica, para podermos revisita-la. Fizemos o acompanhamento, um cuidado continuado e mais VD. Mas enfim, foi todo um problema. Em cada reunião aparecia mais um profissional caído de paraquedas. Aconteceu muito, das pessoas que estavam trabalhando, uma disputa por ser donos do desastre, ser aquele que trouxe a intervenção para a Kiss. Universidades de Porto Alegre RS, outros organismos internacionais, enfim, um monte de gente querendo ser dono do cuidado. E na verdade era o SUS que estava ali operando e organizando tudo isso. Foi muito desgastante. Foi uma das coisas mais desgastantes e eu me ocupei bastante naqueles primeiros dias, de barrar isso. Usamos bastante a experiência dos MSF e de outros organismos que atendem catástrofes (piores até) [...] catástrofes grandes, catástrofes sociais, de guerras, etc. E essa questão, muito importante, da dificuldade de fazer valer os princípios e diretrizes do SUS. Era muito centrado naquilo que poderia ser costurado como um cuidado longitudinal e provado cientificamente, digamos assim, das ciências duras, da ciência biomédica e da ciência social que era melhor para as pessoas. Então a gente optou por esta linha e foi construindo com as regiões, com o

município, com a rede em si. Usamos muito a ferramenta do Apoio Institucional, porque como já foi dito, tínhamos muitos municípios envolvidos. Identificamos as pessoas que faziam o apoio, nas coordenadorias, no grupo central, a própria ajuda do MS, da Humanização, para espalhar um pouco essa premissa do apoio e trabalhar nessa lógica. Redes quentes de pessoas com experiências. É lidar com um extremo (desastre) e a partir do encontro, construindo juntos, a supervisão se fazia em campo, em ato. O apoio não é voltar e ir para o consultório, mas ‘vamos supervisionar esse caso’. E que essa gestão que se faz, se aprende no cuidado, no dia a dia. Então, falando de quem viveu a Kiss e que usa isso no seu cotidiano de trabalho, muito daquilo que pensamos coletivamente, organizamos coletivamente, foi influenciado pela radicalidade da Kiss. E usar o exemplo da Saúde Mental, volta e meia saía na mídia algum boato de suicídio. Não teve nenhum suicídio durante o período. Foi zero caso de suicídio. Isso é uma marca super importante do trabalho da Saúde Mental. E se sabe que não se noticia suicídio. Tem essa delicadeza. E tivemos que ir toda hora para a mídia, desmentir boatos e noticiários. Lembro que naquelas primeiras semanas era a Fátima Fisher¹⁸ nossa “mulher da mídia”. Revezávamos para falarmos com a mídia, porque tínhamos vontade [...]. Estávamos 48 h sem dormir. Então precisávamos desmentir. Dizer, não teve suicídio, isso é mentira. Entre os profissionais que estavam trabalhando no desastre havia burburinhos em relação a suicídio e tínhamos que desmentir estes boatos. E o efeito disso, saía na mídia imediatamente. Muitos pais se deslocavam para o Acolhe Saúde por isso. Dizíamos, não tem ninguém, e aquelas pessoas poderem acomodar aquela nova notícia de que aquilo não era verdade. Então a mídia foi uma questão muito delicada [...]. Tiveram exceções como o [nome] lembrou, do rapaz que de fato [...] estava no dia [...] foi muito bom mesmo, ele dizia, quero conversar com a senhora, mas eu estou entendendo que a senhora precisa também descansar um pouco, o que eu posso fazer? Ele era da Rádio [nome], uma pessoa fantástica. Perguntava o que eu posso fazer? Quer que providenciemos alguém? O que vocês estão precisando? Porque, por exemplo, o [nome de âncora de telejornal de grande rede de comunicação] disse que precisávamos psicólogos. Nós não tínhamos onde encaixar mais psicólogos, era o profissional que mais tinha disponível. E tiveram psicólogos que vieram - não querendo falar de uma profissão específica - e perguntaram, não vamos atender? No CDM. E falávamos, isso (que estamos fazendo) é atendimento. Vocês não sentarão em poltronas [...]. Tu vais ficar de mão com ele (familiar, amigo), acompanhá-lo se preciso for [...] e os profissionais perguntavam, mas isso é atender? Nesse caso é. Chorar junto até se for o caso. E havia uma distorção também, que estes,

¹⁸ Maria de Fátima Bueno Fischer à época do desastre atuou como Conselheira efetiva do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul.

frustrados, queriam fazer uma escuta analítica da [...]. Os voluntários foram essenciais e ajudaram. Então começamos a puxar esses momentos, fazíamos, juntávamos as pessoas, dizíamos como é que a proposta para o trabalho iria acontecer e as pessoas faziam, faziam o que tinham que fazer, sem questionar, mas sou doutora, tu vais me botar fazendo tal coisa? Esse lado, acredito que foi muito positivo dos voluntários, assim como teve problema com um grupo que chegou e disse, agora nós assumimos. Estado desapareça. Não, temos uma pactuação feita em um cenário, onde realizávamos reuniões de 4 em 4 h, em um primeiro momento.

Para a gestão da SES, responsável pela Regulação, a terceira fase é o seguimento dos pacientes. Estabilizou, não estamos esperando mais [...]. Esta é a fase dos cuidados aos pacientes que estão em Porto Alegre RS, que precisavam de mais equipamentos ou de outros cuidados. Estes já estavam sob cuidados, mas existiam as complicações, e mais os procedimentos [...]. E para Santa Maria vão cirurgiões (um cirurgião plástico do Cristo Redentor foi ajudar no HUSM), neurologistas (um professor do hospital de Clínicas foi fazer as fibrobroncoscopias, ajudar com as fibrobroncoscopias, levou equipamentos, por causa dos pacientes com problemas de aspiração). O terceiro momento foi longo, pelo menos para mim, na Regulação, foi muito longo. Ficamos um mês, um mês e pouco acompanhando os casos, tentando gerenciar as consequências mais mediatas e as não tão imediatas do desastre, com os pacientes. E ver quem (sobrevive) nas três primeiras semanas pós-desastre, porque é nas primeiras três ou quatro semanas que morrem os demais pacientes. Depois disso, os que passaram da quarta semana, se não me engano, não houve mais nenhum óbito. Depois de quatro semanas. Essa terceira fase, depois que os pacientes foram para Porto Alegre, que não tinha mais grandes deslocamentos. Coordenamos as relações todas entre Porto Alegre e o Estado [...]. Foi o Departamento que coordenou equipamentos, buscou viabilizar financeiramente e, em determinado momento, fiquei responsável por centralizar todas as informações, dos casos dos pacientes. Foi importante cuidar para não virar um espetáculo de mídia. Neste sentido, foram tomadas decisões que - eu acredito - tenham sido muito acertadas. Foi centralizado na equipe de Assessoria de Comunicação da SES, uma equipe que não é pequena, as informações sobre os pacientes, os acontecimentos em virtude do desastre, inclusive o que acontecia nos hospitais.

Digo, como gestora de serviço local (HUSM), que o SUS sofreu com a fase três, sofreu, no meu ponto de vista, alguns efeitos que não são do Sistema. Que são da capacidade de quem está na gestão, naquele momento. Então, os efeitos que o SUS sofre na terceira fase, para nós, na percepção do HUSM, é aquilo que sofremos em todos os momentos. Tivemos alguns problemas da segunda para a terceira fase. Entra naquilo que ainda não está institucionalizado - a questão da contrarreferência, que agora chamamos de [...] que é a saída desse paciente para

a chamada alta responsável. Que esse paciente saia do hospital com tudo que vá necessitar, indo para o outro serviço, em que o próprio hospital referencie dizendo, vocês receberão um paciente e que junto chegue o histórico dele. Esse foi um problema, pois tivemos que ir buscando os pacientes. Alguns ficaram em casa perdidos, houve casos de pacientes que agravaram e que acabamos buscando tardiamente, mas encontramos e resolvemos. Foram aqueles casos que apareciam na televisão, onde exibiram imagens muito complicadas, de paciente que saiu de Porto Alegre e voltou para casa sem nenhuma orientação e acabou com um processo de reinfecção das lesões. Acabou tendo processos bem mais difíceis de tratamento destas lesões, então, essa fase teve também esse problema. Mas acredito que isso não é do SUS. Isso é das estruturas, do modelo da atenção, da nossa prática. Da nossa prática clínica. Não é da política.

Como gestão do SUS/SES vejo que o modo de funcionar é frágil. São serviços que não têm uma história. Santa Maria tem uma história de formação de profissionais, de serviços comunitários, volto a dizer isso, aconteceu o Simpósio Internacional de Saúde Mental Comunitária, mas os serviços de Saúde Mental na Reforma, os serviços substitutivos demoraram para acontecer, em relação a outros, na década de 80 e final desta década. Já tinha em São Lourenço do Sul - RS, Novo Hamburgo - RS, Alegrete - RS e em Santa Maria ainda não. Foi no esforço dos trabalhadores [nomes] criando um serviço mais robusto, inicial, imbuído do cuidado. Até criar um CAPS aqui, demorou muito mais do que em alguns outros municípios. Santa Maria poderia ter iniciado com CAPS 24 h na década de 90, início de 2000, no entanto, não começou. E, tanto é isso, que quando acontece a boate Kiss, havia a proposta de um CAPS III que não estava aberto. O próprio serviço existente se sentiu invadido no seu cotidiano de cuidado, para trabalhar nas 24 h. (Apesar de que a dificuldade de trabalhar 24 h nos CAPS é generalizada e no RS tem pouquíssimos CAPS 24 h. Porto Alegre agora nos anos 2008 em diante, 2010 para cá que tem, não faz dez anos praticamente que tem CAPS III e com muita dificuldade). E a fragmentação é não trabalhar em conjunto. Santa Maria tem esforços, experiências boas, mas não são sistêmicas.

A pesquisa me denomina representante do grupo de interesse gestão de serviço local, mas às vezes o que eu falo é representativo do eu [nome] olhando para isso, eu sempre digo eu, porque não sei se os outros tiveram esse olhar. O HUSM fez os mutirões para acolher a todos. E fazíamos a classificação. Muitos estavam hospitalizados. A partir de 18 de fevereiro de 2013, os protocolos que definem que o HUSM fará a classificação de risco ficam prontos. Remete para seus ambulatórios. O modelo biomédico, centrado ainda em hospitais, essas estruturas complexas, é o que dificulta. Pois quando considerávamos o paciente em um grau de menor complexidade e quiséssemos transferir, eles não queriam ir para a AB/APS. Mas a resistência

de migrar de um local para o outro, se falarmos com os familiares das vítimas, estes têm muito isso de querer vir para o HUSM, mas não querer sair depois. Isso nos dificulta muito quando trabalhamos dentro de uma estrutura dura como é um hospital. Quando ficamos com o paciente ad eterno e estamos vendo que este só vem fazer uma visita, não vem fazer [...]. Isso não tem a ver só com a Kiss, do meu ponto de vista, isso é uma questão, não sei se podemos chamar cultural, eu acredito que seja o modelo que interfere nessas decisões. Por quê? Por que ainda achamos que médico de família é um médico menos qualificado, achamos que a AB ainda é algo que não responde, que não podemos contar muito, ainda achamos uma série de questões de menosprezo, para a AB/APS.

Como representante da gestão regional do SUS, registro que formamos uma Comissão composta pelo HUSM, gestão do Município, a Regional, mais tarde, um representante dos pais. Quando começaram as questões da medicação, percebemos que, a não ser na questão da saúde mental, daquele serviço específico, a rede e as Unidades de Saúde acho que ficou assim (sinal de que ficou ruim), com alguma exceção talvez. Então, houve a necessidade de montar uma equipe, ir atrás das pessoas, saber onde estavam, quem tinha sido só atendido e que nunca mais retornou, quem estava com sintoma. Tínhamos que ter montado um programa, nunca tivemos apoio para isso, fomos pedir pessoal, nunca veio pessoal. Então fomos obrigados a lidar com o que tínhamos, pegar uma pessoa mais uns estagiários, tirar da função deles e colocar especificamente. Havia a necessidade de telefonar para todos (sobreviventes), um a um. Foi quando começou a questão dos mutirões. Aonde tu irias procurar as pessoas? Como fazer contato? Precisávamos colocar gente para fazer isso. Exigir outras competências que no dia a dia não se tinha. Ficou uma pessoa da FNS, no primeiro momento, nos dando apoio, mas não poderia ficar para sempre. Eu sabia que teria que me virar, não eu mas toda a equipe, tivemos que chamar o pessoal da Cruz Vermelha (CV) que nos deu suporte, na parte da psicologia, pois também precisávamos disso. Mas o que digo é, na parte administrativa, de pessoas, mais gente para fazer, para delegarmos, pois não podíamos fazer tudo. Então isso faltou. E depois vem aquele momento dos mutirões, daí acredito que conseguimos trabalhar bem as três esferas de gestão. O Município, o HUSM, a Coordenadoria e mais ajuda, sempre com ajuda, não podemos esquecer o pessoal de Porto Alegre RS. Então os mutirões, toda a organização e depois vêm os protocolos, o resultado foi bom, mas foi um sofrimento, brigas de beleza [...]. No início, o que aconteceu? Os médicos, quando não havia os protocolos, começaram a prescrever todos os tipos de medicações. E não é possível o Estado fornecer tantas coisas diversas, até para comprar era difícil. Foi uma negociação inicial, com o pessoal da gerência, da assistência farmacêutica, de que algumas coisas deveriam entrar a mais no rol das medicações. Não tinha, mas o que tomo?

Em que quantidade? Esse foi outro trabalho. Então o pessoal da farmácia começou a fazer esse levantamento, junto com o pessoal do HUSM, que trabalhou sempre junto, para ver quais medicamentos incluir. Quando conseguimos uma lista para enviar para Porto Alegre RS, e com toda argumentação que tem que ser feita para comprar fora de uma licitação, os médicos prescreviam outras coisas. Claro, as coisas vão evoluindo, então se começou a falar dos protocolos. Tem que ter protocolo para tudo, pois não é possível. Depois, mesmo com os protocolos, teve muitas pessoas que consultavam em consultórios particulares, que não frequentavam apenas o CIAVA. Principalmente na questão da Saúde Mental e então, sempre teve esse estresse muito grande, pois havia uma demanda de medicações que não eram do rol das medicações e que eram difíceis de comprar, fora de toda a dureza que é [...]. Quanto às medicações, segundo os especialistas que se reuniram, nem sempre eram as melhores, mas e aí, vai discutir com o pai que foi lá falar com o fulano de tal que prescreveu tal coisa? Flexibilizamos toda a questão de cadastro, tudo foi flexibilizado. Só que o que aconteceu também? Começaram a surgir pessoas que não tinham nada a ver com a Kiss, entrando para conseguir medicações. Por que as notícias logo circulam, estão fornecendo tal medicação. Começou a entrar processos de pessoas que [...] pois tudo tinha que ser pesquisado. De onde vinha essa pessoa? Quem estava receitando? Deixamos um pouco com o CIAVA, pois algumas medicações foram para o HUSM, mas claro que teve muita gente descontente, que não foi atendida como gostaria e acredito que houveram sim algumas falhas. Muitos entraram na justiça, mas depois que o HUSM, principalmente os pneumologistas e o pessoal da Saúde Mental adotaram os protocolos, houve uma época que aquilo fluiu.

Do ponto de vista da Regulação (SES - Regulação), O CIAVA é o que chamo de quarto momento. Que é o seguimento dos pacientes, para criar um espaço de cuidado continuado, porque muitos ficaram com sequelas, ou precisarão acompanhamento talvez a vida toda. Este é criado com uma perspectiva de integralidade. Em termos de gestão do cuidado acredito que deixamos de registrar muitas coisas, mas como a maioria destes trabalhadores/gestores estão ainda em Santa Maria, são capazes de recordar e registrar [...]. Poderíamos ter aproveitado mais. Talvez pelo impacto todo, mas muitos de nós ficamos com a experiência de gerenciar catástrofes, mesmo sem ter a formação, uma formação mais específica. Foi um treinamento intensivo. Por que tudo deu certo, apesar de nada ter sido planejado. Houve muito bom senso de várias pessoas, que usaram suas experiências, pois é um fenômeno que não se tinha vivenciado, por que em geral, pretensamente temos que prever com tecnologia dura, tu tens que prever. Mas as pessoas acham que, se cada um sabendo o seu pedaço, tem essa fragmentação, tudo se resolve. Não, não foi assim. Tivemos que nos envolver e misturar, pelo menos no nível

da gestão e também acho que no nível da atenção. Da assistência não participei, mas da gestão participei intensamente, um processo em que aprendemos bastante, o que faltou realmente foi registrar mais isso. Foram poucos os registros do processo de cuidado, da gestão do cuidado. Pouca coisa. Mas muito aprendemos. Uma das coisas que marcou para mim, mostrou o quanto fomos competentes, fomos felizes em cuidar e é graças ao SUS existir. Existiu SUS e existia protagonismo dos gestores, pelo menos à época, para se responsabilizar por isso. Teve uma dedicação importante e para garantir o pouco que está seguindo até hoje, que é a preocupação com a integralidade e a longitudinalidade do cuidado. Seguir as pessoas. Então não é a toa que tem o CIAVA no HUSM, do SUS, de pessoas que são, sempre foram defensores do SUS. Essa experiência não perdemos, só faltou sistematizá-la. Está pouquíssimo sistematizada. Tem muita coisa sobre cuidado, assistência individual, mas pouca coisa sobre a gestão desse cuidado. E foi uma gestão de cuidado muito complexa porque envolveu vários níveis, o macro, meso e claro, o que relatam mais é a gestão micro. A gestão do cuidado de paciente a paciente.

A gestão regional entende que ajudou muito a vinda de pessoas como a própria [nome], da Política Nacional de Humanização (PNH), como o pessoal da Secretaria que veio na parte de Saúde Mental. Aquele mapeamento feito, acho que foi fundamental. As reuniões, depois o pessoal da AB/APS começou a participar de vários momentos, que foi bastante importante. Pensamos, levará um tempo, mas daqui a pouco esse pessoal voltará. Como será isso? Ficamos apavorados porque existe uma baixa cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF), pois as pessoas em Santa Maria correm de um lado para o outro. Agora, não sei como está nesse momento, mas havia a experiência de que nas ESF têm um pessoal cadastrado, mas tem posto de saúde funcionando junto, com equipes incompletas, uns fazendo horário aqui, horário ali, então pensamos, como será isso? Existia um trabalho em andamento, sendo coordenando, mas a preocupação era muito grande, de como seria esse retorno e não só com Santa Maria, pois começamos a nos dar conta de que tinha muita gente atendida no PS e, que em seguida, voltou para as suas cidades. E estavam com sintomas. A ficha vai caindo aos poucos, porque até aquele momento nós tínhamos acionado duas pessoas da CRS. Não tínhamos acionado a equipe, então reunimo-nos, a CRS e definimos que a responsável pela AB/APS teria que estar junto da Saúde Mental também. Nos outros municípios dar uma mapeada para ver onde essas pessoas estavam, a maioria era de Santa Maria, mas tinham muitos de outros municípios. E alguns municípios com várias pessoas. Algumas já tinham retornado para suas cidades de origem e outras estavam em Santa Maria e de alguma forma aquelas iriam retornar. A questão dos protocolos, principalmente de pneumologia, que o pessoal de Porto Alegre queria de um jeito, o pessoal de Santa Maria queria de outro, mas era uma questão muito médica. A parte da enfermagem, de

Acolhimento, da Saúde Mental, foi tudo mais pacífico. Mas a parte da pneumologia foi muito difícil. A parte do tratamento dos queimados foi mais tranquilo também, acho que muito pela característica das pessoas que estavam na frente, no comando. Acredito que a questão de apoio e de manutenção do diálogo entre municípios, entre o Estado, entre os serviços, é muito frágil em Santa Maria. Ainda cada um faz do seu jeito, na Secretaria, na ponta (se referindo à AB/APS) [...]. Na CRS fizemos um movimento tão grande e depois no final, quando fomos avaliar, vimos que conseguimos alguns avanços, mas agora, conversando de novo com o pessoal, falta/volta tudo. Então fico me perguntando, como podemos fazer para manter vivo isso? Eu acho que precisa ter, como antes, na Saúde Mental, um apoio para as equipes. Um CAPS. Tem que ter um apoio para essas equipes da AB/APS, um momento em que essas pessoas possam conversar. Como deve existir apoio entre os gestores também. Quando havia essa presença, até de pessoas de fora, que reuniam, falavam e não ficava naquela coisa, esse está querendo aparecer mais, ou está querendo ir para o jornal. Quando tinha essa pessoa de fora, que vinha e que fazia com que a gente pudesse dialogar, sem [...], isso funciona. Em um momento tu tens, mas daqui a pouco não mais e claro, teremos que lidar com isso. Vamos perdendo o fôlego. Por que sempre tem que ter um que faça isso. Que puxe, por que senão nem as reuniões saem mais. As pessoas nem queriam mais participar da Comissão. Esta Comissão era um momento de tomar algumas decisões, mas também era um momento em que éramos ouvidos. Podíamos falar. Então era um momento nosso, das nossas coisas [...]. Penso que, não constante, não o tempo todo, mas precisamos ter momentos e pessoas, não precisa ser de fora, mas que tenham conhecimento da PNH, apesar de que isso só não basta, tu tens que praticar no dia a dia. Continuar estudando e participar com outras pessoas e com outros apoiadores para renovar forças. E tu estás ali, eu sei que é uma função nossa, como apoiador. Volta e meia tem que ter um olhar [...] isso acho que falta. Ao menos foi o que senti. Os limites, todas as dificuldades e os avanços, foi bem importante. Pelo menos enxerguei isso.

Como representante do Grupo de Interesse Gestão Serviço local (HUSM) digo que essas mudanças que aconteceram, na insegurança - por que foi insegura a transição - não ofereceram aquilo que esperávamos com relação à continuidade. Criamos um horário especial, por serem estudantes, ficaram todos para o final da tarde, com uma equipe multiprofissional naquele espaço do CIAVA, por que como existiam as especificidades, por nunca termos vivido uma situação semelhante, demandou que a estrutura de referência agisse desse modo. E, para descaracterizar que os sobreviventes e familiares eram os usuários diferenciados do SUS, defendi, o que foi muito contestado, mas não me arrependo hoje, que não fizessem a tal carteirinha de vítima da Kiss. Foi uma proposta discutida lá atrás, no primeiro ou segundo mês

e teve vários defensores, mas eu disse não, que não concordava, não quero carteirinha para a Kiss, não quero carteirinha para uma pessoa com câncer, nem para um HIV soropositivo. Não precisamos carteirinhas, pois todos são usuários do SUS. Portanto, essa para nós, foi uma caminhada muito interessante. Mas o mais interessante, no meu ponto de vista, que as falas retrataram, é que a Constituição, aqui, onde a coisa acontece, de organizarmos uma estrutura nos moldes de Controle Social, deu corpo, deu aquilo que precisávamos dentro do SUS. Um corpo pensante. Tenho uma professora que falava muito em corporeidade e ficava pensando, como trarei isso para dentro do trabalho? Então, depois da Kiss eu comecei a entender o que ela queria dizer. Que a corporeidade é enxergarmos o abstrato e transformá-lo. Para mim, o Grupo Gestor do Cuidado, deu corpo para o Sistema e foi capaz de ser o ente pensante, para dali direcionar e estabelecer as responsabilidades. [O atendimento], bancamos para todos. Inclusive aqueles que optassem por buscar os seus convênios próprios, para atendimento. Tem um caso bem emblemático, de [profissão], que tem assistência de plano privado. Ela falou, vou me tratar com o meu médico lá no privado [...] e foi. Fez o cadastro aqui (no CIAVA), temos o banco de dados, fez o cadastro e um dia, numa ocasião, a colega do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) identificou uma pessoa com insuficiência respiratória. Eu pergunto, mas como? Já fizemos as buscas de todos os trabalhadores. Então ela me passou o nome, fui ver no cadastro, tinha uma observação. Optou por acompanhamento no seu médico de referência. A partir daquele momento, a trouxemos para dentro do Sistema e ela ficou no grupo aqui, do HUSM, de avaliação e acompanhamento da pneumologia. Não estou dizendo que lá (no privado) não fazem bem, estou querendo dizer que permitiu que algum [...] escolheram procurar os atendimentos que acreditavam ser mais rápidos, mas no fim, o que aconteceu? Deve ter no Grupo Gestor do Cuidado, um documento expedido a todos os pneumologistas, em serviços de Santa Maria, dizendo que gostaríamos de ter o cadastro, os nomes dessas pessoas, para trazê-las para o banco de dados do HUSM, por que com o MS quem se comprometeu foi o HUSM. Então, precisávamos saber como estas vítimas estavam sendo acompanhadas e qual o estado delas, sua situação clínica. Uma a uma. Isto, delegávamos ao Grupo. Eu dizia, não posso enquanto prestadora entrar no consultório do médico fulano de tal, enfim, não tenho nem autoridade para isto, mas o Estado pode. Ele é o Gestor da Saúde, então ele pode. Precisamos de um novo desenho. Por que é fato os encaminhamentos da política, de congelamento por 20 anos, de um novo modelo de SUS limitado, de planos [...]. Só que o que é fato também em um hospital como o HUSM, é que ele terá que continuar decidindo sobre as coisas. Terá que continuar dando conta de muitas coisas, então esses desenhos, esses experimentos precisamos fazer nessas estruturas. Só que a fase dois seguiu aquilo que é modelo.

Paciente interna, fica sob cuidados naquele período [...]. A FNS, em um olhar de hospital, foi relevante, porque trabalhou conosco como um potente nutriente, para as estruturas existentes. Ela nos deu segurança de que esse era o caminho. Eu diria que a FNS é o Sistema do SUS, aquela estrutura do Governo Central que consegue vir para onde a Política acontece. Ela teve essa representação para nós. Para mim especialmente. Por que veio, se fez presente nos mutirões, buscou solucionar com maior agilidade a questão da infraestrutura de tecnologia. Tem liberdade. Para mim a liberdade que a FNS tem dentro da estrutura, consegue tirar um pouco aquele gesso que o sistema burocrático traz consigo. Então ela parece uma mola, que se molda, que permite, que favorece. Enfim, acho bem positivo o trabalho deles. Tanto na comunidade pelo que eu acompanhei, pois nos ajudou muito na questão do voluntariado, foi importante, assim como nos ajudou na abordagem especializada. Por que mobilizou especialistas.

Eu, no GF com familiares, como usuário desse sistema de saúde que [...], no início foram abertas contratações imediatas para médico psiquiatra no CIAVA, fui assistido lá. Teve uma questão negativa, passei pelas mãos de todos os psiquiatras que estavam assistindo lá. Comecei com uma médica e dois meses depois ela estava indo embora para o [local] e me passaram para outra e fui passando assim de mão em mão. Perguntei para uma delas, o que está acontecendo? Vocês não estão aguentando mais escutar as nossas loucuras? E ela me respondeu que não era assim [...]. Pois estávamos criando um vínculo com o profissional e em seguida acabava sendo passado para outro, tendo que contar sua história lá do começo outra vez. O que marcou muito foi que no final de 2013, início de 2014, tiraram os médicos psiquiatras contratados para prestar atendimento no CIAVA e os colocaram só para realizar plantões no hospital psiquiátrico. No lugar destes, inseriram pessoas que estavam iniciando, médicos residentes, o que gerou uma situação muito constrangedora [...]. Deveríamos ser assistidos por um médico de perto, por um psiquiatra, um psicólogo [...]. Estou colocando minha história para ser assistido por uma pessoa que não tem experiência nenhuma [...] cada pergunta, cada questionamento, ir lá tirar as dúvidas com o médico que está acompanhando presencialmente [...] até que as pessoas acabaram, quase que 100% delas, não tendo continuidade com o tratamento no CIAVA [...] algumas pessoas foram para o Acolhe Saúde, outras para clínicas particulares, é complicado! Estávamos nos estressando, porque o Sérgio¹⁹, eu e essas duas mães que estão aqui, não tivemos a chance de lutar por um comprimido para nossos filhos, pois foram vítimas fatais, morreram lá no início, no dia da tragédia. Mas nos sentimos comprometidos moralmente de lutar por aquilo que o Estado tem a obrigação de fazer, sanar com esses medicamentos, para essas pessoas que vinham

¹⁹ Sérgio da Silva é o atual presidente da Associação dos Familiares de Vítimas e Sobreviventes da Tragédia de Santa Maria (AVTSM).

para um tratamento continuado e não conseguimos. Fomos no Conselho Nacional do SUS novamente para repactuar o contrato feito, Município, Estado, por mais cinco anos [...]. O pessoal da saúde entende que deve haver um acompanhamento de mais cinco anos no mínimo com estas questões pulmonares, etc. Além de lidar com essa dor, tínhamos que lidar com o ego dos profissionais, não só dos profissionais da saúde, advogados [...]. Uma coisa que nos marca muito é que a morte dos nossos filhos ajudou a alavancar a carreira deles [...] de muita gente. O SUS foi primordial, se não fosse ele, estaríamos ferrados, as famílias estariam ferradas! Os três entes, o Governo Federal fez a parte dele, pactuações, pagar as contas [...] quando chega ao Estado, este falhou na medicação, é falha deles desde 2013, inclusive hoje em dia ninguém pega medicação, não sei como está lá, a maioria não deve estar pegando, a princípio. Na questão do Governo Federal, tem o CIAVA, o atendimento lá não tem de que reclamar, pelo menos o pessoal nunca reclamou. O atendimento das profissionais, que têm os sobreviventes como filhos [...]. Também o Acolhe Saúde (municipal) com a figura [nomes], pessoas que deixaram de lado a questão profissional e estão mais próximos da gente. Existe esse vínculo que criamos. Tivemos um contratempo com o município, o Schirmer²⁰ era prefeito à época e não tínhamos como negociar com ele. Famílias não iam lá por causa do Schirmer, não queriam ser atendidos por causa dele e agora, estamos mais tranquilos, foi passando o tempo e as pessoas entendem mais o que é a figura do Município para a saúde. O Município é a parte psicossocial apenas. A psicológica e a social. O Acolhe também não está [...] na época era uma estrutura imensa [...] o cliente está ali, daqui a pouco some. É fluxo. A tendência do Acolhe é dar uma enxugada. Mas eu acho que está respondendo aos poucos. Nós, familiares, vimos que no HUSM, àquela época, tinha oito psiquiatras, só que foram tirados do atendimento, ficando o [nome] coordenando. E um dia perguntamos, o que está acontecendo, queremos os psiquiatras de volta, nada contra os residentes [...] que trabalhem juntos [...]. Por que procurávamos ajuda e o profissional não sabia dizer nada com certeza [...]. Tem gente que palestra sobre a Kiss e não apareceu por aqui. Outra coisa que tem que ser inserida é o banco de dados, para que esses dados todos, das pessoas envolvidas, que foi feito à época pelo Estado, mas sumiu. Então, imagino que exista esse banco, de todos os dados, feito pelo Município, pelo governo do Estado e pelo governo Federal, neste caso o HUSM. O HUSM tem que saber de todos que passaram pelo atendimento. Um banco de dados para fazer o levantamento desse povo. Deve ter um, mas deve estar jogado [...]. A AVTSM não tem as vítimas todas porque estão espalhadas. Pela falta de experiência que Santa Maria teve, como recebeu essa história na parte de saúde, acredito que esteja, não vou dizer

²⁰ Cezar Augusto Schirmer foi prefeito à época do Incêndio na Boate Kiss. É o atual Secretário de Segurança Pública do Rio Grande do Sul.

preparada, por que preparado ninguém está, mas estamos prontos, mais experientes. Agora Santa Maria está mandando a informação para aqueles queimados, aquelas crianças, já enviou para Chapecó, a parte psicológica. Então Santa Maria está transmitindo suas experiências. Plantando a sementinha, que é o caso do antídoto [...] não quer dizer que vai ficar pronto mas pelo menos já tem uma sementinha. Então acredito que a questão de Santa Maria quanto à experiência, está produzindo. Tanto que a universidade está estudando, pesquisando, nós como “cobaias” estamos funcionando. Nós somos cobaias do Sistema! Quanto à questão dos profissionais adquirirem experiência, estão exportando, levando para outros países, é muito positivo, embora tenha sido dolorido, por que nos machucou muito e falta muita coisa ainda. O próprio Governo, deveria investir mais em prevenção, não naquela prevenção de acidentes, mas prevenção para quando ocorrer uma tragédia. Esperamos, acreditamos [...]. O corpo de Bombeiros não foi criado para apagar incêndio [...]. A grande preocupação hoje, com esses hospitais públicos, como o caso do HUSM, os Governos estão encolhendo [...] a roubalheira é tão grande que dizem não ter dinheiro para investir na saúde, na educação. E precisa, nas universidades, para a questão das pesquisas, que por incrível que pareça, aparecem novidades em relação a novas doenças, novos vírus e bactérias estão aparecendo, então como será combatido isso se não tivermos prevenção, investimento nas universidades para pesquisas, vacinas, antídotos e outras coisas mais [...]. E há uma preocupação muito grande, fala-se muito em privatizar o ensino superior público, que hoje [...] o que vai ser? Fecham os hospitais universitários, que ainda estão se mantendo, daquele jeito [...] a preocupação é muito grande em relação a isso. Sentimos que os nossos governantes não estão se preocupando com a questão da saúde, que é muito importante. Então, não adianta se preocupar somente em fornecer remédios, tem certas coisas que amanhã ou depois não terá. Quem não tiver dinheiro, a família que não tiver condições de bancar a faculdade de um filho, quantos mais deixarão de se formar, que poderiam estar atendendo essas redes públicas? É esse tipo de prevenção que nos preocupa. Santa Maria, não que queiramos obter vantagens, estamos no coração do RS, existe uma quantidade enorme de municípios vizinhos que utilizam o HUSM como referência assistencial. Então, acredito que deva haver um preparo melhor, essa questão do antídoto que o Sérgio falou, é uma coisa que já há muitos anos deveria estar [...] ter um banco com o suficiente para quando ocorra uma tragédia (com gases tóxicos), espero que não haja mais, mas tem. Não é porque temos esperança de que não aconteça que não devemos ter o socorro, caso precise. As próximas gerações carecerão de um lugar para se divertirem. E o que ouvimos foi que se os nossos filhos estivessem em uma igreja isso não teria acontecido. Estamos vivendo um momento social meio complicado, colocar-se no lugar do outro, estamos muito individualistas. Se não cai no meu

telhado, cai no do vizinho e deu! [...]. A sociedade de Santa Maria não entende, espero que os profissionais entendam. O que já foi tirado, o que já foi falado, a parte psicológica, a parte de enfermagem, acho que esses estudos da área da saúde, o que já doamos de informação, de experiência e a cidade não entende isso. As pessoas não conseguem ver nossa importância em um contexto geral. Não digo a falta de respeito das pessoas, como se você estivesse trabalhando para [...] claro vc é uma cobaia e está transmitindo informações e as pessoas não [...]. Se colocar no lugar do outro. Grandes coisas acontecem para aprendermos. Caso aconteça uma grande tragédia, que as pessoas se unam. Já não damos muito valor àquela coisa bonita, àquela briga com um familiar [...] para isso que acontecem as grandes tragédias. Para aprendermos, para salvarmos mais vidas. O cidadão é tão ignorante e nós estamos pagando isso com a questão política, que não conseguimos ver além [...] as coisas são tão mais grandiosas e necessitamos aprender a nos colocarmos no lugar do outro. Teve família que perdeu dois filhos e depois a mulher perdeu o marido, ficando sozinha. Olha o prejuízo social que teve. 242 jovens é um prejuízo social. Destruiu várias famílias. As que não destruíram completamente deixou um corte muito grande. O gasto e o prejuízo social, foi desumano. Pode passar dez anos, vamos rir, brincar, mas não trará aquela liberdade, de estarmos à vontade [...]. Não é que sejamos antissociais, mas perdemos um pedaço nosso! As pessoas não entendem isso, da parte psicológica, social. É isso que não conseguimos trazer para a sociedade [...] vocês me representam [...]! Fora a questão de justiça [...]. Temos que cobrar, temos que fiscalizar [...]. E a sociedade que é mais forte [...], como sobreviverá se não aprende com isso? Quando houve este pacto entre as empresas, que veio uma verba para o HUSM, criando o CIAVA [...], ficou acordado que o governo do Estado do RS deferiria o medicamento que seria dispensado pelo HUSM [...]. Então, a primeira leva do medicamento foi acabando e não foram repondo mais [...], acabamos entrando em uma luta em busca disso [...]. Os sistemas que mantinham esse cuidado Kiss, a 4ª CRS, o Acolhe Saúde do Município, e o CIAVA, nos encontrávamos e cada vez que nos reuníamos, eles acabavam [...]. Estávamos nos estressando, principalmente o Sérgio, eu e essas duas mães que estão aqui, não tivemos a chance de lutar por um comprimido para nossos filhos, que foram vítimas fatais, morreram lá no início, no dia da tragédia. Mas nos sentimos no compromisso moral de lutarmos pela obrigatoriedade do Estado, de sanar com o problema dos medicamentos, para essas pessoas que vinham para um tratamento continuado e não conseguimos. Sérgio e eu acabamos fazendo fichas e levando para todas as redes de farmácias [...] dessas mais fortes até aquelas mais simples, na esperança de que alguém pudesse adotar pelo menos um familiar ou sobrevivente por dois ou três meses. Certo dia, tivemos retorno da farmácia [nome], que abriu-nos um espaço, cadastraram os sobreviventes. Então o

Sérgio pediu um desconto especial para essas pessoas [...]. Tinha gente que gastava mil reais, mil e duzentos, mil e quatrocentos [...]. E na ocasião [...], uma ajuda até o Governo se reorganizar [...], foi o que o Estado nos pediu, mas até hoje não se reorganizaram [...]. Fez dois anos em agosto (2017), que essas pessoas estão pegando estes medicamentos na farmácia [nome]. Não interessa o preço dos medicamentos [...], eles não procuram pelo mais barato [...] ofertam do bom e do melhor [...]. Nos preocupamos, nos sentimos constrangidos de perguntar até quando [...]? A única farmácia que aceitou não é de Santa Maria. Há também falta de comprometimento quando as pessoas vêm, fazem a pesquisa e abandonam a gente. Isso para nosso psicológico (conta para você, que é a sua área), acaba conosco. É muito ruim essa falta de feedback [...]. Fui lá (rua do serviço especializado), logo em seguida, quando cheguei, em um cubículo, uma psicóloga e uma assistente social me encheram de perguntas, (como ele estava morto? Onde ele estava morto?) e eu não conseguia responder. Levantei e perguntei, posso ir embora? Ela disse pode, mas vou te dar meu telefone, tu voltas [...]? Nunca mais, eu fugi de lá [...] eu fugi, elas não tinham, eram duas meninas. Eu tinha a impressão de que chegaria e falaria, não elas virem me perguntar [...] era muita pergunta e eu não conseguia entender mais nada [...]. Antes do desastre não ocupei o SUS, até mesmo não sabia se tinha alguma assistência nesse sentido, psicológico [...]. Ocupei até hoje e nunca me liguei nestas questões, mas desde o primeiro dia, no dia 27 mesmo, comecei a ser atendida lá dentro do Centro Desportivo Municipal (CDM), por profissionais da saúde que foram voluntariamente [...]. Naquele dia estava uma loucura [...] desorganização não digo por que era algo que nunca tinha acontecido [...] e fui atendida por um profissional [...] e depois de lá, no dia 28, à noite, fui para o atendimento na (rua do serviço especializado) que funcionava o hoje Acolhe Saúde [...]. Comecei meu tratamento lá, continuei me tratando, gostei do atendimento, mas em certa época [...], nesse meio tempo [...], eu me tratando no Acolhe Saúde, tudo bem, tranquilo, mas sempre procuramos algo que, quem sabe vá [...] fazer um milagre [...]! Cheguei a ficar contados 50 minutos dentro de uma sala[no Husm], esperando a menina (se referindo a uma residente da medicina) que tinha que passar pelo professor, e os outros que estavam trabalhando [...]. Então comentei com ela que era difícil ficar esperando 50 minutos. Inclusive, a resposta dela não foi muito feliz, por que não soube dar uma resposta como uma futura psiquiatra, pois disse que assim como eu estava esperando, ela também tinha que esperar para conversar com o professor [...], isso no CIAVA! Voltei para o Acolhe Saúde. No início, ter que falar daquela história e saber puxar os detalhes, dois, três, quatro, cinco, seis profissionais, até mais [...] fomos acostumando, mas, as mães que são muito fortes, que são [...] não que nós homens não tenhamos sentimentos [...] elas são mais sensíveis a tudo que acontece [...] é complicado! Cada

profissional dá uma mexida na ferida e faz sangrar novamente [...]. A questão de ir passando de mão em mão de profissional [...], então esse foi um dos pontos negativos dessa rede de assistência [...]. E outro foi a questão da distribuição, da dispensação dos medicamentos.

Como representante do grupo Gestão Estadual, digo que, em relação à judicialização (tema colocado na roda), este é um problema que acontece em todo o Brasil e cada vez mais o RS é o Estado que mais judicializa. Por que alguns remédios, claro, a população localizou no Estado é porque no Estado está a farmácia especial e vão lá buscar o medicamento. Mas por exemplo, o antídoto, teve teleconferências, entre a FNS do SUS, a SES, o pessoal de Santa Maria, estudar para definir [...] e esse é um remédio que se introduziu no Brasil, não existia, então não é estadual isso. É uma decisão nacional de trazer o remédio. Uma vez tomada a decisão não quer dizer que ele chegue amanhã. A necessidade era do amanhã, para os familiares sempre será. Tem um tempo e é legítimo que seja mais ágil do que a própria burocracia estatal consiga trazer. Portanto, houve uma decisão de governo, para esse evento, estive aqui e não definiu nenhuma barreira. E tem as barreiras administrativas, burocráticas e financeiras. E tem outra intransponível que foi a questão dos tempos afetivos e da vida também. Mas foi trazido, importou-se esse antídoto e o recurso federal, desde a União. E os demais medicamentos, novamente aconteceu com eles. Isso a Débora também repete, a gente lê e vê na vida. O que acontece na crise é o que acontece no cotidiano agudizado. Então, os prescritores de remédios, às vezes prescreviam o que não tinha na farmácia disponível. Então até acertar e isso acontece na rotina, imagina depois de uma situação dessas. Onde tem perdas de vidas jovens, isso é traumático. Possivelmente se perguntar para o Estado eles dirão, fornecemos os medicamentos, perguntando para os familiares dirão, não forneceram e nem na quantidade, o que aconteceu? Isso é importante registrar, para os familiares não aconteceu nem no tempo, nem na quantidade, nem na continuidade necessária. Então cada (des) continuidade dessas, com um grau de desamparo, de insegurança vivida por eles, o Estado não ajuda. E então, judicializa. Foi uma relação conflitiva que retrata sim, um dos nós do SUS. O Projeto [nome projeto, nome coordenador] é da atenção à Saúde Mental com a AB/APS, trabalhando, fazendo rodas de conversas, sobre Saúde Mental na AB/APS por adesão, quem quisesse conversar. Mas isso fica diluído, fica como uma experiência importante de tema de trabalho, possivelmente trabalhadores acumularam, mas o Sistema não acumulou. As Unidades? Não acumularam a ponto de se mobilizar e dizer, estamos prontos para atender, onde estão os sobreviventes? Já que foi um trabalho que fizemos, que tu fizeste [nome], lá na 4ª CRS com a AB/APS, de mapear onde estão as pessoas, onde estão os sofrimentos, pegar os sobreviventes. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e o grau de identificação dos ACS com estes, o número de

sobreviventes era sempre muito maior do que dos trabalhadores de saúde, e dos de Saúde Mental era menor ainda. Pois entendemos como, inclusive parte da vida, positivo, que existam pessoas que resolvem seus problemas na própria comunidade e com a sua rede social. O ACS é parte dessa rede social. O sobrevivente, até se deslocar da comunidade para chegar em uma UBS mais próxima, precisa estar em um grau de sofrimento tão grande, que mobilize-o até lá. É proatividade para chegar lá. E quando chegar em um serviço especializado é para já chegar menor mesmo e dizer, não estou suportando, preciso de ajuda. Os ACS precisariam identificar as pessoas que deveriam estar recebendo o cuidado da atenção psicossocial, no sentido de não agravar e não desencadear outros processos. Esse distanciamento de trabalhadores e serviços da saúde, das pessoas (neste caso os sobreviventes), dificulta. Talvez pelo número insuficiente ou ainda não funcionando com fluxos e integrados como rede efetivamente. Mas isso não é peculiaridade de Santa Maria, esse é um diagnóstico geral. Em especial na AB/APS [...]. É o acolhimento, o fato de terem sido serviços criados a partir da situação, com vínculos precários, não com funcionários, são por projetos e quando o projeto termina, como agora está chegando o final do ano, estes encerram, acaba o serviço e os trabalhadores ou se mobilizam e conseguem vínculos mais estáveis ou saem efetivamente. Torna-se um problema. Esta é uma situação, para mim, conflitiva e contraditória, como parte. Acredito que não se conseguiu trabalhar de forma integrada, nem com a mesma concepção, entre o acolhimento 24 h e a psiquiatria do CIAVA. Nesse contexto, deve ter acontecido certo acordo de, vamos atender os sobreviventes, as pessoas [...]. Por que sim, teve uma visão mais biomédica da questão de medicamentos e com a lógica da Síndrome Pós-Traumática e outra lógica entendendo que esta Síndrome não é natural. Não é um caminho que leva necessariamente as pessoas que sofrem e isso tem que acompanhar, verificar, desde a questão psicossocial e da subjetividade e da capacidade delas mesmas resolverem seus lutos. Independente de ser Pós-Traumático. E dois conceitos diferentes, duas práticas diferentes conviveram sem que houvesse um encontro de possibilidades, de acordos de psiquiatras que trabalhassem nessa direção mais psicossocial. Alguns dos que trabalharam não são os que hoje são reconhecidos como psiquiatras que atuaram na questão da boate Kiss. Os psiquiatras reconhecidos, que trabalharam no desastre, estão no CIAVA. Por que estou dizendo isto? Como na questão de Janaúba – MG, o convite foi para o CIAVA e quem rumou para lá foi o fisioterapeuta, a médica clínica eu creio e um psiquiatra do CIAVA. Do meu ponto de vista, isso foi equivocado. Do ponto de vista da Saúde Mental, quem teria que ser chamado para Janaúba - MG era o serviço de Acolhimento. Então, acho que nem entre os profissionais de Santa Maria, nem na Universidade esta discussão foi feita. Tem um certo silêncio. Assim como tem um silêncio sobre a própria boate Kiss, há um silêncio sobre a atenção psicossocial em

Santa Maria em relação à boate. Devemos explicitar que existiram divergências e diferentes abordagens e até mesmo investigar, para não ser preconceituoso até, quais os efeitos em relação aos familiares e aos sobreviventes, de uma e de outra prática. Por que pode ter gente sobremedicada e também patologizada. Isso pode se tornar uma sobrecarga de sofrimento desnecessário. E outra que sim, que precisava dessa abordagem, desse modo que se fez, onde estão? Quem são? Como foi? [...]. Então, de novo a disputa em relação ao modelo da Reforma Psiquiátrica. O cuidado em Saúde Mental que existe no Brasil e no mundo se reproduz aqui. Com a Síndrome Pós-Traumática de um lado e com o atendimento psicossocial do outro. Tem uma questão epistemológica e ética em questão. Na radicalidade, o caráter interfederativo do SUS mostra-se positivo, por um lado. Por outro, o próprio interfederativo e as independências, leva que não se acelere alguns processos exigentes [...] exigidos dos Municípios. Então, imagino que o caráter interfederativo, o fato de ter trabalhadores de saúde no Sistema Público, com investimentos implicados com o SUS e com o cuidado às pessoas, gerou o trabalho que aconteceu, do CIAVA com a fisioterapia no HUSM, no hospital privado, na AB/APS, pois acredito que teve pessoas que seguraram a possibilidade de construção, como a [nome] mesmo. Para a sociedade teve a lei da boate [...] isso já foi fundamental. E como foi boicotada e descaracterizada a lei do Vila Verde (Deputado Estadual), a lei da proteção contra incêndios. Pensei, isso já tivemos e é, a partir da experiência de Santa Maria, tentar evitar que isso aconteça. O outro é dar valor, porque não podemos formar um material de segunda categoria [...] só que isso é mais difícil de mudar. Por isso a memória é importante manter. Por que rapidamente vem a mais valia sobre o valor da vida. O lucro em detrimento da vida e o legado que Santa Maria pode deixar é o memorial, para não se esquecer que isto pode acontecer. Tudo como possibilidade, a necessidade de ter uma rede, de novo precisamos reivindicar, explicitar que houveram fragilidades na AB/APS de Santa Maria, por exemplo, para se poder reivindicar uma rede básica melhor, mais robusta em relação à continuidade e tecnologia disponível para cuidar, assim como uma rede de atenção psicossocial. É na direção do fortalecimento da rede. Então, demonstrar lacunas e fragilidades não é atacar, é provocar para mudar. Nesse contexto aparece a fragilidade da AB/APS, a baixa cobertura, isso não contribuiu. Uma característica de Santa Maria é uma rede frágil. Em parte inexistente, em parte não funcionando como rede, particularmente na AB/APS, como Rede de Atenção à Saúde (RAS). Na AB/APS as questões clínicas e a questão psicossocial. Então isto, a boate Kiss pode ter exposto, digamos, desvelado mais claramente esta fragilidade. Pois foi sustentável o cuidado de todos, dos familiares, dos pretensos trabalhadores, muito no corpo das pessoas, de quem estava coordenando. Dada a gravidade da situação e a quantidade, possivelmente passaria pelo corpo mesmo. Mas poderia

ter corpo sustentado em prédio, em estrutura, em condições de trabalho que não existia. Então foi triplo, a própria dor em si pelo ocorrido, aprender tecnologias e a inexistência de serviços que dessem suporte para isso. Tudo foi se organizando, qual o problema à medida que o tempo vai passando? Esta pode ser uma indagação. Vai passando o tempo, conseguiu-se enraizar esses serviços e não ampliar para o conjunto geral da saúde da população ou vai ficar em que estado? Vai ficar especializado em desastre, contribuindo para o mundo, para o Brasil e para o Estado, mas não disseminando saúde e cuidado para a população de Santa Maria de um modo geral, isso foi uma possibilidade. A outra poderia ser, viu como temos capacidade para cuidado superespecializado e difícil? Portanto, vamos ampliar isto para o conjunto da população de Santa Maria, para outras patologias, outras situações e agravos. Não me pareceu que tenha acontecido isso. Não ficou robusta, não ficou mais robusta a rede de Santa Maria pós Kiss²¹.

Os sobreviventes incluídos ao final da pesquisa dizem que não percorreram os mesmos itinerários. Ele entrou e saiu diversas vezes do local do incêndio na tentativa de salvar pessoas, o local da boate era um labirinto, os bombeiros incentivaram a atuação dos sobreviventes no socorro às vítimas que continuavam no interior da boate. Ele inalou muita fumaça, mas pensava que outros deveriam ter prioridade no atendimento. Ela saiu e não retornou para o interior da boate. Ele e ela se conheceram depois do desastre, no hospital. Ela não tem plano privado, ele tem. Ela e ele contam que houveram constrangimentos, que quem tinha plano privado tinha a impressão que estava sendo atendido porque tinha plano, inclusive no atendimento no PA e UTI. Contam que quem estava com sintomas menos severos peregrinou por diferentes serviços. Ele conta que não foi transferido e que não tinha claro os critérios para transferência ou pedidos de exames. Pensou que ter plano fizesse diferença. Ela e ele nunca procuraram o Acolhe Saúde, ela foi atendida no CIAVA, e toma medicamentos prescritos pelos psiquiatras. Ela sabe que precisa fazer exames, diz que procurou o CIAVA, mas não foi atendida. Disseram que deveria procurar a Unidade Básica de Saúde. Como o local onde moram está distante de qualquer unidade, ela tenta consultar com o endereço da mãe. Ela e ele compram alguns medicamentos, conseguem outros. Pensam pagar os exames que sabem que terão que fazer. Não sabem se há e tampouco quem conheceria protocolos que orientassem seu acompanhamento. Ela e ele tentam dormir sem medicamentos, iniciaram cursos de graduação, ela e ele exercitam-se e acreditam que o fato de serem saudáveis ajudou. Acreditam também que um quadro anterior de asma foi fator de proteção, teria limitado a inalação. Ele trabalha. Ela e ele vivem, não da

²¹ Como anunciado na caracterização dos entrevistados p. 18, esta última entrevista não estava prevista. As anotações foram incluídas ao final porque dizem respeito ao momento atual em que há descontinuidade na rede de cuidados.

maneira que acham que viveriam sem o desastre. Ele e ela falam de planos para o futuro. Não visualizam redes de cuidado, percorrem serviços que são pontos isolados. Tem dúvidas em relação a sua saúde. Dizem que muitos estão sem acompanhamento, que conhecem vários na mesma situação.

4.2 PARTE 2 – IMPORTÂNCIA DO SUS, GESTÃO DA REDE E CUIDADO LONGITUDINAL

Os resultados da análise de conteúdo destacaram três temas. Neste capítulo, os mesmos serão explicitados. O destaque às categorias Importância do SUS; Gestão da Rede e Cuidado Longitudinal recuperam os objetivos e a questão central desta investigação.

4.2.1 Importância do SUS

A Constituição brasileira, promulgada em 1988, instituiu o SUS como direito de todos e dever do estado, ela define que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público, sua regulamentação, controle e fiscalização. Estas ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único (BRASIL, 1988). Neste contexto, e corroborando com o objeto desta pesquisa, redes de atenção à saúde (RAS), especialmente em situações de desastres causados pelo homem, como o incêndio da boate Kiss, sentiu-se a necessidade de enfatizar a importância do SUS em situações extremas como esta.

Neste cenário, o SUS tem como principal objetivo estabelecer e implementar as políticas de saúde designadas a promover qualidade de vida, prevenir riscos, morbidades e agravos à saúde do cidadão brasileiro e garantir o acesso equânime aos serviços assistenciais para garantir a integralidade de atenção à saúde da população (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Logo, ponderar as implicações da integralidade na gestão dos sistemas públicos de saúde demanda que reavaliemos o próprio movimento de reformas no SUS, que suscitou mudanças, fundamentado em elementos de natureza organizacional e doutrinária. Este esboço pretendido de mudanças não estava vinculado à instituição de um modelo único de organização, mas arranjos institucionais, com base nas realidades locorregionais (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Embora o SUS seja governado pelos mesmos princípios e diretrizes gerais, o modo como o sistema de atenção à saúde se configura no território difere expressivamente. Um dos fatores que esclarece essa heterogeneidade do SUS é que a abrangência das ações desenvolvidas

influencia os modos de organização dos serviços de saúde. É preciso considerar que a forma como foi moldada a descentralização (diretriz) no SUS permitiu que as regras nacionalmente construídas para a condução desse processo fossem adaptadas pelos gestores estaduais e locais, respeitando-se o processo de negociações ocorrido nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB). Deste modo, foram estabelecidos diferentes acordos entre municípios e estados em relação às responsabilidades de gestão das unidades públicas de saúde brasileiras.

No Brasil, a Constituição de 1988, anuncia saúde como direito de todos e dever do estado, incluindo as ações de recuperação no escopo das ações.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O desastre da boate Kiss mostrou a importância de sistemas públicos universais de saúde. A rede de atenção do SUS, organizada de acordo com esta perspectiva, garantiu atendimento, internações, remoções e medicamentos.

A importância do SUS é registrada em todos os momentos de enfrentamento do desastre, com destaque às redes de urgência e emergência, a existência de equipamentos hospitalares públicos e a experiência de gestão a partir de cooperação entre as três esferas de governo.

Não fôssemos um sistema público, como é composto o SUS, essas pessoas estariam abandonadas hoje, teriam sido abandonadas nas primeiras semanas, porque além do impacto, a necessidade de acordo/apoio entre os entes federativos foi efetivo/resolutivo. O desastre demonstrou que existiu relação e apoio entre União, Estado e Município, pois sozinha Santa Maria não teria dado conta. Não fosse a (co) responsabilidade entre os gestores e a solidariedade, não no sentido emocional, solidários no sentido legal, que têm todos os gestores entre si, para dar conta do SUS, teríamos mais pacientes morrendo (4)²².

Retomamos as diretrizes do SUS apresentadas no artigo 198 da Constituição:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos

²² A análise do enfrentamento com ênfase no pertencimento à rede do SUS é uma marca da análise dos representantes dos grupos que ouvimos nesta pesquisa. Esta possibilidade pode ser confrontada com o texto de Daniela Arbex (2018), que é tecido a partir do protagonismo dos sujeitos. Na reportagem Todo o dia a mesma noite os sujeitos estão em movimento em suas redes locais e há ênfase ao seu protagonismo, heroísmo e competência. Aqui, os mesmos fatos e situações aparecem em uma dimensão histórica e em redes que se explicam pela existência do SUS, colocando ao lado do protagonismo dos sujeitos, a sua inserção na RAS e, inclusive, a sua formação e, portanto – na radicalidade – sua existência a partir da existência do sistema público.

serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A descentralização, na fala de nossos interlocutores, indica a fragilidade da gestão de Santa Maria e uma complexa relação interfederativa. Neste sentido, parece não ter havido dúvidas a respeito de responsabilidades entre Município, Estado e União. É a singularidade, raridade e gravidade do desastre que impõe a coordenação ao MS e o acionamento da FNS-SUS. O atendimento integral ganha concretude na RAS, objeto de nosso trabalho. A participação da comunidade (neste momento voltamos aos textos de nossas entrevistas) não é mencionada. Não há registros, por parte destes atores, de reunião extraordinária nem de pressão para a destinação de recursos ou discussão de mudanças provocadas pelo desastre na rede de atenção²³.

Para um município que é o que é, em termos de cobertura das outras áreas. A ideia dos princípios do SUS como [incompreensível] se tu não tivesse a gratuidade e a integralidade como princípios, um acesso universal e gratuito, a gente não teria condições de ter mobilizado o que mobilizou. Não sei como é que seria em outro país que não tem garantia de acesso universal e proposta de integralidade. E todo o custo que foi? Pacientes ficaram semanas em UTI (4).

O caráter interfederativo e a “fraternidade” entre os entes [...] colaboração entre os entes para garantir o sistema como único. Cooperação interfederativa, para garantir os princípios de equidade [...]. Então, nós tínhamos feito uns acordos, umas melhorias, para essa situação em si (6).

Por que existia toda uma estratégia, da questão de equipamentos que faltavam, por que tínhamos que pedir o que não havia disponível (5).

Há registros que estabelecem relação entre a Reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e instituição da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), feita dois anos antes pela Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. A Portaria definiu os componentes da rede, com atribuições – entre outros- para o SAMU, Força Nacional, hospitais e Atenção Básica.

Art. 7º O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente

²³ Os interlocutores desta intervenção foram representantes de governos e usuários. Não havia pessoas representantes de Conselhos de Saúde. Portanto, não podemos afirmar que não houve mobilização dos Conselhos de Saúde. O que pode-se afirmar é que, para os representantes dos Grupos de Interesse que a pesquisa selecionou, há registro de participação dos Conselhos Nacional e Estadual de Saúde, especialmente na luta pela continuidade dos serviços criados, mas não há registro de participação efetiva na definição de características da rede e indução da rede por investimentos.

hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2011).

A existência do SAMU é registrada como facilitador importante.

O SAMU, estruturado na cidade, com trabalhadores capacitados é outro ponto importante para o atendimento às vítimas²⁴.

A rede de Urgência/emergência deu uma aula de como trabalhar em situação extrema, ensinou ao mundo como se faz atendimento direto às vítimas, como o trabalho de remoção e cuidados intensivos (2, 3).

No Brasil, um grande facilitador no caso Kiss, foi a instalação, do ponto de vista nacional, a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O Rio Grande do Sul (RS), também começou, em Porto Alegre capital, com o SAMU, ainda na década de 90. E, em 2003 começa efetivamente no Brasil o SAMU. E nisto, ter o SAMU em Santa Maria, uma Política Nacional, auxiliou no atendimento inicial (1).

A existência da Força Nacional de Saúde – outro componente da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) – foi decisiva.

Art. 9º O Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos (BRASIL, 2011).

A FNS se fez presente nos mutirões, buscou solucionar com maior agilidade a questão da infraestrutura de tecnologia. Tanto na comunidade pelo que eu acompanhei, pois ajudou muito na questão do voluntariado, a FNS foi importante, assim como ela nos ajudou na abordagem especializada, por que mobilizou especialistas (6).

Outro fator que contribuiu na assistência foi a estrutura física existente em Santa Maria, pois ter um hospital desse tamanho (HUSM), com essa complexidade, com esse porte, com o número de leitos que tem, acabou sendo imprescindível e deu conta do cuidado desses pacientes nos primeiros momentos, dos familiares, da situação toda (4).

Outro ponto importante para o enfrentamento foi a forma de participação do campo da saúde mental. Neste campo, no momento do desastre, havia uma importante coerência entre a formulação legal (a política de saúde mental), a gestão do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde e a formação ou opção teórica e ética dos trabalhadores de saúde de Santa Maria que participaram da coordenação da frente de Atenção Psicossocial, com destaque para a criação do Acolhe-Saúde²⁵.

²⁴ A este respeito ver Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html> Acessado em: 14 mar. 2018.

²⁵ A Política de Saúde Mental vigente em 2013 nunca teve capilaridade na rede de serviços de Santa Maria. Contudo, a existência de trabalhadores de SM vinculados ao movimento de SM e, portanto alinhados a Política Nacional foi importante para a rápida construção dos atendimentos, do principal serviço e das estratégias de

Em relação à Saúde Mental (rede temática), montar gabinete de situação e de olhar para o problema com a emergência necessária em situações críticas, em uma realidade que se sabe difícil, com o desconhecido que estava diante, do inesperado, ensina a lidar com as redes, falando uma nova linguagem, promovendo o cuidado (2).

Fazer uma aposta na vida e não na patologização, produzir cuidado mas não necessariamente esse cuidado prê-à-porter, hegemônico que a saúde geralmente oferta (3).

Foi muito importante nós estarmos juntos na RAPS, no cuidado. Veio a FNS, então tudo isso impactou e nós da SMS ficamos com a Atenção Psicossocial, naquele momento foi o que nos possibilitou fazer (7).

A “staff” da saúde mental se fez presente no evento Kiss, juntamente com o MS, psiquiatras vieram, então, na parte clínica de cuidado, de RAPS, foi muito pesado. Foi excelente a qualidade, nos ensinaram muito e os casos clínicos eram passados nas rodas, nas passagens de plantão instituídas, também para os voluntários (7).

É importante ressaltar que o desenvolvimento do SUS é um desenvolvimento paradoxal (PASCHE et al., 2006)²⁶ e que a relação público privada é complexa e instável. Para análise da importância do SUS no caso em discussão é preciso reconhecer que sem o SUS muitas mortes mais teriam ocorrido, que sem o SUS algumas pessoas teriam sido atendidas em detrimento de outras. Ao mesmo tempo é preciso registrar que a garantia de acesso a rede do SUS não se fez sem constrangimentos.

A relação público-privada é aspecto interessante a ser avaliado no enfrentamento do desastre. Para iniciarmos este ponto, apresentaremos o artigo 199 da Constituição Federal com seus dois primeiros parágrafos.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos (BRASIL, 1988).

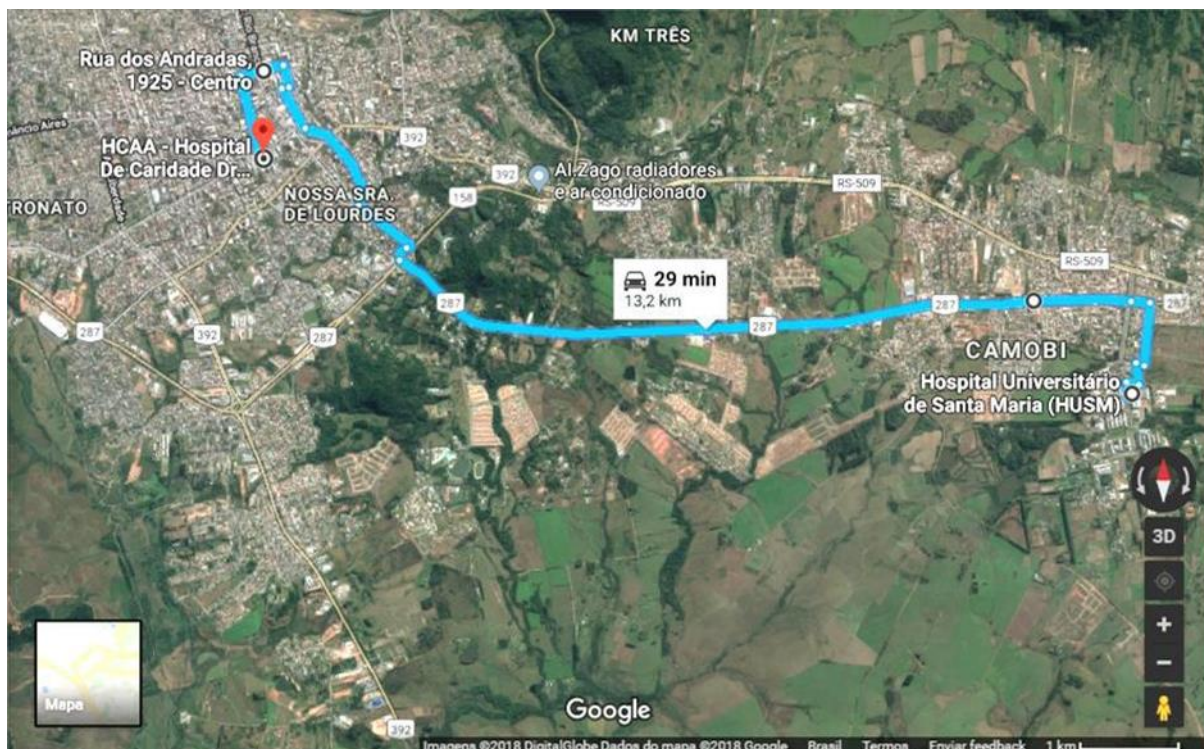
As narrativas nos mostram o itinerário que percorreram as ambulâncias com as vítimas mais graves. Inicialmente os feridos são levados ao hospital privado, localizado a poucos

cuidado. Este aspecto será explorado mais adiante, quando analisarmos as disputas no campo da SM e a continuidade do cuidado. Contudo, interessa aqui salientar que, no momento do desastre na boate Kiss, havia, nos serviços e nas coordenações de SM, Técnicos e Gestores, defensores de Políticas Públicas e do cuidado em RAS. Passados cinco anos, a composição destes grupos não seria a mesma. A Política Nacional de Saúde Mental também sofreu alterações depois de 2013.

²⁶ A este respeito ver a publicação de (PASCHE, D.F. et al., 2006). Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica; 20(6) 416-422, dic. 2006.

minutos do local do desastre²⁷. O HUSM, hospital universitário público, está localizado no Bairro Camobi, o que justifica que não seja a primeira alternativa. As distâncias entre local do desastre, hospital privado e hospital universitário podem ser comparadas na imagem abaixo.

Figura 4 - Distância entre boate Kiss, Hospital Privado e HUSM



Fonte: Google Maps.

A análise dos gestores diz respeito ao que poderíamos denominar de itinerário de feridos graves. Estes deram entrada nos hospitais, foram avaliados, atendidos e transferidos de acordo com critérios de gravidade e de necessidade de leitos²⁸. A situação dos sobreviventes que não apresentavam quadros agudos foi sendo revelada pelos sobreviventes. No caso deles, não houve garantia de atendimento gratuito nem nos momentos iniciais do enfrentamento.

Em relação aos sobreviventes graves, há duas questões importantes a salientar. Primeiro, a garantia dos princípios do SUS, com ressarcimento de gastos à instituição privada que prestou grande parte dos atendimentos na noite do desastre e onde os sobreviventes seguiam internados nas primeiras semanas que sucederam o desastre. Segundo era garantir transporte seguro²⁹ com um sofisticado processo de mapeamento e regulação dos leitos de UTI. A liberação dos leitos

²⁷ Rua dos Andradas, 1995 era o endereço da Boate Kiss.

²⁸ Neste complexo processo que envolve Regulação, tomada de decisão e risco de transporte, a necessidade de liberação de leitos foi um critério importante.

²⁹ A este respeito ver texto de (PEREIRA; MARQUES, 2016).

de UTI em Santa Maria se fazia necessária devido ao agravamento da situação clínica de pessoas que pareciam estáveis.

A questão dos pais das vítimas, preocupados em como pagar o hospital privado além, claro, da preocupação com os filhos. Como pagarei esta conta? O que faremos? Como faremos? Meu filho (a) está em um hospital que não é SUS. O SUS ressarciu o hospital privado e custeou/bancou todos os gastos no desastre, com garantias da Presidenta, do Ministro, do Secretário Estadual de Saúde (5).

Houve uma decisão de Governo, para esse evento, estiveram aqui seus representantes e não impuseram nenhuma barreira (1).

Na avaliação de todos os participantes da pesquisa, há um saldo positivo na atuação do SUS.

Eu fui enxergando o sistema se organizando, por via de tudo que está descrito, na Legislação, nas Leis Orgânicas (que regulamentam o SUS), tudo que normatiza o sistema. Foi acontecendo. Fomos nos organizando e hoje é um controle social do atendimento às vítimas. Bancamos para todos. O SUS é dinâmico, é um corpo que vive se movimenta permanentemente pelas pessoas (6).

A FNS trabalhou conosco como se fosse um potente nutriente, para as estruturas existentes. Deu-nos segurança, que esse era o caminho. Eu diria que a Força Nacional do SUS é o sistema de saúde, a estrutura do Governo central que consegue vir para onde a política acontece (6).

A vivência permanente no trabalho foi me obrigando a mergulhar nesse sistema tão perfeito, do meu ponto de vista tão perfeito à época, construído de um modo tão perfeito e que só agora conseguimos dar uma cara para ele. Trazê-lo da luz, da teoria para a prática, no meu ponto de vista, o SUS tem essa capacidade hoje (6).

Há relatos de que os problemas na rede de atenção pré e pós-Kiss não estava no SUS, pois quem pagou a conta dos sobreviventes que ficavam três a quatro meses no hospital era o SUS. Por mais falho que seja o Sistema Público, nesse momento foi um aparato muito forte. O deslocamento de recursos e auxílio estatal, que não da área saúde, ajudaram significativamente. O SUS absorveu toda a logística, deslocamento de recursos humanos, financeiros, administrativos, de equipamentos, regulação, gestão, desempenhando verdadeiramente o seu papel em campo e em ato.

Existem muitas lacunas evidentemente, que o SUS ainda não conseguiu abarcar, e no atual contexto político, com indefinições e retrocessos acontecendo diariamente, indefinições estas com a baixa cobertura de AB, hospitais públicos sendo privatizados/terceirizados, com poucos investimentos na saúde, sendo enxugados pela economia com argumentos os mais variados. Necessita-se um olhar ampliado para a questão ensino-serviço, envolvendo duas áreas importantes como a saúde e a educação, pois nas universidades/escola públicas existem

questões primordiais como as pesquisas, descobertas de vacinas (prevenção), antídotos (especialmente falando do que salvou tantas vidas na/da boate Kiss).

Existe uma preocupação com o futuro do SAMU, com a Força Nacional do SUS, com a formação do VER-SUS, com essas frentes que foram abertas, na última década especialmente. De avanços na implantação da política. Da consolidação da política (6).

4.2.2 Gestão de serviços de saúde no enfrentamento aos efeitos do desastre na boate Kiss na cidade de Santa Maria: percepção de gestores

O tema gestão dos serviços foi destacado nas seguintes dimensões: características da gestão e as estratégias produzidas para o enfrentamento dos efeitos do desastre. Interessa-nos aqui, dar visibilidade às principais apostas para enfrentar uma situação muito complexa, com serviços exigidos além da mais alta capacidade imaginável, circulação de técnicos de diferentes esferas de governo com diferentes responsabilidades e competências e grande movimentação de pessoas voluntárias.

Nesta parte da dissertação se explora a gestão em três espaços de enfrentamento do desastre: a) o imediato, com articulação de diferentes atores e conexão com outras esferas de governo ou organismos internacionais; b) o espaço do Acolhe Saúde - definido como terceiro momento de enfrentamento - com ênfase na cooperação e apoio entre as três esferas de governo e a coordenação dos voluntários; c) mudanças na gestão no hospital público, com ênfase nos processos de trabalho e na relação com a Universidade³⁰.

4.2.2.1 Desenvolvimento fragmentado e paradoxal como barreira à gestão

Segundo o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), do MS, a AB de Santa Maria – RS, em 2013, à época do desastre na boate Kiss, contava com onze Estratégias Saúde da Família (ESF), cinco Estratégias Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB), Modalidade I e quatro Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). No ano de 2017, a AB deste município, contava com doze ESF, sete ESFSB, Modalidade I e cinco EACS. Em janeiro de 2018, último período disponibilizado pelo site SISAB/DATASUS/MS, a AB conta com doze ESF, sete ESFSB, Modalidade I, três EACS e um Núcleo de Apoio à Saúde

³⁰ Os temas da Gestão Regional, da Regulação, dos recursos do SUS – embora integrem a Gestão – são apresentados na parte que trata da Importância do SUS para o enfrentamento do desastre.

da Família (NASF), Modalidade I. Desta forma, observa-se que de 2013 até janeiro de 2018, houve um acréscimo de uma ESF na AB do município de Santa Maria RS.

A rede de atenção à saúde de Santa Maria parece ter os mesmos problemas que a rede de saúde de outros lugares: descontinuidade, gestão tradicional, atenção básica frágil. Neste território, as contradições são acentuadas pela presença de grandes hospitais e da vinculação de serviços hospitalares a formação universitária.

Os serviços de Santa Maria guardam características do tempo de sua criação e dos interesses que os conceberam. A percepção de que “são serviços que não têm uma história” (Gestor Estadual 1), é complementada por informações que revelam o que denominamos de desenvolvimento paradoxal.

Santa Maria tem uma história de formação de profissionais, de serviços comunitários, volto a dizer isso, aconteceu o Simpósio Internacional de Saúde Mental Comunitária, **mas os serviços de Saúde Mental na Reforma, os Serviços**

Substitutivos demoraram para acontecer em relação a outros. Na década de 80 e final da década de 80, já tinha São Lourenço RS, Novo Hamburgo RS, Alegrete RS e, em SM ainda não. Até criar um CAPS aqui demorou muito mais do que alguns outros municípios. Depois sim, os CAPS II em especial, mas SM poderia ter nascido com CAPS 24 h. Na década de 90, início de 2000, no entanto não, não começou. E, tanto é isso que quando acontece [o desastre] da boate Kiss, tinha a proposta de um CAPS III que não estava aberto (1).

Assim, vamos dando consistência ao argumento de que há boas experiências, mas não são sistêmicas. É possível que a presença de trabalhadores e seus acúmulos tenham qualificado o primeiro momento do enfrentamento e que não ter um desenvolvimento sistêmico da RAS represente barreira para a continuidade do cuidado.

Fragmentar é não trabalhar em conjunto, tem esforços, o que posso dizer, **tem experiências boas em Santa Maria, mas elas não são sistêmicas** (1).

Então, tem os trabalhadores, **tem os serviços, não em número suficiente e ainda não funcionando de uma forma com fluxos e de uma forma integrada como rede efetivamente**. Mas isso não é peculiaridade de SM, esse é um diagnóstico geral (1).

Seguimos com a caracterização da rede de atenção, destacando as características da gestão da rede a partir do diagnóstico de sujeitos que, não sendo da cidade de Santa Maria, participaram da Coordenação de serviço. A fragmentação vai sendo relacionada com aspectos da gestão.

Uma rede fragmentada, que não tinha diálogo, que não tinha espaço de pactuação. O evento caiu em cima de uma rede com estas dificuldades (2, 3).

Novamente, críticas duras à cidade de Santa Maria. Contudo, elas falam de características frequentes no SUS, como a falta de planejamento.

Uma rede também que não planeja. Acredito que, outro elemento que me ocorre é a falta de planejamento da rede e quando sentamos com o Município para ver quais eram as metas que estavam postas para a APS, não tinha meta, não tinha um plano de saúde desenhado, que pudesse, a partir daquele desenho vermos bom, essa meta tem conexão com o evento da Kiss e a partir dessa meta vamos fortalecê-la, não tinha (2, 3).

Inserimos nesta análise questionamento feito em publicação que analisa as primeiras barreiras que as equipes encontraram para estruturar o atendimento.

Como ofertar cuidado nesta situação? Nossa entrada, como gestão da Política de Saúde Mental do Estado, objetivava apoiar esses guerreiros locais, que se encontravam ali desde o início da madrugada. Tratávamos de garantir que pudessem respirar, encontrar o fôlego e o tempo necessários para compartilharmos as decisões e a realização das ações. Apoiamos os procedimentos já estruturados, assumindo a função de receber os grupos de profissionais voluntários que chegavam e pactuar com os mesmos as coordenadas mínimas de orientação naquele território repleto de intensidades (CABRAL E SIMONI, 2013)³¹.

E os facilitadores? Iniciamos com o registro da experiência acumulada no mundo e a capacidade para fazer conexões. As redes não são produzidas a partir do desastre, ou depois dele. O enfrentamento exige acionamento rápido e, para tanto, é preciso estar em redes. A gestão precisa, portanto, ter capacidade de convocação de sujeitos e instituições distantes e, ao mesmo tempo, de quem está próximo, na cidade.

Então, algumas questões que já se tinha experiência, tem experiência acumulada no mundo. Poder transferir muito rapidamente para cá, contribuiu [...]. **Ter conectividade ajuda, conexões de rede, rede ampliada, rede quente de pessoas com experiências também ajuda muito** (1).

Nas duas situações, faz diferença estar conectado. No caso de Santa Maria, ao mesmo tempo em que as pessoas telefonavam e criavam uma rede local de enfrentamento, a técnica da organização Médicos sem Fronteiras (MSF) dava orientações sobre como proteger os corpos e sobre a criação das frentes e características de um serviço de atendimento.

Com estas questões iniciais, vamos apresentar referenciais que sustentaram a gestão em

³¹ Relato em revista eletrônica do Conselho Regional de Psicologia RS, publicado em maio de 2013 que trata do Enfrentamento de Crises em situações de Emergências e Desastres. As autoras, que integraram a frente de atenção psicossocial discutem a gestão no olho do furacão (CABRAL; SIMONI, 2013).

dois espaços importantes que – embora tenhamos denominado como momentos distintos – desenvolviam ações simultaneamente. A frente de atenção psicossocial e o Hospital Universitário.

4.2.2.2 *Aposta no coletivo: tessituras singulares, produzidas em alta velocidade, o Acolhe Saúde*

Para análise deste espaço utilizaremos o Postulado de Coerência de Mário Testa. O autor propõe análises a partir das correlações entre teoria e método, papel do Estado e propósitos de governo no curso da história.

Figura 5 - Postulado de Coerência



Fonte: (TESTA, 1989, p. 89).

O Acolhe Saúde, estruturado junto a um CAPS, reuniu, a partir da madrugada de segunda-feira a coordenação das frentes de trabalho, a coordenação da recepção e organização dos voluntários que chegavam à cidade. Ao mesmo tempo, tratava-se de um serviço de acolhimento, pensado a partir de referenciais da Saúde Mental e da Saúde Coletiva.

Iniciamos com uma citação que apresenta questões importantes para a continuidade do nosso tema, relato que fala de referências (éticas e teóricas), acúmulos e conexões que orientaram a atenção psicossocial.

Abrimos um local para acolhimento psicossocial 24 horas fora do espaço do ginásio. Organizamos o trabalho da atenção psicossocial em oito frentes: núcleo de gestão, equipe de acolhimento 24h, equipe de regulação em saúde mental, apoio aos familiares nos hospitais, apoio às UPA's e SAMU, equipe de cuidado aos cuidadores, equipe de atenção psicossocial com foco na atenção básica, apoio psicossocial em

ritos de despedida [...]. Com o apoio da instituição Médicos Sem Fronteiras desencadeou-se um processo de educação permanente para os profissionais. Desde o lugar de gestores de saúde mental do Estado, fomos construindo uma transição junto à gestão municipal de Santa Maria, à gestão regional e seus trabalhadores: da cogestão do processo emergencial de atenção em saúde ao apoio para a qualificação da rede (CABRAL E SIMONI, 2013, p 9).

Esta construção é limitada pelas características da gestão e fragilidade da rede e, ao mesmo tempo, potencializada pela presença, na cidade, de trabalhadores com experiência e acúmulos.

Não tinha de onde partir, então tivemos que partir do planejar junto com eles [município] e aí sim, uma disponibilidade dos trabalhadores da rede, inclusive de quem estava na gestão, era pessoa [designada para coordenar pelo município], com muito conhecimento da rede local, das dificuldades, das agruras, ela era da saúde mental. A pessoa da Atenção Básica também com muito conhecimento da rede, conhecedora das fragilidades desta, uma disponibilidade de ambas. A Secretária da Saúde à época era a Procuradora [do Município], ela nos escutava muito, mas tinha - claro - uma restrição de entendimento, obviamente por não ser do campo da saúde (2, 3).

Vamos entrando no campo das características da gestão de Santa Maria no momento do desastre: uma gestão tradicional pautada pelos problemas que vão se apresentando. Como em muitos outros locais, em Santa Maria não se visualiza/identifica planejamento ou ação intersetorial. Ou seja, a rede vai se conformando como se não houvesse opção por modelo de atenção e gestão e sem um planejamento que oriente o seu desenvolvimento. Acrescentaram-se barreiras por conta de outras dificuldades que as redes têm da intersetorialidade não estar posta, de o diálogo em rede não ser um exercício cotidiano [...] (2, 3).

Nenhuma situação ou qualidade da rede e da gestão evitaria o impacto do desastre nas pessoas e instituições. Contudo, isso foi agravado. Ou seja:

Dada a gravidade da situação e a quantidade, possivelmente [...] ia passar pelo corpo mesmo. **Mas poderia ter corpo sustentado em prédio, em estrutura, em condições de trabalho que não tinha.** Então foi triplo, a própria dor em si pelo que aconteceu, aprender tecnologias e a inexistência de serviço que dê suporte para isso (1).

Quem chegou, encontrou uma rede frágil, que estes, conheciam a história da formação da rede e suas fragilidades. Esta composição não é simples nem trivial. O reconhecimento de que havia conhecimento no local, parece ter sido decisivo para o diálogo entre os “da cidade” e os “de fora”.

Mesmo o município tendo dificuldades, eu acho bem importante destacar, tinham várias pessoas aqui dentro com um acúmulo, que somado com estas pessoas de fora que também vinham com um acúmulo, se juntaram para a produção desse cuidado. Muita gente mesmo. Teve gente que interrompeu as férias para voltar, entrar no

processo de cuidado e ajudar. E ajudaram efetivamente a construir (2,3).

A constituição de um novo ponto da rede para o acolhimento de pessoas afetadas pelo desastre foi junto a um CAPS. Mais desafios para a gestão que se instituía.

E, a própria equipe, se sentiu de alguma forma, o próprio serviço se sentiu invadido também no seu cotidiano de cuidado, para trabalhar nas 24 h. Mas a dificuldade de trabalhar 24 h nos CAPS é generalizada, no RS tem pouquíssimos CAPS 24 h (1).

A partir deste aspecto, vamos entrando nas formas de gestão que foram sendo experimentadas depois do desastre. Inicialmente, recorreremos a outro fragmento de publicação da experiência. Ele abre uma questão fundamental para o nosso estudo. A crise é enfrentada com (co) gestão, reuniões e espaço de conversa.

Nos primeiros dias, realizavam-se reuniões de quatro em quatro horas, formando o que se chamou de gabinete de crise. Nos dias que se seguiram, as reuniões de gestão da crise passaram a ocorrer duas vezes ao dia. Juntos, gestores municipais, estaduais e federais, pactuávamos as ações e as consequências que elas geravam em termos de logística, contatos, recursos humanos, custos e competências técnicas (CABRAL; SIMONI, 2013, p. 9).

Por conta da dimensão do desastre e da fragilidade, o atendimento, no Acolhe Saúde foi sustentado por voluntários e coordenado por equipe gestora formada pela equipe de saúde mental da SES-RS e representante do município. Parece fundamental a posição dos envolvidos em relação ao papel do Estado na coordenação e prestação do cuidado.

É SUS, vamos trabalhar na lógica do SUS, tentaremos promover o cuidado em território (2,3).

[...] teve problema com um grupo que chegou e queria [disse], agora nós assumimos. Entende? Estado desapareça. Não, a gente tem uma pactuação feita num cenário, que a gente tinha reuniões de 4 em 4 h num primeiro momento (2,3).

Há duas questões a serem exploradas a partir deste ponto. A primeira é que a pactuação pelo fortalecimento do Público não era extensiva a outros pontos da rede nem ao Grupo Diretor da SMS. A segunda é que há relação entre esta compreensão, há explicitação do propósito de mudança e a opção por um método, modelos ou tecnologias de atendimento e de gestão. Anunciam-se, assim, tensões entre as opções do Acolhe-Saúde e a prática dos serviços de psiquiatria da cidade. Além disso, grupos ofereciam consultoria ou buscavam fazer intervenções e coletar informações utilizando-se da condição de voluntário.

[...] vieram muitos grupos, uns deles com interesse muito próprio de vender o seu produto, muito de mercado mesmo, mas também grupos privados que têm, que teve um modelo de atenção fragmentado, na lógica do cuidado médico-hospitalar (2).

O grupo privatista que veio, era muito abre leito, no campo da saúde mental, internar todo mundo que vertesse uma lágrima, como se tu não fosse chorar a morte de um filho, de uma filha, ou a perda de um colega (2,3).

O grupo da SES-RS, que participou da concepção e do atendimento no Acolhe Saúde, assume uma perspectiva que denomina território centrado, e explicita as disputas mais importantes no campo da Saúde Mental.

Estrutturamos todo o cuidado nessa linha, território centrado, pensar também serviços 24 h fora do hospital. Sair da lógica hospitalar. Mas tinha uma disputa, existiam campos de disputa com o pessoal do Transtorno Pós-Traumático, que 24 h depois, já queriam dar diagnóstico de Transtorno Pós-Traumático [...] e outro grupo - inclusive com bastante construção científica - indagando se realmente existe Transtorno Pós-Traumático. Se isso não é mais uma [...] construção nosográfica que é tão aleatória como qualquer outra (2,3).

Que em contextos de grandes catástrofes, de eventos desse tipo, a elaboração do luto, da perda, quanto mais eu fizer ela individualmente, mais iatrogênica pode ser. Então, produzir sempre (a não ser que seja uma pessoa que a gente vê que tem risco de suicídio iminente, em que ela peça um cuidado individual, não levávamos para a consulta individual) buscando construções coletivas. Produzindo coletividade como a forma de cuidado. Usamos a experiência da Organização Médicos Sem Fronteiras e de outros organismos que atendem catástrofes (2, 3).

Desde o início, tentamos estruturar o que está escrito na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (7).

E essa questão muito importante, a dificuldade de fazer valer isso e que isso tinha muito mais a ver com os princípios e diretrizes do SUS, era muito mais centrado naquilo que poderia ser costurado como um cuidado longitudinal e provado cientificamente - digamos assim, das ciências duras, da ciência biomédica e da ciência social - que era melhor para as pessoas. Então, optamos por esta linha e fomos construindo-a com as regiões, com o município, com a rede em si (2,3).

Para sustentar a proposta do Acolhe Saúde era necessário fortalecer a RAS. Destacamos o posicionamento conceitual, a identificação da Atenção Básica como importante interlocutor e o trabalho com a gestão para fortalecimento de outros pontos da rede no município.

Não é todo mundo que precisará de tratamento, muitos se resolverão na sua base comunitária e precisamos é alertar a AB disso tudo, desse evento. E a partir desse alerta, eles identificarem esse sujeito quando chegar lá num processo de sofrimento (2,3).

Tentamos trabalhar muito com os gestores, mas foi mudando Secretário de Saúde - na mesma gestão. A gestão [municipal] não conseguiu se estabelecer como uma gestão produtora de uma rede, [corresponsável] para construir esta rede. Não aprendeu com o evento. Construir a rede, não foi possível, não pela figura do Secretário, dos Secretários que assumiram, mas acredito que existia um contexto político maior ali

colocado na cidade, que impedia de acontecer outras coisas e que apesar de todo esse apoio, de tanta gente e essa tentativa de construir algo [...]. Porque tinha tudo, se um Secretário de Saúde dissesse, preciso que todos os médicos do Mais Médicos venham para cá, viriam. Se quisesse 100% de cobertura de Saúde da Família e dissesse, não tem dinheiro, o MS bancaria (2, 3).

Identifica-se uma rede de pessoas com experiência, com capacidade de mobilizar, que (co) existe com uma rede frágil que exacerba os problemas que abordamos. Mas os usuários nos disseram que depois de algum tempo, quando a psiquiatria do HUSM passou a atendê-los, eles estão sendo atendidos na forma ambulatorial, por quem está de plantão. Então, essa é uma questão importante, para poder identificar características da RAS que vai se formando. De um lado, há o Acolhe Saúde, que necessita ser sustentado, e tem o atendimento que se manteve.

Uma mãe relata sua saída do Acolhe Saúde e dá pistas importantes. Relata que era bem atendida no Acolhe Saúde, mas a gente sempre acha que vai ter uma saída milagrosa. Que em algum lugar possa estar a solução, mas não está. E aí, lá vamos encontrando o psiquiatra de plantão (8).

A psiquiatria do HUSM [...] não se abriu, nem durante o evento. Fizemos uma porção de reuniões. E eles choravam as mágoas todas deles de toda a vida, que não temos estrutura - ninguém tinha estrutura. Mas eles não arredaram nada, nenhum momento. Muito, muito difícil. Por isso, já temos uma prerrogativa da Reforma Psiquiátrica. [nomes de pessoas do movimento de Saúde Mental do RS] decidimos, sustentaremos isso no “osso”, não internaremos. Acolheremos, vamos segurar aqui (2, 3).

Não tinha dúvida de que trabalhar em rede com apoio institucional, com rede quente, todos implicados num mesmo processo, isso funciona e dá certo. Então, se eu tivesse qualquer dúvida, a experiência do atendimento em Santa Maria me ensinaria a não ter. Eu não tinha, então só me confirmou isso mesmo, a coisa do serviço de base comunitária, de poder fazer uma aposta na vida e não na patologização, produzir cuidado mas não necessariamente esse cuidado prêt-à-porter, hegemônico que às vezes a saúde oferta, achando que está ofertando o máximo, poder contar com esta rede quente (2).

Os próprios mecanismos que às vezes, na Saúde Mental [não damos importância], como tabular dados, coletar dados [...]. Começamos a nos dar conta, do quanto aquilo era importante naquele momento. E de que cada informação poderia ser muito valiosa.

Ao mesmo tempo, o Acolhe Saúde ia incorporando características novas pela entrada de trabalhadores de diferentes áreas. Esta situação exige gestão que garanta continuidade e, ao mesmo tempo, não desperdice competências distintas e temporárias. Por exemplo:

Assim como uma oficina de origami no meio do hall de entrada do serviço, que era a TO que fazia. Da delicadeza disso, e dos familiares que ali chegavam para tomar um cafezinho, chazinho, pra ficar juntos e não queríamos entrar naquele clima de ficar no atendimento individual. Entravam nessa oficina, faziam-na e começaram a enfeitar o próprio serviço. Quanto aquilo deu leveza no meio de toda aquela dureza. Então, cada pessoa que entrava do seu lugar trazia muitas ferramentas importantes para o processo de cuidado, inclusive dos próprios cuidadores que estavam ali. Foi uma experiência

radical (2).

O apoio institucional é identificado como uma ferramenta utilizada. Houve apoio dos níveis Estadual (SES-RS) e Nacional (MS) à gestão Municipal de Santa Maria (SMS-RS). Interessa-nos saber como aconteceu, que processos desencadeou, que ruídos provocou, que dilemas enfrentou e qual a possibilidade ou capacidade de institucionalização, ou seja, de manter-se como metodologia de gestão na RAS.

Usamos muito a ferramenta do apoio institucional, isso que eu disse que como tinham municípios espalhados, identificar pessoas que faziam o apoio, nas coordenadorias, no grupo central, ou na ajuda do MS, da Humanização, para espraiair um pouco essa premissa do apoio. Trabalhar nessa lógica (2,3).

Desde o início, o apoio está relacionado à identificação da grande fragilidade do município, a Atenção Básica.

Sempre a nossa preocupação, desde que se criou o serviço 24 h, quando ele se transformou em Acolhe Saúde, foi a saída de todo esse povo do território. Sabendo que o território era frágil do ponto de vista das RAS e que tinha fragilidades muito grandes na APS (2,3).

Apoio, nesta experiência, foi vivenciado com radicalidade. Várias equipes foram apoiadas, com variações importantes nas metodologias do Apoio. Apoiar significou assumir a coordenação das ações em composições e revezamentos com trabalhadores do município, ou, realizar reuniões com o gestor Municipal e Prefeito para propor ações. Fazer ou não Apoio, não esteve relacionado a fazer ou não fazer, atender ou não atender, mas a sustentar processos que pudessem existir sem a presença dos Apoiadores.

Tivemos que ir desenhando junto com o Município, com o Estado e com o Ministério da Saúde, pela via do grupo que veio, da FNS-SUS, os protocolos. Alguns protocolos, não tinha no histórico brasileiro esse tipo, para saber o que fazer. Obrigou-nos a sentar e desenhar protocolos de cuidado de pneumologia, de Saúde Mental, de queimados. Alguns, tínhamos certo acúmulo tecnológico, no próprio país, outros não, como a história da fumaça essa que soltava uma substância daquela coisa que revestia o teto, que gerou então, um tipo de problema que não sabíamos como resolver. E que então tivemos ajuda internacional do Canadá, da Argentina, o antídoto também, a coisa da limpeza dos pulmões [...] (2,3).

Fez apoio para o Secretário, para os Gestores, o que precisa? Como é que faz contratação emergencial? Desenho passo a passo (2).

O apoiador é o estrangeiro, o que não pertence a cidade nem a equipe, que precisa desenvolver capacidades para contextualizar.

A coisa de montar Gabinete de Situação e de olhar para o problema, bom, com a emergência que ele tem que ser, com a realidade que a gente sabe que era difícil, com o desconhecido que estava pelo diante, daquilo que não se sabia mesmo que poderia acontecer, eu acho que ensina a lidar vamos falar diferente, com as redes, de montar uma rede, de ser gestor de uma rede, de promover cuidado dentro da rede. Comparo muito isso a, me veio à cabeça a coisa do estrangeiro. Quando estamos em frente a um estrangeiro, temos que traduzir tudo aquilo que aquela pessoa fala, não só aquilo que ela diz, mas fazer uma tradução cultural daquilo que está dizendo. De certa forma, temos que fazer sempre isso (2,3).

Ser estrangeiro, fazer junto, (co) responsabilizar-se é também possibilidade de produção de redes e de tecnologias de cuidado.

Mesmo que a pessoa fale em português comigo, mesmo que ela seja da minha cidade, do meu bairro, da minha rua, para realmente eu construir cuidado, tenho que estar além daquilo que ela está dizendo, entender que presença é essa no mundo, que está colocada na minha frente. Acredito que, fazendo essa metáfora com isso de cuidar, a pessoa sempre é um estrangeiro quando praticamos o cuidado e para realmente entender e não se deixar levar por aquilo que temos de preconceito, não só preconceito no sentido pejorativo mas, dos conceitos prévios que carregamos. Dos efeitos secundários das nossas próprias caixas de ferramentas, para poder chegar na pessoa. Creio que a Kiss, o evento Kiss, estar nessa radicalidade de construir um cuidado em rede, nesse evento, ensina a poder carregar isso, esse espírito de [...]. É sempre desconhecido o que está diante de ti, porque um futuro é construído a cada instante, e uma rede será construída com muitas pessoas. Enfim, tudo que se aprende e que se coloca no cotidiano da construção da rede do cuidado. Eu vejo assim, não sei como tu pensas [nome]? (3).

Para a gestão municipal, a limitação estaria no fato de que, em várias áreas, o município não conta com trabalhadores. Não tinha, por exemplo, possibilidade de integrar grupos para visitas às Unidades Básicas de Saúde. Assim, o município perderia processos, ou seja, um conjunto de ações e metodologias utilizadas, para enfrentamento imediato, não seriam incorporadas no cotidiano dos serviços. E foi o que aconteceu.

Uma fragilidade nossa é que não tínhamos recursos humanos para cuidar disso. Então, era outra coisa muito forte que eu dizia, que sempre, em cada grupo, tinha que vincular funcionário, para não perder os processos. Porque se não tem um funcionário do quadro, fica só nas pessoas de fora, como São Lourenço do Sul RS, o pessoal de Florianópolis SC, até toda a Política de Humanização. Eu brigava muito com a Carine³², as pessoas estavam tomando conta de uma parte que nós [...] claro, uma parte vazia que nós não tínhamos recursos humanos para cuidar, mas só que não podia ser ela a gestora daquele cuidado, ela tinha que colocar uma pessoa, que era a Ana Paula³³, pois tentamos construir, mas nunca ficou forte a AB (7).

³² Carine Bianca Ferreira Nied, consultora da Política Nacional de Humanização (PNH). Sobre a participação da PNH no apoio à cidade de Santa Maria, ver relato publicado em: Experimentações Coletivas e Política Nacional de Humanização: o apoio do apoio (NIED; LÜDTKE; RIGHI, 2016).

³³ Ana Paula Seerig, integrante da equipe de Coordenação da Atenção Básica da cidade de Santa Maria em 2013.

Este é um ponto importante e dá pistas a respeito das metodologias de Apoio em situações de urgência. A decisão do Município, provavelmente ampliou a desigualdade no desenvolvimento das áreas.

Foi assumido mais pelos residentes, naquele primeiro momento, mas como estrutura de Gestão da Secretaria de Saúde, ficou muito frágil, não tivemos uma identidade, como teve na Saúde Mental [onde] construímos uma gestão junto com o pessoal que estava aí, da atenção psicossocial. O [nome do psiquiatra] tinha experiência de CAPS, de rede, de tentar CAPS, o [nome do psicólogo] com a experiência dele de psicanálise e a [nome das apoiadoras da SES-RS], então a 'staff' de Saúde Mental era muito alta (7).

Então, foi muito boa a qualidade, eles nos ensinaram muito e os casos clínicos eram passados nas rodas, nas trocas de plantão, por que instituímos passagem de plantão para os voluntários e na AB veio a PNH (também de peso, qualificada), só que nós não tínhamos profissionais junto (7).

A Atenção Básica é estratégica, necessária para a produção das redes de cuidado, e em Santa Maria é frágil. Não houve acordo em relação à forma de apoiar esta área. A participação da FNS-SUS também revela uma complexa composição entre executar ações e transferir tecnologias.

A FNS-SUS – no hospital - trabalhou conosco como se fosse um potente nutriente para as estruturas existentes. Deu-nos segurança de que esse era o caminho. Eu diria que a FNS-SUS é o Sistema de Saúde, aquela estrutura do governo central que consegue vir para onde a Política acontece. Ela teve essa representação para nós. Para mim especialmente. Por que veio, ela se fez presente nos mutirões, buscou solucionar com maior agilidade a questão da infraestrutura de tecnologia. Ela vai, tem liberdade. Para mim, [pela] liberdade que a FNS-SUS tem dentro da estrutura, consegue tirar um pouco aquele gesso que o sistema burocrático traz consigo. Então ela parece uma mola, que se molda, que permite, que favorece [...]. Enfim, acho bem positivo o trabalho deles. Tanto na comunidade pelo que acompanhei, por que nos ajudou muito na questão do voluntariado, foi importante, assim como nos ajudou na abordagem especializada. Por que mobilizou especialistas (6).

Uma das contribuições do Apoio para a Gestão foi a criação de espaços para que as pessoas do município pudessem conversar com alguém que mantém articulação em torno do projeto.

Quando havia essa pessoa de fora, que vinha e que fazia com que pudéssemos conversar, pudéssemos dialogar sem [...], isso funciona. Daí em um momento desses [Kiss] tu tens, mas daqui a pouco claro, tu vais ter que lidar com isso. Vamos perdendo o fôlego. Sempre tem que ter alguém que faça isso. Que puxe, por que senão nem as reuniões saem mais. As pessoas nem iam mais à comissão. Não queriam mais participar desta (5).

No HUSM, o enfrentamento do desastre produz mudanças nas formas de gestão. São

constituídos novos contratos entre professores, residentes, alunos de graduação e equipes assistenciais. No campo da gestão da RAS, como forma de articular diferentes pontos, é criado um grupo condutor. O Grupo Condutor, depois denominado de Colegiado Gestor, reunia gestores e serviços públicos e privados.

Aqui tinha muito esse caráter, precisávamos sobreviver enquanto instituições, enquanto prestadores, para poder receber todo esse [...], que nunca soubemos quantas pessoas eram. Então precisávamos manter o equilíbrio. Manter o equilíbrio. Então, como é que mantivemos o equilíbrio, à época? Acredito que aquelas reuniões, por mais que tenham tido alguns contraditórios no momento, favoreceram que enxergássemos isso, que precisávamos estar juntos. E estar, o desenho que enxergamos à época, nem sei de onde saiu, mas começamos a pensar, precisamos nos reunir, precisamos ver, daí fomos abrindo espaço (6).

Em síntese, é possível afirmar que tanto no espaço do hospital, como na gestão da RAS, os efeitos do desastre foram enfrentados com inovações na direção da democracia institucional. Foi uma gestão mais democrática, que resultou em aumento da capacidade de produção do cuidado. Contudo, estas inovações não se sustentaram. A RAS de Santa Maria pode ser reconhecida como a que conseguiu dar respostas aos efeitos do desastre e, paradoxalmente, pode ter este reconhecimento no exato momento em que dilui e nega as características que permitiram estes resultados.

Estou dizendo que tenho uma tristeza, não sei se é esta a palavra que cabe, mas enfim, enxergar que já temos, no dia a dia, momentos semelhantes. Quando temos um PS onde cabem 25 internados e definimos que a capacidade é de 43. Para chegar a 43, com macas, daí já estamos com 70. Deveríamos fazer isso, ter capacidade permanente de estruturação. Por isso que estou tentando [...]. Capacidade de chegar para quem está próximo, no dia a dia, até o professor que está com seus alunos em campo de estágio, quem sabe vamos fazer isso, vamos reservar essa sala aqui, o professor fulano com seus alunos, estrutura isso, enfim [...]. Sei que isso também é um desafio para além daquilo que é estrutura da atividade deste ou daquele. Só que o que é fato num hospital como esse aqui, ele terá que continuar decidindo sobre as coisas. Ele terá que continuar dando conta de muitas coisas, então esses desenhos, esses experimentos, temos que fazer nessas estruturas (6).

Então foi se organizando, qual o problema à medida que vai passando o tempo? Esta pode ser uma indagação. Vai passando o tempo, conseguiu enraizar esses serviços e não ampliar para o conjunto geral da saúde da população, ou vai ficar em que estado? Vai ficar especializado em desastre, contribuindo para o mundo, para o Brasil e para o estado, mas não disseminando saúde e cuidado para a população de Santa Maria? Isso foi uma possibilidade [...]. A outra é, poderia ser, viram como temos capacidade para cuidado superespecializado e difícil? Portanto, vamos ampliar para o conjunto da população de Santa Maria, para outras patologias, outras situações e agravos. Não me pareceu que aconteceu isso. Não ficou robusta, não ficou mais robusta a rede de Santa Maria pós Kiss (1).

4.2.3 Atenção Básica e Cuidado Longitudinal

Esta última parte do relatório reúne e associa informações a respeito da fragilidade da Atenção Básica e as principais características do cuidado cinco anos após o desastre. Neste momento, há uma experiência a ser registrada e é possível anunciar tendências, sendo que a principal, é a (re) articulação em torno de formas tradicionais de atenção, especialmente no campo da Saúde Mental. A Atenção Básica não reuniu condições para coordenar o cuidado. Esta parte do trabalho é a que possui maior contribuição do Grupo de Interesse Familiares de Vítimas e Sobreviventes da Tragédia de Santa Maria (AVTSM).

A importância da Atenção Básica e do cuidado no território foi anunciada como um dos pilares da ação do grupo de Apoiadores. Desta forma - já foi dito anteriormente - havia um diagnóstico de fragilidade na Atenção Básica que justificou ofertas para que a Gestão priorizasse o fortalecimento deste nível de atenção. Entre as ofertas, os participantes da pesquisa registram o mapeamento das famílias de vítimas fatais e da criação do Grupo de Trabalho Atenção Básica – Redes (GTAB-R)³⁴.

A continuidade do cuidado pelo fortalecimento da Atenção Básica é referida como uma das primeiras constatações dos Apoiadores no campo da Saúde Mental.

No primeiro momento não tínhamos essa dimensão tão clara, mas já sabíamos que estouraria lá na AB (2).

E essa questão muito importante, a dificuldade de fazer valer isso e que isso também tinha muito mais a ver com os princípios e diretrizes do SUS, era muito mais centrado naquilo que poderia ser costurado como um cuidado longitudinal e provado cientificamente digamos assim, das ciências duras, da ciência biomédica e da ciência social que era melhor para as pessoas. Então a gente optou por esta linha e foi construindo esta linha com as regiões, com o município, com a rede em si (2).

E, ao mesmo tempo,

Todos os componentes, desde a Atenção Primária passando pela secundária e terciária, toda a RAS muito precária. A Atenção Primária em si muito difícil de lidar. O pessoal trabalha com pouca cobertura, não tinha cobertura, não existiam equipes completas, a maioria destas equipes, eram incompletas, ACS que não faziam VD, então várias questões muito complicadas (2).

[...] para a APS não tinha meta, não tinha um plano de saúde desenhado [...], não tinha de onde partir. Então, além de uma RAS que era aquém das necessidades do

³⁴ Este aspecto merece um estudo que revele a contribuição da PNH na criação e na coordenação do grupo. Ao mesmo tempo, urge investigar os efeitos deste movimento e como acabou sendo reduzido, até desaparecer. A este respeito, ver registro do grupo de consultores da PNH, publicado no livro: “A Integração do Cuidado diante do Incêndio na Boate Kiss: testemunhos e reflexões” (MAFACIOLI, et al., 2016).

município, já posta antes da Kiss, uma rede que não tinha planejamento em saúde (3).

O território era frágil do ponto de vista das RAS e existiam fragilidades muito grandes na APS (2, 3).

Posso dizer que ficamos apavorados porque tem uma baixa cobertura de ESF, as pessoas em Santa Maria correm de um lado para o outro. Não sei como está nesse momento, mas existia a experiência de que nas ESF, existe um pessoal que é cadastrado, enfim, mas tem posto de saúde funcionando junto, possuem equipes incompletas, uns fazendo horário aqui, horário ali, aí pensamos, como será isso? (5).

Parte do diagnóstico indica que a fragilidade da Atenção Básica não se explicava apenas pela falta de recursos. Era opção da Gestão.

Caso um Secretário de Saúde dissesse, preciso que todos os médicos do “Mais Médicos” venham para cá, viriam. Mesmo se quisesse colocar 100% de cobertura de Saúde da Família e dissesse, não tem dinheiro, não tem problema, o MS banca (2, 3).

Nem na Atenção Básica, nem nas referências (1).

E aparece a fragilidade da AB, a baixa cobertura, isso não contribuiu (1).

Uma fragilidade de Santa Maria é uma RAS frágil. Em parte inexistente, em parte não funcionando como rede, particularmente na AB, como RAS. A AB, das questões clínicas e da questão psicossocial (1).

A continuidade do cuidado é planejada a partir de quatro pilares, quais sejam, o fortalecimento da Atenção Básica, a consolidação da rede de atenção psicossocial, o Acolhe Saúde e o CIAVA.

4.2.3.1 O Fortalecimento da Atenção Básica

Toda RAS - precisa de uma APS, de uma AB. Não foi constituída e não foi fortalecida, como deveria. Aí passa por todos esses [...], aí chega à rede de atenção psicossocial, o serviço quer nos transformar num CAPS, que foi indicado que se fizesse isso, para construir o trabalho de Saúde Mental na APS, também não foi conseguido constituir, pela própria precariedade. Chega à parte da alta complexidade, internação muito menos, por que sempre fez “de costas” para a rede, mais ficou “de costas”, depois da saída de todo este povo (2).

A pneumologia, foi algo construído, tem toda a parte da urgência/emergência, mas tinha todo um protocolo a ser construído, por que não existia. Não se sabia, não se tinha noção de como fazer a continuidade do cuidado, o cuidado continuado. Aí teve toda a construção de trazer a equipe do Clínicas, da SES-RS, do Sanatório Partenon, e aqui, do HUSM (2).

Focando bem a questão da RAS, acho que Santa Maria tem deficiências bem grandes, ao mesmo tempo tem uma estrutura, mas falta estrutura. Tem pessoas e faltam algumas pessoas. Mas tem pessoas muito boas trabalhando na rede. Têm pessoas com conhecimento, num momento assim imagino que tenha ajudado bastante. E ajudou muito a vinda de pessoas como a própria [nome], da PNH, como o pessoal da Secretaria, da parte de Saúde Mental, aquele mapeamento todo que foi feito, acredito

que tenha sido fundamental. Ver onde estavam, o que cada uma poderia estar fazendo, onde estavam os familiares, isso foi outra coisa fundamental (5).

Para Giovanella e Mendonça (2008, p. 575), “a APS é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão”. Um dos atributos da APS que deve ser instituído, para que ocorra essa mudança de paradigma na saúde, especialmente no seu primeiro nível de atenção é o destaque para o cuidado longitudinal. Contudo, este tema se apresentava como um assunto novo e exigia (re) pactuações. De maneira geral, a longitudinalidade não parecia ser responsabilidade da RAS.

Não tínhamos acionado a equipe, não tínhamos nem sentado com a equipe, aí fomos conversar com a equipe da Coordenadoria. Constatamos que a responsável pela AB precisaria estar junto, a coordenadora da Saúde Mental terá que estar presente. Nos outros municípios, dar uma mapeada, ver de onde essas pessoas são, claro que a maioria era daqui, mas tinha muita gente de outros municípios. E tinha alguns municípios que tinham várias pessoas. E algumas já tinham retornado e outras estavam aqui, de alguma forma iriam retornar (5).

Apresenta-se assim, uma importante primeira pista para compreender como o cuidado foi tomando forma. A referência para as pessoas afetadas no desastre, não foi a Atenção Básica, mas o HUSM.

Foi uma grande preocupação e que vimos depois que tínhamos razão, por que não seguiu muito a continuidade, a não ser na Saúde Mental. Acredito que ficou uma coisa bem falha depois. As pessoas não tiveram o Acolhimento que deveriam, nas Unidades Básicas. Onde tiveram Acolhimento? No HUSM. Com o serviço criado, também pelas características da Saúde Mental, como fazer esses encaminhamentos? Como acolher dali a tantos meses? Um padrinho, um parente, que em um primeiro momento não procurou nada, mas depois, onde é que ele iria procurar? Creio que não conseguimos sensibilizar [...]. Não houve sensibilização (5).

A necessidade de sensibilização da RAS, evidenciada pela Gestão Regional, revela que, de modo geral, o atendimento à estas pessoas, não era adotado como responsabilidade dos serviços locais. O tema Saúde Mental, tomado como área que conseguiu estruturar a longitudinalidade, através do Acolhe Saúde, também vai sendo minado à medida que, o HUSM inclui atendimento psiquiátrico no ‘cardápio’ de atendimento aos sobreviventes e familiares de vítimas. Para a representante da Gestão do Município, na coordenação das ações, a fragilidade da Atenção Básica não foi superada e é o principal entrave para o cuidado longitudinal.

Nós, [Saúde Mental], na parte clínica de cuidado de rede, de RAPS, foi muito pesado³⁵. Então, foi muito boa a qualidade, eles nos ensinaram muito e os casos

³⁵ O termo ‘pesado’ parece ser referência a investimento grande.

clínicos eram debatidos nas rodas, nas passagens de plantão, pois instituímos passagem de plantão para os voluntários. Na AB, veio a PNH, de peso, qualificada, só que não tínhamos profissionais junto (7).

No caso da Atenção Básica, foram poucos os interlocutores representantes do Município.

O que o pessoal [referência à SES-RS] trouxe muito? Trouxe a fragilidade da AB. Para a PNH - que é processo - meio que se dissolveu a instituição de que realmente tínhamos que territorializar e fazer o cuidado com eles [familiares/vítimas] dentro dos territórios. Foi impossível fazer. Assinamos o termo de compromisso. Em fevereiro, dia 23 de fevereiro 2013, foi assinado o termo de compromisso (7).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) não acumularam a ponto de se mobilizar e dizer, estamos prontos para atender, onde estão os sobreviventes? Já que o trabalho que fizemos, que a [nome] fez, na Coordenadoria (4ªCRS) com a AB, de mapear os locais onde estão as pessoas, os sofrimentos, pegar os sobreviventes, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). E, o grau de identificação dos ACS com as pessoas, o número dos [familiares/sobreviventes] era muito maior sempre do que dos trabalhadores de saúde, e de Saúde Mental, era menor ainda (1).

Os ACS também teriam que identificar as pessoas que estivessem necessitando os cuidados da atenção psicossocial, no sentido de não agravar ou desencadear o processo [de sofrimento]. Então, tem trabalhadores, serviços, não em número suficiente e ainda não funcionando com fluxos e de forma integrada como RAS efetivamente. Mas isso não é peculiaridade de Santa Maria, é um diagnóstico geral (1).

Em especial na AB [...]. O Acolhimento, o fato de serem serviços criados a partir da situação, é com vínculos precários, não com funcionários, é por projetos, o projeto acaba, como agora está correndo o final do ano, acredito que termina o serviço e os trabalhadores, ou se mobilizam e conseguem vínculos mais estáveis, ou saem efetivamente. Este é um problema (1).

Houve um esforço interfederativo que é reconhecido pelos representantes de todas as esferas de Gestão. Contudo, a Atenção Básica não fortaleceu.

Acredito que, na radicalidade, o caráter interfederativo do SUS mostra que é positivo, por um lado. Por outro, o próprio interfederativo e as independências, levam que não se acelerem alguns processos exigentes [...], exigidos, dos municípios. Então, creio que o caráter interfederativo, o fato de ter trabalhadores de saúde, no Sistema Público, com investimentos implicados com o Sistema Único e com o cuidado às pessoas, é que gerou o trabalho que aconteceu, do CIAVA com a fisioterapia no HUSM, no hospital privado, lá na AB, imagino que tiveram pessoas que seguraram a possibilidade de construção (1).

O Município, que é onde as pessoas vivem e onde a coisa acontece, é aquele ambiente onde tu tens que responder (6).

Estabeleceu-se em definitivo essa relação dos níveis assistenciais. Da estratificação, o que fica na APS, o que vai para o nível especializado, enfim, conseguimos (6).

Construíram o cuidado por território, com as famílias que moravam em Santa Maria (7).

O MS e o Estado, à época que o [nome] era nosso coordenador da AB, o [nome] veio, fizemos várias oficinas, implantamos processos de educação permanente, realizamos cuidado longitudinal (3).

Tentamos construir, mas nunca ficou forte a AB (7).

O cuidado longitudinal está relacionado à perspectiva do SUS e a sua organização se dá como acesso, a uma rede de atendimento integral, ou como serviço especial (e temporário), para ajudar a população no enfrentamento de um desastre ou calamidade. É muito interessante ver o conteúdo do pronunciamento do Gestor Local, na contramão do que estava sendo proposto, mas – provavelmente – embasado na proposta de governo e na forma de trabalho mais visível na RAS.

Naquele momento, [em que o Acolhe Saúde ganha sede própria], ele [Gestor Local] diz, agora sim temos uma casa específica para o Acolhe Saúde, para as vítimas da Kiss poderem sair da vala comum do SUS. No dia da inauguração do serviço, na frente de todos (3).

No domingo, tínhamos identificado que precisávamos de um serviço, de cuidados 24 h. Existia a possibilidade de um CAPS 24 h. Vimos como oportunidade abrir um CAPS 24 h. Tomou-se a decisão de ter um serviço 24 h juntos, Município, Estado e União. Depois, nos primeiros momentos do serviço de acolhimento psicossocial, foi no CAPS 24 h (1).

4.2.3.2 *Acolhe Saúde*

A novidade apresentada pelo Acolhe Saúde, a perspectiva do trabalho em RAS, em equipe, com ênfase no coletivo, como vimos, foi sustentada pela presença de Apoiadores de outras esferas de Governo, especialmente a Coordenação de SM da SES-RS, equipe da Política de Saúde Mental e da PNH do MS. Com a saída destes interlocutores, a RAS vai retornando às características que a marcavam no período anterior ao desastre. É importante registrar que, na área da Saúde Mental, também houve dificuldades para fortalecer a rede.

Não consegui. Mesmo em relação ao Acolhe Saúde, num primeiro momento, o desenho que a Saúde Mental propôs, de ter o serviço 24 h. Um CAPS 24 h. Por quê? Por que existe Portaria regulamentando, tem recurso financeiro para sustentar o serviço depois, para a continuidade. Evidentemente, num primeiro momento iria se ocupar muito mais dessas situações [Kiss], mas depois entraria no fluxo da cidade [...]. Nunca foi possível transformar (2,3).

Lembrando sempre que o incidente da Kiss foi um acontecimento excepcional, excedeu a capacidade de respostas, exemplo disso são as ações ofertadas pelos atores locais,

governamentais e da comunidade, afetando profundamente a população envolvida. Visto que, sua qualificação como um “desastre” pelo Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil sugere dizer que, ao menos do ponto de vista formal, o Município de Santa Maria carecia de apoio externo para enfrentar as implicações desse evento crítico (NOAL; VICENTE; WEINTRAUB, 2016).

4.2.3.3 O Ciava

O Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidente (CIAVA) é uma estrutura criada para garantir o cuidado longitudinal. Foi concebido como atendimento às vítimas de acidentes e não como local específico para sobreviventes da Kiss. Ao mesmo tempo, encontra dificuldades para o trabalho em RAS e tem importantes limitações na área da Saúde Mental (SM).

Existiu SUS e existia protagonismo dos gestores, pelo menos à época, para se responsabilizar por isso. Teve uma dedicação importante e para garantir o pouco que está seguindo até hoje, pois também existe a preocupação com a integralidade e a longitudinalidade do cuidado. Acompanhar as pessoas. Então, não é a toa que tem o CIAVA, do SUS, de pessoas que são, sempre foram defensoras do SUS. Aqui também, no HUSM, então essa experiência, a gente não perdeu. Só faltou sistematizá-la. Tá muito pouco sistematizado. Tem muita coisa sobre cuidado, assistência individual, mas pouquíssima coisa sobre a gestão desse cuidado. E foi uma gestão de cuidado muito complexa porque envolveu vários níveis mesmo, macro, meso e claro o que relatam mais, a gestão micro. A gestão do cuidado de paciente a paciente. Mas tiveram outras coisas também [...] (4).

Os problemas que o CIAVA encontra estão relacionados a outros pontos da RAS, especialmente aos processos de regionalização e falta de produção de novos contratos com a Atenção Básica (AB).

Depois, por acompanhar as pessoas, o serviço de fisioterapia, o CIAVA no HUSM, clínico, médico e multidisciplinar, para cuidar. Então, Santa Maria foi obrigada por essa situação, a dar respostas. E sempre, em geral, de modo interfederativo, não só com o município, que o SUS é interfederativo, mas com a União e com o Estado. E aparece a fragilidade da AB, a baixa cobertura, isso não contribuiu. Uma dificuldade de Santa Maria é uma RAS frágil. Em parte inexistente, em parte não funcionando como rede, particularmente na AB, como RAS mesmo. A AB, das questões clínicas e psicossocial. Então isto, a boate Kiss pode ter exposto, vamos dizer assim, desvelou mais claramente esta fragilidade e foi sustentável o cuidado de todos, dos familiares, dos pretensos trabalhadores, muito no corpo das pessoas, de quem estava Coordenando (1).

A compreensão do CIAVA importante estratégia de seguimento é destacada pela

representante da gestão do serviço que o acolheu, o HUSM. A inclusão do “i” como integrado remete a características do trabalho interprofissional e também as conexões em redes de cuidados. Cria-se também uma perspectiva de integralidade.

O CIAVA é o que chamo de quarto momento. É o seguimento dos pacientes para criar um espaço de cuidado continuado, por que muitos ficaram com sequelas, ou necessitam seguimento, talvez a vida toda (4).

Sim, integral. Na verdade o CIAVA se cria também em uma perspectiva de integralidade (4).

O cuidado prestado pelo CIAVA, na área da Saúde Mental – como registrado anteriormente – representou o retorno do atendimento psiquiátrico ambulatorial como, a alternativa adequada. Esta característica ocorre como um efeito inesperado, não projetado pelo grupo que o concebeu. Como se atores silenciosos ou apenas demandantes voltassem a pautar o seu modelo de atenção, gestão e formação. Os representantes do Grupo de Interesse Familiares de vítimas fatais registram esta mudança.

O que marcou muito foi que no final de 2013, início de 2014, tiraram aqueles psiquiatras contratados para atender no CIAVA, do atendimento, e os colocaram somente para tirar plantões no hospital psiquiátrico. Então, colocaram pessoas que estavam iniciando, médicos residentes, o que gerou uma situação muito constrangedora [...]. Deveríamos ser assistidos por um médico de perto, por um psiquiatra, um psicólogo [...]. Mas deixar-nos na sala, para sermos questionados [...]. O médico responsável por fazer aquele acompanhamento [...] acaba te deixando preocupado [...]. Estou colocando minha história, para ser assistido por uma pessoa que não tem experiência nenhuma [...], cada pergunta, cada questionamento, tirar as dúvidas com o médico que está acompanhando presencialmente [...]. Então, [...] as pessoas acabaram, quase que 100% delas, não tendo continuidade com o tratamento lá [CIAVA] [...]. Umas foram para o Acolhe Saúde e outras clínicas aí [...] em relação a isso [...] é complicado! (8).

Fui atendida lá [no CDM] por um profissional [...] e depois, no dia 28, à noite, fui ao atendimento [endereço], onde funcionava o Acolhe Saúde [...]. Comecei o tratamento lá, continuei me tratando, gostei do atendimento, mas em certa época [...], nesse meio tempo [...], fazendo o acompanhamento no Acolhe Saúde, com o Dr [nome], tudo bem, tranquilo, mas sempre procuramos algo que, quem sabe vá [...] fazer um milagre [...]. Cheguei a ficar contados 50 minutos dentro de uma sala, esperando a residente, que tinha que ser avaliada pelo professor, e os outros que estavam trabalhando [...]. Comentei com ela que era difícil ficar ali, esperando 50 minutos. Inclusive, acredito que a resposta dela não foi muito feliz, por que não soube dar uma resposta como uma futura psiquiatra, disse-me que, assim como eu tava esperando, ela também tinha que esperar para conversar com o professor [...], isso no CIAVA! Que [...], vou voltar para o Acolhe Saúde (8).

Posto isso, um dos critérios para o acompanhamento dos sobreviventes foram as complicações pulmonares. Questões como relação com o setor privado e poder dos especialistas ou das profissões, são importantes na definição dos protocolos, da participação da Universidade

e na relação com os outros pontos da RAS. A instituição de um grupo gestor do cuidado é outra estratégia para articular as diferentes instituições e ampliar capacidades para o trabalho em RAS. É este grupo que faz a mediação com o setor privado.

Deve ter no Grupo Gestor do Cuidado, um documento expedido a todos os pneumologistas, em serviços de Santa Maria, dizendo que gostaríamos de ter o cadastro, os nomes dessas pessoas, para trazer para o banco de dados do HUSM, por que com o MS, quem se comprometeu foi o HUSM. Então, gostaríamos de saber como estas vítimas estão sendo acompanhadas e qual o estado delas, a situação clínica. Uma a uma (6).

Assim, o CIAVA estaria acompanhando todos os sobreviventes³⁶.

O que acontece em todos, invariavelmente todos os janeiros? Isso mobiliza sentimentos, então vamos nos antecipar. Vamos já pegar o cadastro, fazer a busca ativa, que isto fazemos regularmente, mas intensificamos próximo ao mês de janeiro, para ter todos agendados. Se precisar, faremos ambulatorios extras que foi o que ela [psiquiatra] sugeriu. Isso fazemos regularmente, realizamos uns mutirões (6).

Foram formas utilizadas para sermos mais resolutivos, no tempo de necessidade do usuário. Hoje os que não são acompanhados, é por vontade própria. Até os que residem fora [de Santa Maria], procuramos referenciá-los ou trazê-los (6).

Pegamos o protocolo do Acolhimento que foi a nossa [...], acredito que, de tudo, foi a grande sacada que tomamos no dia lá. Começamos a pensar, eles voltarão e começamos a enxergar que tínhamos que dar alta e vinculá-los a algum lugar (6).

Começou-se a pensar, precisamos estruturar o serviço, temos que fazer. E, concomitante, vocês [UFSM] fizeram aquela discussão de sugestão do ambulatório, sei que a [professora do curso de Fisioterapia] trouxe-me a situação, depois contou-nos a história dos professores do Centro de Ciências da Saúde (CCS), que tinham feito um desenho de acompanhamento (6).

A expressão “limbo assistencial” é utilizada pela representante da Gestão do Serviço Local (HUSM) e foi colocada no círculo hermenêutico, passando a integrar novas Entrevistas (ESE). Para o HUSM, há uma aposta importante na existência de um trabalho em RAS e no acompanhamento dos sobreviventes. Para os sobreviventes e familiares das vítimas, há um vazio que volta a ser habitado pelo mercado e há problemas de vínculo e de modelo de atenção (especialmente no campo da Saúde Mental).

Portanto, a longitudinalidade do cuidado continua desafiando a qualidade do atendimento às pessoas e coletivos afetados pelo desastre. Segue a aposta na Atenção Básica e

³⁶ Trabalhar com Avaliação de Quarta Geração, dá-nos condições para lidar com posições (ou avaliações) dos diferentes Grupos de Interesse. Levamos esta percepção (incluímos no círculo hermenêutico) para a entrevista coletiva com dois (ver p. 19 desta dissertação, referente à YIN, 2016 p.125) sobreviventes. Para eles, o CIAVA não é a referência para o cuidado. Produzem itinerários não previstos, em uma composição com consultórios privados e busca de atendimento (especialmente para obtenção de exames) em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

na articulação desta com a Saúde Mental. Mas são possibilidades.

Tudo como possibilidade, a necessidade de ter uma RAS, novamente precisamos repactuar, devemos explicitar que houve fragilidades, que existem deficiências na AB de Santa Maria, por exemplo. Para podermos reivindicar uma rede básica melhor, mais robusta em relação à continuidade e tecnologias disponíveis para cuidar, assim como uma RAPS. É na direção do fortalecimento da RAS (1).

Por se tratar de narrativas e registros tão peculiares, a um “evento crítico”, “tragédia” (como referiam os representantes do Grupo de Interesse Familiares de vítimas fatais), “catástrofe”, “calamidade pública” ou mesmo “desastre” (a opção escolhida para a definição deste incidente), que modificou a rotina de lazer e diversão de uma cidade inteira. Detive-me aos cuidados intrínsecos a uma escrita que não se projetasse uma regra, norma ou recomendação geral, de maneiras de operar processos de trabalho, de trabalhadores/gestores de saúde, junto a uma população em crise, ou mesmo patologizada pós-Kiss.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cabe, neste momento, retomar a pergunta que a investigação procurou responder: há características que ampliam, nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a capacidade de absorver choques e adaptar-se às mudanças?

Desta maneira, o estudo conclui que, características que ampliam a capacidade de absorver choques é a própria capacidade de trabalhar em rede e a capacidade para estabelecer conexões de forma rápida. Em relação à rede de atenção à saúde, importa ter um sistema público de acesso universal e atendimento integral, implica que os gestores tenham claro atribuições dos diferentes níveis de governo e que tenham disposição para atuar em conjunto e de modo solidário. Portanto, foi de extrema relevância, para o enfrentamento do desastre da boate Kiss ter, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS). A existência da Força Nacional, como uma equipe especialista em desastres, foi decisiva. A capacidade de Regulação do SUS possibilitou o mapeamento e utilização dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva em espaço de gestão que extrapolou o município ou região.

A capacidade de gestão, a possibilidade de operacionalizar as decisões do cotidiano de forma mais democrática e inclusiva foram fatores valorizados pelos participantes da pesquisa. Neste sentido, as formulações de propostas de trabalho não seguiram padrões mais hierarquizados, pelo contrário, em todos os ambientes de atendimento houve maiores espaços de (co) gestão, discussão de casos e Apoio Institucional.

A presença de voluntários e da mídia acrescenta complexidade à gestão do cuidado em situações de desastres. Ao mesmo tempo, que o local não dá conta do atendimento, a entrada sem pactuação, de outros técnicos e outros comandos nos serviços, não é tranquila. A inclusão de pessoas, tecnologias e competências requer grande capacidade de gestão.

O local não dá conta de toda a demanda e precisa do reforço de outras esferas de governo. O enfrentamento imediato ao desastre precisa considerar o objetivo de fortalecimento da RAS. Portanto, deu-se em composição entre a equipe local (de referência, conhecedora do território – incluindo suas fragilidades) e os matriciadores (especialistas ou reforços temporários). Chama atenção que áreas sem acúmulo do local, são áreas mais difíceis de apoiar e, portanto, tendem a seguir frágeis. No caso de Santa Maria, houve o diagnóstico da fragilidade da Atenção Básica e iniciativas de fortalecimento deste espaço. Contudo, ela segue frágil.

O fato de a Atenção Básica não ter se fortalecido impede avanços no seguimento dos sobreviventes e dá espaço para que características predatórias voltem a se inscrever na relação público-privado. Neste contexto, há diminuição do acesso, retorno a patamares inaceitáveis

para a qualidade da clínica e retorno a modos tradicionais de gestão. A rede que se forma a partir do desastre não é mais a mesma de antes, mas também já não é a mesma que enfrentou a crise.

Os pais, reunidos em janeiro de 2018 registram que a cidade quer esquecer o desastre e seus efeitos. Quer esquecê-los. A rede de saúde, como estruturas e fluxos de comunicação, não pode esquecer o impacto que sofreu, não pode esquecer como reagiu e como fez para consertar seus buracos, processo permanente e inacabado.

Por fim, alguns registros do percurso da investigação. A opção pela avaliação de Quarta Geração permitiu destacar o complementar e o contraditório. A imagem do círculo hermenêutico com possibilidade de nova interpretação para algumas questões, constituiu-se em importante aprendizado. Produzir conhecimento com - uma perspectiva importante do método da cartografia e da pesquisa intervenção - foi um ponto forte da atitude metodológica escolhida.

A complexidade da problemática, em torno do objeto desta investigação - as RAS em desastres, além das “pistas” encontradas para possíveis melhorias e/ou soluções dos nós críticos detectados na rede em Santa Maria RS - não se esgota com esta pesquisa. Apenas sinaliza a necessidade de aprofundamento e sequência nas investigações, frente a um tema tão desafiador, que demanda um novo olhar crítico em relação às RAS que a população precisa e a que temos. Todavia, essa é um potente comunicador/conector entre equipes, trabalhadores/gestores que trabalham por um Sistema Público de Saúde universal e integral. Há um longo caminho a ser percorrido para superarmos as inúmeras dificuldades/barreiras que limitam nossos objetivos, mas o modelo atual de atenção à saúde urge ser revisto, pois seu arranjo atual tem muitas limitações para que ocorram verdadeiras transformações.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**/Nicola Abbagnano; tradução da 1ª edição brasileira coordenada e revista por Alfredo Bosi; revisão da tradução e tradução dos novos textos Ivone Castilho Benedetti. 6. Ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

ADAMY, P.E.; SIMONI, A.C.R.; CABRAL, K.V. **Apoio Institucional a um Dispositivo Articulador de Rede**. In: A integração do cuidado diante do incêndio na boate Kiss: testemunhos e reflexões/Gilson Mafacioli, Manoela Fonseca Lüdtke, Maria Luiza Leal Pacheco, Mirela Massia Sanfelice, Volvei Antonio Dassoler (organizadores). Curitiba: CRV, 2016.

ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A.M. **Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário?** In: Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde/Patty Fidelis de Almeida, Adriano Maia dos Santos, Mariluce Karla Bomfim de Souza (Organizadores). Salvador: EDUFBA, 2015.

ANAUT, M. **A Resiliência: ultrapassar os traumatismos**. (tradução de Emanuel Pestana). Editora CLIMEPSI Editores. Lisboa, 2005.

ARBEX, D. **Todo dia a mesma noite: a história não contada da boate Kiss**/Daniela Arbex. 1. Ed. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2018.

ATIYEH, B. Desastre na boate Kiss, Brasil. **Rev Bras Cir Plást**, v. 27, n. 4, p. 502, 2012.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**/ Rosaline Barbour; tradução Marcelo Figueiredo Duarte; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Leandro Miletto Tonetto. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**/ Laurence Bardin: Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BERGSON, H. **Memória e vida**/Henri Bergson; textos escolhidos por Gilles Deleuze; tradução Cláudia Berliner; revisão técnica e da tradução Bento Prado Neto. São Paulo: Martins Fontes, 2006. (Tópicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acessado em: 06 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acessado em: 30 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html> Acessado em: 14 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Plataforma de Telessaúde RS**. Núcleo de telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/teleconsultoria/plataforma-de-telessaude/>> Acessado em: 12 mar. 2018.

CABRAL, K. V.; SIMONI, A. C. R. Fazendo a gestão no olho do furacão. **Entre Linhas**: revista eletrônica do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, Ano XIII, Número 62, Abr | Mai | Jun 2013 (p8-9). Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo57.pdf>> Acessado em: 09 mar. 2018.

CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**: novas tendências e questões emergentes/Rosana Onocko Campos, Juarez Pereira Furtado. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

CARDOSO, E.K.; FERNANDES, A.M.; RIEDER, M.M. Atuação da fisioterapia às vítimas da Boate Kiss: a experiência de um Hospital de Pronto-Socorro. **Rev Bras Queimaduras**, v. 13, n. 3, p. 136-41, 2014.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-122, 2003.

CERETTA, T. Serviço que nasceu para atender vítimas da Kiss será mantido em Santa Maria. **Diário de Santa Maria**, Santa Maria, 23 fev. 2018. Disponível em: <<http://diariosm.com.br/not%C3%ADcias/sa%C3%BAde/servi%C3%A7o-que-nasceu-para-atender-v%C3%ADtimas-da-kiss-ser%C3%A1-mantido-em-santa-maria-1.2048253>> Acessado em: 18 mar. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SAÚDE. Encontro Paranaense dos Gestores Municipais do SUS. **Rede de Atenção no SUS**. 2013. 1 diapositivo, color.

COWAN, J. **O Sonho do Cartógrafo**. Meditações de Fra Mauro na Corte de Veneza do Século XVI. Tradução de Maria de Lourdes Reis Menegale. Lisboa: Rocco, 2000.

DASSOLER, V.A. et al. **ACOLHE SAÚDE**. In: A integração do cuidado diante do incêndio na boate Kiss: testemunhos e reflexões/Gilson Mafacioli, Manoela Fonseca Lüdtke, Maria Luiza Leal Pacheco, Mirela Massia Sanfelice, Volvei Antonio Dassoler (organizadores). – Curitiba: CRV, 2016.

DELEUZE, G. 1925 – 1995. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia 2 vol. 1/ Gilles Deleuze, Félix Guattari; tradução de Ana Lúcia de Oliveira, Aurélio Guerra Neto e Celia Pinto Costa. 2. Ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

FEDERICO, L. **Análise política em saúde**: a contribuição do pensamento estratégico/Leonardo Federico; Prefácio e tradução: Carmen Fontes Teixeira; Posfácio: Jairnilson Silva Paim, Salvador: EDUFBA, 2015.

FRANCO, T.B. **Redes de cuidado:** conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde. In: Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde/Patty Fidelis de Almeida, Adriano Maia dos Santos, Mariluce Karla Bomfim de Souza (Organizadores). Salvador: EDUFBA, 2015.

FREITAS, C.M. et al. Vulnerabilidade socioambiental, redução de riscos de desastres e construção da resiliência – lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p. 1577-1586, 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde.** In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil./organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. **Tendências de reformas da Atenção Primária à Saúde em países europeus.** In: Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde/Patty Fidelis de Almeida, Adriano Maia dos Santos, Mariluce Karla Bomfim de Souza (Organizadores). Salvador: EDUFBA, 2015.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica:** cartografias do desejo/ Félix Guattari, Suely Rolnik. 11. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração/Egon G. Guba, Yvonna S. Lincoln/tradução Beth Honorato.** Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

GUERRA, S.T. **CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE: CIAVA.** In: A integração do cuidado diante do incêndio na boate Kiss: testemunhos e reflexões/Gilson Mafacioli, Manoela Fonseca Lüdtke, Maria Luiza Leal Pacheco, Mirela Massia Sanfelice, Volvei Antonio Dassoler (organizadores). Curitiba: CRV, 2016.

HAESBAERT, R. **Multi/transterritorialidade e “contornamento”:** do trânsito por múltiplos territórios ao contorno dos limites fronteiriços. In: Territórios e Fronteiras – (re)arranjos e perspectivas. Nilson Cesar Fraga (org.). Florianópolis: Insular, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População estimada de Santa Maria RS em 2017.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-maria/panorama>> Acessado em: 06 mar. 2018.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. **Cartografar é traçar um plano comum.** In: Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum/organizado por Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Silvia Tedesco. Porto Alegre: Sulina, 2014.

MACEDO, C. TJ mantém decisão de que réus do caso Kiss não irão a júri. **Gaúcha ZH,** Chamada Geral 2ª Edição, Porto Alegre, 02 mar. 2018. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2018/03/tj-mantem-decisao-de-que-reus-do-caso-kiss-nao-irao-a-juri-cjea0dvf301qj01qo4sj286uj.html>> Acessado em: 14 mar. 2018.

MAFACIOLI, G. et al. **A integração do cuidado diante do incêndio na boate Kiss:** testemunhos e reflexões / MAFACIOLI, G., LÜDTKE, M. F., PACHECO, M. L. L., SANFELICE, M. M., DASSOLER, V. A. (orgs). Curitiba: CRV, 2016.

MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Revista DIVULGAÇÃO em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>> Acessado em: 30-11-2016.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface Comunic. Saude, Educ**, v.14, n.34, p.593-605, 2010.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. 2. Ed. Brasília: IPEA, 1996.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, R. Serviços de saúde criados após tragédia na Kiss têm futuro incerto. **Gaúcha Zero Hora**, Porto Alegre, 21 jan. 2018. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/geral/noticia/2018/01/servicos-de-saude-criados-apos-tragedia-na-kiss-tem-futuro-incerto-cjcm6muxb02vh01ph2zbf57r.html>> Acessado em: 18 mar. 2018.

MICHELS, B.; BARROS, V.G. Integração interinstitucional e aumento de resiliência na gestão de desastres naturais dentro do contexto da Política Nacional de Proteção e Defesa Civil – Aplicação na Bacia Hidrográfica Do Rio Águas Vermelhas – Joinville, SC. **Ciência e Natura**, v. 38, n. 3, 2, p. 1394-1402, 2016.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**. In (org); DESLANDES, Sueli Ferreira; GOMES, Romeu. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016.

NIED, C. B. F.; LÜDTKE, M. F.; RIGHI, L. B. **EXPERIMENTAÇÕES COLETIVAS E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**: o apoio do apoio. In: A integração do cuidado diante do incêndio na boate Kiss: testemunhos e reflexões/Gilson Mafacioli, Manoela Fonseca Lüdtke, Maria Luiza Leal Pacheco, Mirela Massia Sanfelice, Volvei Antonio Dassoler (organizadores). Curitiba: CRV, 2016.

NOAL, D. S. et al. Atuação do psicólogo em situações de desastres: algumas considerações baseadas em experiências de intervenção. **Entre Linhas: revista eletrônica do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul**, v. XIII, n. 62, p. 4-5, 2013. Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo57.pdf>> Acessado em: 09 mar. 2018.

NOAL, D.S.; VICENTE, L.N.; WEINTRAUB, A.C.A.M. **AJUDA QUE VEM DE “FORA”**: a conformação da primeira estratégia psicossocial e de saúde mental pós-incêndio na Boate Kiss. In: A integração do cuidado diante do incêndio na boate Kiss: testemunhos e reflexões/Gilson Mafacioli, Manoela Fonseca Lüdtke, Maria Luiza Leal Pacheco, Mirela Massia Sanfelice, Volvei Antonio Dassoler (organizadores). Curitiba: CRV, 2016.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil./organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

OLIVEIRA, G.N. **Breve percurso para a produção de uma cartografia**: devir, intervir, durar, cuidar, narrar, agenciar – ou devir cartógrafo e algumas interfaces com a Saúde

Coletiva Capítulo 9. In: Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade/Sergio Resende Carvalho, Maria Elisabeth Barros, Sabrina Ferigato. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

OLIVEIRA, G.N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio.**/Gustavo Nunes de Oliveira. – Campinas, SP: [s.n.], 2011.

OLSEN, W. **Coleta de dados:** debates e métodos fundamentais em pesquisa social. (tradução de Daniel Bueno). Porto Alegre: Penso, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado:** hipertensão arterial e diabetes./Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Organização Mundial da Saúde.** 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5295:tornar-sistemas-de-saude-resilientes-as-novas-necessidades-e-ameacas-deve-ser-prioridade-maxima-afirma-diretora-da-opas&Itemid=450> Acessado em: 13 jan. 2017.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. **Pistas do método da cartografia:** a experiência da pesquisa e o plano comum/organizado por Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Silvia Tedesco. Porto Alegre: Sulina, 2014.

PEREIRA, N.L.F.; MARQUES, S.H.B. **Atuação da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) em Santa Maria.** In: A integração do cuidado diante do incêndio na boate Kiss: testemunhos e reflexões/Gilson Mafacioli, Manoela Fonseca Lüdtke, Maria Luiza Leal Pacheco, Mirela Massia Sanfelice, Volvei Antonio Dassoler (organizadores). Curitiba: CRV, 2016.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **O FIO DA MEADA Implicações da integralidade na gestão da saúde.** In: Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde/Roseni Pinheiro, Ruben Araujo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa**/Paul Ricoeur; Tradução Claudia Berliner; revisão da tradução Márcia Valéria Martinez de Aguiar. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

RIGHI, L.B. **Redes de Saúde:** formas de gestão e fortalecimento da Atenção Básica. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos Humanizasus. Atenção Básica. Ministério da Saúde: Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000697_Artigo%20Liane%20Righi%20Cadernos%20HumanizaSUS.pdf> Acessado em: 30-11-2016.

RIGHI, L.B.; PASCHE, D.F.; PAULON, S.M. **Apoio à produção de redes de saúde, gestão democrática e regionalização.** In: CAMPOS, G.W.S.; FIGUEIREDO, M.D.; OLIVEIRA, (orgs.). O apoio Paideia e suas rodas: reflexões sobre práticas em saúde. São Paulo: Hucitec, 2017, 87-105p.

RIGHI, L. B.; HOLZSCHUH, C. G. Cartografia e Hermenêutica nos Enlaces da Pesquisa Participativa. **Rev. Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 132-143, 2018.

SILVA, N.E.K.; SANCHO, L.G.; FIGUEIREDO, W.S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 843-851, 2016.

TABUCCHI, A. **O Jogo do Reverso**. Tradução de Maria José de Lancastre e Maria Emília Marques Mano (O Jogo do Reverso) e José Colaço Barreiros (Outros Contos). 3. Ed. Quetzal Editores Lisboa, 1999.

TESTA, M. y muchos colaboradores anônimos. **Pensar em Salud**. Publicación N° 21. Organizacion Panamericana de La Salud, 1989.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Manual de dissertações e teses da UFSM**: estrutura e apresentação/Universidade Federal de Santa Maria, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Sistema de Bibliotecas da UFSM, Editora da UFSM. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2017.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. In: Tratado de Saúde Coletiva/Gastão Wagner de Souza Campos. . . [et al.]. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

WAGNER, C. et al. O processo de trabalho dos serviços de saúde frente a desastre de incêndio em casa noturna. **Saúde debate**, v. 41, n.115, p.1224, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>> Acesso em: 09 mar. 2018.

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**/Robert K. Yin; tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Dirceu da Silva. Porto Alegre: Penso, 2016.

APÊNDICE A – ROTEIROS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS E GRUPO FOCAL

TÉCNICA: GRUPO FOCAL

QUESTÕES NORTEADORAS

Primeiro Encontro:

1. Quais as principais características da rede de atenção em Santa Maria? Quais contribuíram e quais dificultaram a ação do SUS no desastre da Boate Kiss?

1.1 Características;

1.2 Quais facilitaram;

1.3 Quais dificultaram.

2. Quais as principais características da gestão do SUS em Santa Maria? Quais contribuíram e quais dificultaram a ação do SUS no desastre da Boate Kiss?

2.1 Características;

2.2 Quais facilitaram;

2.3 Quais dificultaram.

3. Quais as principais características da ação do SUS no desastre da Boate Kiss? Quais facilitaram e quais dificultaram a produção de redes?

3.1 Características;

3.2 Quais facilitaram;

3.3 Quais dificultaram.

4. Quais as características da rede produzida?

4.1 Atenção: a) pontos da rede b) conexões c) o que mudou d) o que não mudou e precisaria mudar

4.2 Gestão: a) o que mudou b) o que não mudou e precisaria mudar

5. Vocês identificam, na experiência de Santa Maria, pistas para que as redes de atenção possam responder as emergências e garantir continuidade do cuidado em situações de desastres?
6. Querem acrescentar ou reforçar algum aspecto?

Segundo Encontro:

Questão central: Aqui está uma primeira análise da colheita do material da pesquisa. As categorias centrais são _____ e os principais achados foram_____.

- a) Categoria 1:
- b) Categoria 2:
- c) Categoria 3:
- d) Categoria n:

TÉCNICA: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Quais as principais características da rede de atenção em Santa Maria? Quais contribuíram e quais dificultaram a ação do SUS no desastre da Boate Kiss?
 - 1.1. Características;
 - 1.2. Quais facilitaram;
 - 1.3. Quais dificultaram.

2. Quais as principais características da gestão do SUS em Santa Maria? Quais contribuíram e quais dificultaram a ação do SUS no desastre da Boate Kiss?
 - 2.1. Características;
 - 2.2. Quais facilitaram;
 - 2.3. Quais dificultaram.

3. Quais as principais características da ação do SUS no desastre da Boate Kiss? Quais facilitaram e quais dificultaram a produção de redes?
 - 3.1. Características;

3.2. Quais facilitaram;

3.3. Quais dificultaram.

4. Quais as características da rede produzida?

4.1. **Atenção:** a) pontos da rede b) conexões c) o que mudou d) o que não mudou e precisaria mudar

4.2. **Gestão:** a) o que mudou b) o que não mudou e precisaria mudar

5. Vocês identificam, na experiência de Santa Maria, pistas para que as redes de atenção possam responder as emergências e garantir continuidade do cuidado em situações de desastres?

6. Querem acrescentar ou reforçar algum aspecto?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **Redes de Saúde e (m) desastres: cartografias da resiliência em Santa Maria, RS.**

Pesquisador responsável: En^º Prof^ª Dr^ª Liane Beatriz Righi

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Saúde da Comunidade.

Telefone: (55) 3220-8356

Endereço Postal: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Avenida Roraima, nº1000, prédio 26, sala 1241, CEP 97105-900, Santa Maria – RS.

Local da coleta de dados: O cenário para a realização da presente pesquisa será um município de médio porte, situado na região central do RS, pertencente a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, onde ocorreu o desastre na Boate Kiss.

Eu....., responsável pela pesquisa Redes de Saúde e (m) desastres: cartografias da resiliência em Santa Maria, RS, convido você a participar como voluntário do estudo. Não se apresse em tomar a decisão, leia cuidadosamente o que segue e em caso de dúvidas, pergunte ao pesquisador. Depois de esclarecido (a) sobre as informações a seguir, confirme e assine ao final deste documento que aceita fazer parte da pesquisa. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma.

Esta pesquisa objetiva “Cartografar a produção de redes de saúde para enfrentamento dos efeitos do desastre da Boate Kiss em Santa Maria, RS”. Desse modo, este trabalho tem o propósito de registrar concepções que orientaram a produção de redes de saúde para atendimento às vítimas do Desastre da Boate Kiss; mapear principais pontos de atendimento e(m) suas (des) articulações; identificar condições iniciais e decisões que contribuíram para a resiliência da rede de saúde de Santa Maria RS e; propor estratégias/pistas para que as redes de atenção possam responder a emergências e garantir continuidade do cuidado em situações de desastres.

A coleta dos dados será realizada por meio de Grupo Focal (GF) e Entrevista Semiestruturada (ESE) e os dados serão analisados em cinco fases, sendo a primeira, a compilação de dados e classificação dos mesmos, para compor uma base de dados formal, exigindo uma organização cuidadosa e metódica dos dados originais. Tanto para as entrevistas quanto para o GF, será solicitado aos participantes que seja utilizado a gravação em áudio.

A sua participação na pesquisa não representará a princípio, riscos potenciais ou reais à sua dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, em qualquer fase. No entanto, poderá causar algum desconforto, devido ao recordatório de situações pesadas. Caso isso aconteça, a qualquer instante, você poderá interromper a sua participação na mesma. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Esta pesquisa pode não apresentar benefícios diretos a você, mas a partir dos resultados obtidos será possível traçar estratégias que contribuam para qualificar o planejamento em saúde do seu município. Destaca-se que, em qualquer etapa, terá acesso aos pesquisadores e/ou ao Conselho de Ética em Pesquisa da UFSM para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Ao concordar em participar da pesquisa, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, garantindo a privacidade das informações fornecidas. Você não será identificado (a) em nenhum momento, mesmo quando os resultados da pesquisa forem divulgados em eventos ou publicações.

Autorização do voluntário:

() Diante do exposto e de espontânea vontade, expresse minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue. Estou ciente dos propósitos, procedimentos a serem realizados, garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Data: ____/____/____

Nome e Assinatura do voluntário: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação no estudo.

Pesquisador responsável

Pesquisador orientando

Caso de dúvida sobre a ética da pesquisa contate: Comitê de Ética e Pesquisa/UFSM. Cidade Universitária, Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000, CEP: 97.105.900, Santa Maria – RS, 2º andar do prédio da Reitoria. Contatos: (55)3220-9362 e Email: cep.ufsm@gmail.com.

APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: **REDES DE SAÚDE E(M) DESASTRES: CARTOGRAFIAS DA RESILIÊNCIA EM SANTA MARIA RS**

Pesquisador responsável: Enfª Profª Drª Liane Beatriz Righi

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Saúde da Comunidade. Telefone: (55) 3220-8356

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujos dados (informações e/ou materiais biológicos)-serão estudados;
- II. Assegurar que as informações e/ou materiais biológicos serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

As informações somente serão divulgadas de forma anônima e serão mantidas na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Avenida Roraima, nº 1000, prédio 26, sala 1241, CEP 97105-900, Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Liane Beatriz Righi, pesquisadora responsável. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM em/...../....., e recebeu o número Caae

Santa Maria, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do pesquisador responsável

Caso de dúvida sobre a ética da pesquisa contate: Comitê de Ética e Pesquisa/UFSM. Cidade Universitária, Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000, CEP: 97.105.900, Santa Maria – RS, 2º andar do prédio da Reitoria. Contatos: (55)3220-9362 e Email: cep.ufsm@gmail.com.

ANEXO A – APROVAÇÃO PELO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE DE SANTA MARIA



Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente
e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde/UFSM intitulado “Redes de Saúde e(m) desastres: Cartografias da Resiliência em Santa Maria – RS” de autoria da mestranda Lisiane Bernhard Hinterholz e tendo como orientadora a Prof^ª Dr^ª Liane Beatriz Righi, poderá ser desenvolvido junto ao Serviço de Saúde de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo geral cartografar a produção de redes de saúde para enfrentamento dos efeitos do desastre da Boate Kiss em Santa Maria/RS. Salientamos que os sujeitos do estudo serão os 18 participantes que integrarão dois grupos focais (GF) de 12 participantes cada e entrevistas semiestruturadas aos representantes dos seguintes segmentos: SMS, 4^a CRS, usuário prejudicado, usuário beneficiário, trabalhador do serviço especializado criado para o atendimento às vítimas do desastre e um gestor que atua desde o desastre até os dias atuais.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP/UFSM.

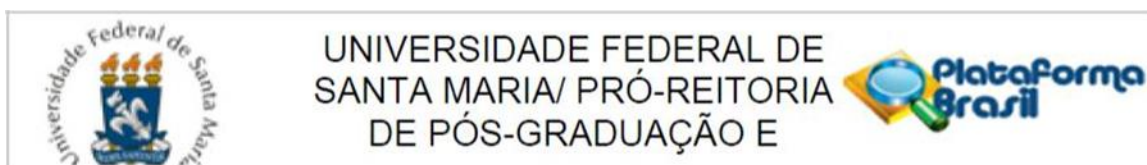
Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 01 de julho de 2017.

Núcleo de Educação Permanente da Saúde
Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente em Saúde
Fone: 3921-7201

ANEXO B – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DO ESTUDO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDES DE SAÚDE E(M) DESASTRES: CARTOGRAFIAS DA RESILIÊNCIA EM SANTA MARIA RS

Pesquisador: Liane Beatriz Righi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 72952117.6.0000.5346

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.271.065

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de mestrado vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde. Apresenta como objeto de estudo a rede de saúde produzida na cidade de Santa Maria após o desastre da Boate Kiss, destacando características anteriores ao desastre, mudanças ocorridas, características assumidas após o desastre, e avaliação sobre a qualidade da atenção e capacidade de resiliência da rede. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a ser realizada por meio das técnicas de coleta de dados grupo focal e entrevista semiestruturada. Os participantes serão usuários do SUS que de alguma forma foram prejudicados e/ou beneficiados a partir da abertura de serviço especializado para atendimento das vítimas, e também trabalhadores e gestores envolvidos no evento (vinculados à Secretaria Municipal de Saúde e 4ª Coordenadoria Regional de Saúde). Serão no total 18 participantes (12 participantes de grupo focal e 6 entrevistados representantes de cada segmento). A análise dos dados segue as etapas de compilação dos dados, decomposição dos dados, recomposição, interpretação e conclusão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: cartografar a produção de redes de saúde para enfrentamento dos efeitos do desastre da Boate Kiss em Santa Maria, RS.

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

Bairro: Camobi

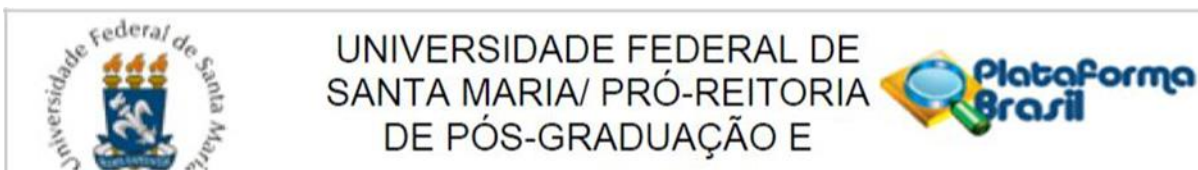
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.271.065

Objetivos Secundários: -Registrar concepções que orientaram a produção de redes de saúde para atendimento às vítimas do desastre da Boate Kiss; -Mapear principais pontos de atendimento e(m) suas (des)articulações; -Identificar condições iniciais e decisões que contribuíram para a resiliência da rede de saúde de Santa Maria RS; -Propor estratégias/pistas para que as redes de atenção possam responder às emergências e garantir continuidade do cuidado em situações de desastres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: descrevem a possibilidade de desconforto emocional, e a possibilidade do participante desistir da participação na pesquisa a qualquer momento sem prejuízos.

Benefícios: melhor entendimento sobre a rede de atenção a saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os seguintes documentos: folha de rosto, termo de confidencialidade, autorização institucional, registro no GAP, projeto na íntegra, e termo de consentimento livre e esclarecido.

Recomendações:

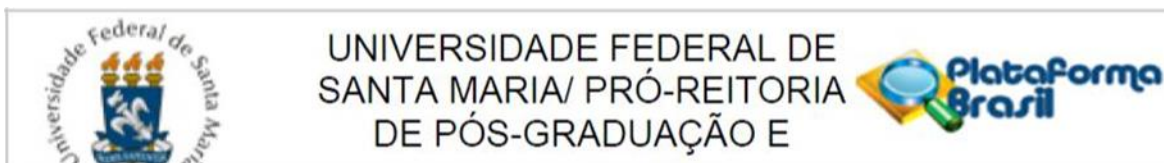
Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 2.271.065

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_969355.pdf	03/08/2017 11:07:46		Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	03/08/2017 11:06:28	Liane Beatriz Righi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_Lisiane_Hinterholz.pdf	31/07/2017 21:58:50	Liane Beatriz Righi	Aceito
Outros	NEPeS.pdf	31/07/2017 21:51:57	Liane Beatriz Righi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/07/2017 21:49:40	Liane Beatriz Righi	Aceito
Outros	Registro_GAP.pdf	31/07/2017 21:49:20	Liane Beatriz Righi	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	31/07/2017 21:48:08	Liane Beatriz Righi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 12 de Setembro de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

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

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com