

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

**DESAFIOS ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA  
EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO EM UMA  
SITUAÇÃO DE TRAGÉDIA**

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

**Gabriela Spode Beltrame**

**Santa Maria, RS, Brasil.**

**2014**

**Universidade Federal de Santa Maria**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional**  
**Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde**

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

**DESAFIOS ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO**  
**ENFRENTAMENTO EM UMA SITUAÇÃO DE TRAGÉDIA**

Elaborado por

**Gabriela Spode Beltrame**

Orientado por

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vânia Maria Fighera Olivo**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde**

**Comissão Examinadora:**

**Adriana Krum**  
(SMS- Santa Maria)

**Mariane Collares**  
**Araújo de Andrade**  
(SMS – Santa Maria)

**Francisco Nilton Gomes**  
**de Oliveira**  
(SMS – Santa Maria)

Santa Maria, 17 de março de 2014.

# **DESAFIOS ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO EM UMA SITUAÇÃO DE TRAGÉDIA\***

**Gabriela Spode Beltrame<sup>1</sup>**

**Caren Regina Fernandes<sup>2</sup>**

**Cássia Cilene Saldanha da Silveira<sup>3</sup>**

**Vânia Maria Figuera Olivo<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Psicóloga e Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

<sup>2</sup>Enfermeira e Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

<sup>3</sup>Assistente Social e Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

<sup>4</sup>Enfermeira, Doutora em Administração (UFRGS), docente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Secretária de Saúde do Município de Santa Maria-RS.

---

\*Artigo formatado segundo as normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva escolhida para posterior publicação.

**Resumo:**

O presente artigo tem como objetivo avaliar os desafios vivenciados por equipes de Atenção Básica em Saúde no enfrentamento a uma situação de tragédia. Como delineamento metodológico, a pesquisa teve uma abordagem qualitativa de característica exploratória-descritiva. Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas em uma amostra de 10 participantes, sendo metade de nível superior e metade de nível médio. Como resultado, constatou-se como impacto inicial da tragédia um sentimento de despreparo por parte dos trabalhadores, o que não impediu sua mobilização imediata para atender às demandas. Verificou-se a necessidade de mudança no foco da atenção, reestruturação dos processos de trabalho bem como seleção de prioridades. Averiguou-se ainda uma preocupação acerca dos processos de trabalho que abarcaria ações em saúde mental. As ações da função apoio recebidas pelo município desencadearam mudanças como a construção de redes intersetoriais e maior autonomia dos serviços para gerenciarem suas práticas. O acolhimento, a escuta e as visitas domiciliares vêm sendo empregados para avaliar e acompanhar os casos. Constata-se de olhar mais humanizados dos trabalhadores para com as demandas a partir do evento.

**Palavras-chave:** Atenção Básica em Saúde; Estratégia de Saúde da Família, Tragédia, Desafios.

**Abstract:**

This article aims to evaluate the challenges experienced by teams of Primary Health Care in facing a situation of tragedy. As methodological design, the research approach is qualitative and exploratory - descriptive characteristic. Semi-structured interviews were used in a sample of 10 participants, half of the top-level and mid-level half. As a result, it was found as the initial impact of the tragedy a sense of unpreparedness by workers, which did not prevent his immediate mobilization to meet the demands . There was a need to shift the focus of attention, restructuring of work processes and selection of priorities. An examination was also a concern about the work processes that would encompass actions in mental health. Shares of support received by the municipality function triggered changes as building intersectoral networks and greater autonomy of services to manage their practices. The host, listening and home visits have been used to assess and monitor cases. Finding look more human workers for the demands from the event.

**Keywords:** Primary health care; Family Health Strategy, Tragedy, Challenges

## INTRODUÇÃO

No dia 27 de janeiro do ano de 2013, o município de Santa Maria/RS vivenciou uma das maiores tragédias do Brasil referente ao número de vítimas, sendo até então, a maior do estado do Rio Grande do Sul<sup>1</sup>. Um incêndio em uma casa noturna de entretenimento da cidade vitimou 242 jovens, deixando ainda outros tantos feridos, gerando assim, grande comoção local e nacional. Convém destacar, que apesar da existência de diferentes termos para designar situações como o incêndio que aconteceu em Santa Maria, nesta pesquisa, optou-se por denominá-la de tragédia devido às dimensões que assumiram. Entretanto, existe uma noção essencial que está presente em todos eles: nos momentos iniciais do evento, invariavelmente, ocorre uma desadequação entre os meios materiais e humanos de socorro e as necessidades que se apresentam, independente de quais sejam as circunstâncias e conseqüências humanas, que deve ser considerada<sup>2</sup>.

É importante considerar que circunstâncias de tragédias exigem respostas humanas organizadas, refletindo o grau de consciência de profissionais e gestores acerca da complexidade da situação e da necessidade de trabalhá-la na maior quantidade de aspectos possíveis<sup>3</sup>. No campo da saúde, a repercussão das manifestações de uma tragédia abrange os diferentes níveis de complexidade do sistema, principalmente quando os agravos envolvem respostas de ordem psicossocial, já que estes eventos imprevisíveis atingem populações em sua maioria sã, desorganizando suas vidas de forma violenta<sup>4</sup>.

Neste caso, exigem ações compartilhadas entre o campo da Saúde Mental com outros níveis do sistema. Sendo a Atenção Básica (AB) concebida tradicionalmente como a porta de entrada na rede de saúde, pelo seu caráter amplo e complexo de ações,

é preciso direcionar um olhar atento à capacidade dos serviços de saúde responder às necessidades demandadas a partir de modalidades de enfrentamento diante de adversidades<sup>5</sup>.

Uma das possibilidades no enfrentamento a uma tragédia é o Apoio Matricial, ou Função Apoio, conceito trabalhado pela Política Nacional de Humanização<sup>6</sup>, que caracteriza-se por ser um regulador de fluxos que promove articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades de Saúde, permitindo diferenciar os casos que precisam realmente ser atendidos nos serviços especializados e os que podem ser acompanhados pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF), ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por estes profissionais<sup>7</sup>.

Frente a este referencial questiona-se como as equipes de AB enfrentaram os desafios impostos pela tragédia? Como foi para estas equipes a vivência da Função Apoio? De que modo vem se dando o acompanhamento dos casos por estas equipes?

Este estudo justifica-se pelo fato das pesquisadoras enquanto residentes de um Programa de Residência Multiprofissional, com ênfase em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, que atuaram num grupo de trabalho de atenção às vítimas da tragédia, cuja finalidade era realizar apoio às equipes de atenção básica do município, constatou-se a necessidade de maiores análises e compreensões acerca do desafiante papel que os trabalhadores da AB assumiram frente às novas demandas oriundas da tragédia, de modo que ainda há escassez de referenciais sobre esta temática.

Sendo assim, o presente artigo tem como objetivo *avaliar os desafios vivenciados por equipes de AB em Saúde no enfrentamento a uma situação de tragédia.*

## MÉTODOS

Este estudo teve como desenho metodológico uma abordagem qualitativa de característica exploratória-descritiva. A investigação avaliativa por método qualitativo é caracterizada por trabalhar atitudes, crenças, comportamentos e ações, procurando-se compreender o ser humano em suas relações com o mundo<sup>8</sup>. As pesquisas exploratórias por sua vez, têm como objetivo permitir a familiaridade com o problema permitindo desta maneira a formulação de hipóteses considerando os mais variados aspectos ligados ao fenômeno estudado<sup>9</sup>.

Esta pesquisa teve como amostra dez trabalhadores de cinco diferentes ESF do município de Santa Maria/RS, sendo que metade foi constituída por profissionais de nível superior e os demais distribuídos entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O critério de inclusão foi ser profissional de ESF da rede de Atenção Básica de Saúde do referido município; onde ocorreram vítimas diretas e que recebeu apoio, estando de acordo em participar da pesquisa.

Considerando o número expressivo de profissionais pessoalmente envolvidos na tragédia, optou-se por deixar a seleção de quem participaria da pesquisa a cargo dos próprios trabalhadores para que estes definissem em suas unidades. Para melhor organização e preservação da identidade dos participantes, estes foram nomeados como: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9 e E10.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada com cada participante. A entrevista foi composta por questões abertas, previamente formuladas. Na entrevista semi-estruturada o informante tem o direito de discorrer sobre suas experiências, a partir do foco principal proposto pelo pesquisador,



ao mesmo tempo em que permite respostas livres e espontâneas do informante e valorizam a atuação do entrevistador<sup>10</sup>.

Sobre os aspectos éticos exigidos na prática de pesquisa, este estudo, primeiramente em forma de projeto, passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) para análise e aprovação, para depois em um segundo momento direcionar-se para a coleta de dados e subsequente construção do artigo. Cabe ressaltar que todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para posterior participação.

Ressalta-se ainda que a realização da pesquisa foi pautada nos padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução [CNS 196/96](#)). De modo que, primeiramente foi solicitado à autorização para realização da pesquisa junto ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde – NEPS da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS e após realizado seu registro, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM juntamente com Termo de Confidencialidade e o TCLE.

Para a análise do material coletado, utilizou-se o método de Análise de Conteúdo de Bardin<sup>11</sup>. Esta análise se refere a um conjunto de técnicas que descrevem as comunicações, avaliando-as quanto ao seu conteúdo manifesto. Após a análise do material coletado, o conteúdo obtido foi separado por categorias com base em características similares, para que então fosse possível realizar a inferência e, por fim, a interpretação. Dessa forma, nesta pesquisa foram estabelecidas categorias por semântica, ou seja, temáticas comuns<sup>11</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do material coletado, foi possível a construção de três categorias de análise. Para melhor visualização e entendimento destas, foram nomeadas as seguintes categorias: **Enfrentamento pelas Equipes a uma situação de tragédia; Implementação da Função Apoio; Acompanhamento qualificado dos casos.** A primeira categoria traz a percepção dos entrevistados sobre quais foram os desafios iniciais da tragédia no seu cotidiano de trabalho e de que maneira reagiram a estes. A segunda categoria vai abarcar como se deu o desafio da vivência na função apoio. E a última categoria compreende como vem se desenvolvendo o acompanhamento dos casos pelas equipes de atenção básica.

### 1. Enfrentamento pelas Equipes a uma situação de tragédia

Situações de tragédia constituem-se como um relevante desafio para a Saúde Pública, não só pelos danos humanos materializados em mortes, mas também por exceder a capacidade de resposta dos serviços locais de saúde, comprometendo seu funcionamento adequado<sup>12</sup>.

Consonante a esta ideia, após a análise do material coletado, pode verificar-se, como impacto inicial, um sentimento de despreparo dos trabalhadores da atenção básica em saúde para responder às novas demandas oriundas da tragédia. Esta reação inicial pode ser entendida como decorrente do evento em si, que se constituiu como um acontecimento inesperado, porém potencializada pela constatação da fragilidade da rede de serviços em saúde, em termos de modo de organização dos serviços ofertados, não afinados aos Princípios e Diretrizes do SUS. Este último aspecto justifica-se pelo fato de que, tradicionalmente, estes serviços não estão preparados para garantir uma

assistência mais integral de cunho interdisciplinar e intersetorial<sup>13</sup>, evidenciado na análise apresentadas na sequência deste estudo.

“Foi um momento bem complicado porque ninguém estava preparado pois os profissionais tinham que lidar com a situação de enfrentamento não só daquelas pessoas que precisavam da nossa ajuda, mas também da própria equipe”(E2)

“Eu considero que para todos foi inesperado, uma surpresa... Foi algo que deixou a todos chocados, principalmente indignados, pelas circunstâncias de como aconteceu e pela fragilidade da rede que o município tem para responder”(E1)

Pode-se inferir que estas dificuldades expressadas num contexto de tragédia constituem-se como uma ruptura da dinâmica social existente, representando uma vivência de crise, o que acaba por demonstrar o limite de uma determinada rotina bem como a necessidade do estabelecimento de uma nova dinâmica social<sup>14</sup>. Deste modo, foi possível perceber, frente ao panorama que se estabeleceu a partir da tragédia, que os serviços de atenção básica do município tiveram que passar por um rápido processo de reorganização para que fosse possível atender às necessidades da população que se estabeleceram a partir daquele momento.

“Quando acontece uma tragédia desta dimensão, onde a cidade não está pensando, não está preparada, nunca viveu nada parecido (...), de repente, ela necessita se organizar do jeito que consegue para acompanhar a tudo que está acontecendo”(E3)

“No começo não tinha norma, não tinha nada estipulado, depois aos pouquinhos, conforme fomos vendo a demanda, fomos nos organizando porque era tudo novo (...) A prioridade das nossas unidades era atenção às gestantes, aos diabéticos e hipertensos. Após a tragédia foi incluída mais essa necessidade (atendimento aos afetados da tragédia) que ficou sendo o topo da pirâmide.”(E8)

Esta urgência de organização mencionada pelo trabalhador E3 mostra-se associada à necessidade de conseguir estabelecer prioridades para que os serviços consigam responder às novas demandas. Além disto, esta (re) organização das prioridades pode estar relacionada à sensibilização que este tipo de evento pode causar, não apenas em vítimas diretas, mas também entre todos envolvidos, já que a possibilidade de o acontecimento vir a ocorrer com o indivíduo gera identificação imediata<sup>15</sup>.

“Este evento foi bem complicado, mas nós trabalhadores tivemos que ser um pouco mais profissionais do que emocionais e seguir adiante. Entretanto, eu penso que não teve, direta ou indiretamente, insensibilidade de quem não ficasse abalado e chocado”(E6)

“Eu me sensibilizo quando os pais me dizem que esta tragédia lhes tirou a chance de se darem bem com seus filhos (...) Como eu te falei, a gente se arrasa quando o ser humano vem sofrendo, mas nós também nos alegramos quando ele se recupera”(E7)

Conforme é possível perceber nos fragmentos acima destacados, o evento provocou uma mobilização diferenciada entre esses trabalhadores de saúde da rede básica devido à identificação com os sentimentos demonstrados pelas vítimas e familiares. Segundo Thomé e Paladino<sup>15</sup> vários profissionais que atuam nestas situações desenvolvem neste momento, enquanto uma defesa, a necessidade de salvar a todos, na busca de encontrar um poder onipotente que negue ou compense a dor causada pelo evento. Ademais, a dimensão da tragédia somada à cobertura exaustiva dos meios de comunicação, gera, por si, grande comoção<sup>16</sup>.

“Eu vou para lá nem que seja para alguém dizer que eu não preciso ficar, deixar meu telefone com alguém e depois eu venho embora.”(E5)

“Logo que soube quis sair correndo, mas meu marido disse: “agora não, deixa amanhecer”Entende? Quando amanheceu, amanheceu entre aspas né? Eu já estava procurando... A primeira coisa que eu fiz foi ir nas casas para saber se tinha algum familiar afetado (para as quais sou referencia na unidade), (...) eram seis da manhã e eu estava nas casas.. Eu fui para lá, pois o que eu ia ficar fazendo aqui?”(E4)

“Eu não conseguia mais ligar a TV, ver aquelas histórias e me reviver aquelas cenas das pessoas mortas. Eu fiquei muito tempo com aquelas imagens na minha cabeça, e muito tempo na internet lendo e vendo as histórias e as fotos”(E5)

Desta maneira, aspectos como a sensibilização pela identificação com os sentimentos das vítimas e seus familiares, a comoção gerada pela exibição intensa nos meios de telecomunicações e a necessidade de tentar compensar o sofrimento causado pelas tragédias, podem justificar a rápida mobilização<sup>17</sup> dos trabalhadores da atenção básica, exigindo, em situações como estas, uma abordagem mais qualificada em termos de ampliação da clínica. Porém, deve-se ter em vista que enquanto profissionais que atuam em ESF, é sua função elaborar um conjunto de práticas em saúde, orientadas

pelas reais demandas epidemiológicas de seu território de abrangência, exigindo o desenvolvimento de ações intersetoriais com foco na promoção e prevenção<sup>18</sup>.

Entretanto, com a análise dos fragmentos evidencia-se que o trabalho cotidiano das ESF pesquisadas ainda é orientado por um modelo de atenção fragmentado<sup>36</sup>, onde cada núcleo cumpre suas funções de modo isolado, havendo frágil integração interna no serviço bem como com outros da rede. Pode-se inferir que este modo de organização e prestação de serviço, certamente influenciarão em como os trabalhadores responderão às novas necessidades<sup>26</sup>, principalmente no que se refere à interface com a saúde mental que se mostra ser uma abordagem exclusiva dos especialistas dos centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deste contexto estudado.

Com a implantação do SUS e da reforma psiquiátrica os profissionais de saúde se encontraram diante do desafio de mudar paradigmas na assistência em saúde mental, principalmente no contexto da atenção básica. Essas transformações necessitam além das especificidades da área, o fortalecimento dos pressupostos do SUS na formação dos trabalhadores, para que mais eficientemente ocorra sua incorporação em ações cotidianas cenários onde é produzido o cuidado<sup>21</sup>. Entretanto, as equipes de ESF, ainda comumente, referem certo estranhamento ao lidar com questões referente à saúde mental.

“Quanto ao processo de trabalho em si, nós tivemos que mobilizar algumas coisas, sair de uma zona de conforto na qual estávamos, pois não dávamos importância para saúde mental” (E5)

“Eu nunca trabalhei num local só com saúde mental, sofrimento emocional, afetivo (...) Tudo isto é bem estranho pra mim, porque eu acho que o nosso trabalho é mais dinâmico, dentro da unidade se trabalha mais rápido, com uma objetividade maior.” (E3)

“Porque ela quer mais, ela precisa de mais alguma coisa que eu não estou conseguindo, e que a minha equipe não está conseguindo, por quê? Porque a nossa equipe está despreparada para trabalhar com casos assim” (E4)

Como é possível constatar nos fragmentos acima, as demandas de saúde mental, não são consideradas entre os trabalhadores que atuam em ESF, apesar desta ser um relevante instrumento para atendimento das necessidades integrais do usuário devido o

estritamente dos vínculos<sup>6</sup>. Os trabalhadores reconhecem estar despreparados para responder a tais demandas e de acordo com Munari et. al<sup>21</sup>, instrumentalizar estas equipes para a promoção de saúde mental pode ser um dos maiores desafios dos gestores. Segundo esta lógica, salienta-se a importância das equipes de ESF receberem suporte técnico para que possam identificar, acolher e intervir nas situações associadas a tragédia, direcionando um novo olhar sobre a população atingida<sup>3</sup>. Para tanto, o Apoio Matricial, desenvolvido por equipes de especialistas em saúde mental, pode ser um importante meio de qualificar o trabalho das equipes de ESF, conforme desenvolvido neste contexto, e analisado na sequência deste estudo.

## **2. Implementação da Função Apoio**

O apoio matricial se caracteriza por ser um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações<sup>22</sup>. Este conceito está apoiado na concepção de que a função apoio só pode vir de fora, esta por sua vez, está embasada no fato de que o grupo que demandou ajuda já atingiu um limite, não conseguindo mais produzir sozinho<sup>23</sup>.

Considerando os desafios que os profissionais da atenção básica enfrentaram no período da tragédia, destaca-se a vivência da Função Apoio que os serviços de saúde do município receberam. Há duas maneiras fundamentais para o estabelecimento de contato entre equipes de referências e apoiadores. Uma que se baseia na combinação de encontros periódicos e regulares e, outra que ocorre em casos imprevistos e urgentes, não sendo possível aguardar por uma reunião regular, onde o profissional de equipe de referência aciona o apoio matricial através de meios diretos de comunicação como contato telefônico, pessoal ou eletrônico<sup>24</sup>. Conforme relato dos entrevistados, o apoio ocorrido no município de Santa Maria no contexto da tragédia foi baseado na primeira

configuração descrita, cujo apoio externo prestado por um grupo específico, organizou-se através de visitas às unidades de saúde.

“Este grupo de trabalho se prontificou, então a equipe agenda com eles tal dia, tal hora e eles vêm e realizam o apoio para nós”(E6)

“Nós tivemos o suporte da equipe do matriciamento, do GT, que veio aqui algumas vezes para fazerem reuniões conosco. Então, primeiro nós tivemos essas reuniões com o pessoal do matriciamento que vieram da parte da humanização, conversam um pouco com a equipe para então intercedermos nos territórios.”(E2)

Desta forma, a partir de reuniões agendadas entre apoiadores e equipe, desenvolveram-se discussões sobre questões ou casos selecionados pelos trabalhadores da atenção básica, em que foi possível problematizar os casos mais relevantes. Segundo Campos et al.<sup>24</sup> o objetivo neste contexto de apoio matricial é a discussão de casos ou problemas de saúde elencados pela equipe de referência, além de se procurar elaborar planos terapêuticos e acordar sobre as linhas de intervenção.

“A equipe da força tarefa vinha às reuniões e trazia casos, além disto, buscava os casos daqui dos quais ela não tinha conhecimento. Depois de quinze dias no máximo, eles voltavam para saber como estava o andamento dos casos, se as pessoas estavam tendo acesso aos serviços”(E6)

“Agora, por exemplo, está tendo reuniões do grupo de trabalho do matriciamento uma vez por mês. Além de discutir esses casos da tragédia nós também estamos discutindo outros casos para estar realizando ações mais efetivas, então, isto abriu caminhos pra um trabalho melhor”(E2)

De acordo com os fragmentos acima fica evidente que a relação entre equipes de referência e apoio baseia-se na troca por meio de discussões, onde a primeira constitui-se como referência para a população, enquanto a segunda cumpre um papel de agente externo, que auxilia às equipes de referência a problematizar diferentes questões, destacando-se os papéis das equipes de referência e de apoio matricial<sup>25</sup>.

Em relação às equipes de referência, são aquelas às quais se vinculam certo número famílias pelas quais a equipe se responsabiliza, acompanhando-as ao longo do tempo. Na atenção básica, o conjunto de profissionais que compõe a equipe deverá ser capaz de resolver a maior parte dos problemas clínicos dos usuários a ela vinculados,

entretanto, para as situações onde o conjunto de conhecimentos e instrumentos da equipe de referência não se mostre suficientes para a solução de um determinado caso deve-se lançar mão de outros conhecimentos, em geral especializados, organizados sob a forma de apoio matricial. A finalidade deste último é assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Podendo abarcar tanto a questões assistenciais quanto a suporte técnico-pedagógico às equipes de referência<sup>26</sup>.

Considerando que as equipes de apoio matricial tem a função de dar suporte, avaliou-se relevante melhor compreender a composição destas equipes que estiveram nas unidades no período após o evento. Alguns entrevistados afirmaram que suas unidades foram visitadas por diferentes grupos como o grupo da Força-Tarefa, ou GT, enquanto outros serviços foram visitados pelo Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), por exemplo. De acordo com a Cartilha da Política Nacional de Humanização<sup>27</sup> sobre Equipe de Referência e Apoio Matricial, este último pode ser exercido não somente por especialistas, mas também por trabalhadores que estão mais próximos dos usuários, garantindo desta forma intervenções terapêuticas mais eficazes, já que permitem uma ampliação do olhar sobre os aspectos quem envolvem os sujeitos e suas demandas.

“Recebemos visitas iniciais, mas eu não guardei o nome (...) E teve o pessoal do CRAS, veio uma psicóloga e os voluntariados”(E8)

“Nesse grupo de trabalho da força tarefa vinha além dos outros profissionais, enfermeiro, as psicólogas...”(E6)

Os fragmentos evidenciam que o apoio externo assume relevância quando estruturado com base em modelos interdisciplinares e intersetoriais no qual, profissionais e serviços, representantes de órgãos sociais, do estado e da comunidade pensem juntos em possíveis saídas, considerando limites e possibilidades<sup>15</sup>.



O valor de agregar outros serviços como função apoio destinada não apenas ao usuário, mas também ao trabalhador pode ser percebido na fala do entrevistado E7 descrita abaixo, em que a visita do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) à unidade também foi considerada como uma visita de apoio no enfrentamento desta tragédia.

“Nós recebemos a visita dos profissionais do CEREST que vieram ver como nós estávamos, mas de modo geral a administração não queria abordar muito este tema, não queriam saber do sofrimento do profissional. Eles queriam que nós ajudássemos as pessoas.”(E7)

Segundo Oliveira et al.<sup>28</sup> no tocante à atenção destinada à saúde do trabalhador, é importante considerar que os profissionais de saúde da rede básica de atenção estão submetidos a condições de trabalho que interferem na sua saúde. Quando acrescidos de eventos desestabilizadores, como as tragédias, que exigem do indivíduo que passa por esta situação a busca da superação pessoal para que possa anular ou minimizar o sofrimento causado<sup>29</sup> constituem potenciais causadores de estresse e sofrimento<sup>30</sup>.

Portanto, ao observar o sofrimento dos trabalhadores que fica evidenciado pela fala anterior, e ao considerar o contexto em que estão inseridos muitos profissionais da área de Saúde, fica evidente a necessidade de lhes oferecer acompanhamento em Saúde Mental para minimizar o potencial de adoecimento que existe em seu entorno<sup>31</sup>.

Ainda de acordo com os entrevistados, as visitas de apoio ocorreram tardiamente, não havendo no período pós-evento uma continuidade satisfatória das atividades que estavam sendo desenvolvidas. Sendo assim, não houve uma clareza na percepção de alguns entrevistados de como as atividades estavam se desenvolvendo. Salienta-se que a intencionalidade inicial de processo de apoio matricial é ampliar a capacidade de análise dos casos e a capacidade resolutiva da equipe de referência, buscando construir e ativar espaços para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre os profissionais de referência e apoiadores. Contudo, este

procedimento envolve o enfrentamento ativo das dificuldades não só técnicas da equipe de referência, mas ainda as dificuldades operacionais dos serviços e da rede<sup>32</sup>.

“Não sei bem o que eles estavam fazendo, sei que vieram umas meninas na nossa unidade para uma reunião e deu, sabe?”(E4)

“O CAPS demorou um pouco para vir e eu não vi manutenção desse trabalho depois”(E5)

“Nós tínhamos, como eu te falei, aqueles grupos que estavam vindo do matriciamento, com eles foram realizadas três reuniões aproximadamente..”(E2)

Apesar da chegada tardia da função apoio, ou então da descontinuidade das ações, os trabalhadores reconhecem que os apoiadores produziram mudanças e deixaram contribuições para os serviços e a rede. O Apoio Matricial introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saber entre os profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção, facilitando assim, uma maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde<sup>32</sup>.

“Por mais que foi uma tragédia grande e que envolveu muitas pessoas, com os envolvidos que buscaram atendimento nós não estamos tendo tanta dificuldade porque os outros serviços também estão funcionando”(E6)

“Eu acredito que tiveram muitas mudanças, além desse trabalho com o usuário, com essas pessoas que tiveram diretamente envolvidas, eu penso que teve muita ligação com os outros serviços, com os outros setores, intersetorialidade mesmo”(E2)

Como pode ser verificado nos fragmentos acima, os entrevistados reconhecem que, a partir da função apoio que os serviços do município receberam, o acesso e a comunicação entre si foram ampliados, de modo que houve um fortalecimento das redes intersetoriais já existentes, bem como construção de novas conexões. Importante considerar que a intervenção de forma organizada, envolvendo a participação de diferentes setores, é uma tarefa relevante para amenizar as consequências das tragédias, evitando maiores danos e auxiliando na recuperação<sup>3</sup>.

O apoio matricial cria então, novas formas de relação entre os serviços e entre os profissionais, de modo que a equipe de referência permanece responsável pela condução

dos casos inscritos em seu cadastro, mesmo quando algum tipo de apoio especializado foi acionado<sup>33</sup>. Nestes termos, de acordo com os entrevistados, o exercício da função apoio provocou uma mudança no sentido de instrumentalizá-los para melhor conduzirem seus casos sem, contudo, assumirem-nos para si.

“Foi bem positivo porque eles criaram aquele grupo de trabalho Força- Tarefa, então eles vinham a cada 15 dias dar o apoio para nós e com isto nós tivemos bastante autonomia para podermos fazer o serviço andar, agilizar..”(E6)

Sendo assim, apesar das fragilidades da rede básica, o desafio de instituir o processo de apoio matricial no município de Santa Maria, foi superado pelas equipes, resultando no desencadeamento da construção de redes intersetoriais, além da aquisição de maior autonomia dos serviços para gerenciarem suas ações. Este processo é marcado pelo visível empoderamento que a equipe de apoio matricial conseguiu produzir junto à equipe de referência. Conforme Campos<sup>33</sup>, um empoderamento dos trabalhadores de saúde ocorre com a responsabilidade de regulação do sistema, a partir de suas próprias tomadas de decisão em coerência com as diretrizes gerais do sistema.

### **3. Acompanhamento qualificado dos casos**

A integralidade da atenção em saúde pressupõe, entre outros aspectos, ações de acompanhamento efetivo aos usuários das respectivas unidades básicas de saúde em que estão adstritos, com destaque às ESF. No caso de vítimas (diretas e indiretas) de uma tragédia, estas necessitam receber acompanhamento especializado e individualizado, envolvendo o exercício de diferentes elementos como: escuta qualificada, o olhar humanizado, o acolhimento, entre outros discutidos nesta unidade. Na ocorrência de uma tragédia, preconiza-se que este acompanhamento qualificado ocorra por um período mínimo de três anos<sup>19</sup>. Deste modo, convém destacar que sobre o acompanhamento às vítimas da tragédia em Santa Maria, foi celebrado no dia 22 de fevereiro de 2013, um Termo de Compromisso assinado entre os três entes signatários–

União, Estado e Município- que estabelece a cooperação entre estes com vistas a realização dos procedimentos técnicos e operacionais para continuidade da atenção à saúde das vítimas por um período de 5 anos.

“Como os pacientes estão mais estabilizados porque a equipe está conseguindo dar continuidade ao cuidado, eu penso que está mais tranquilo”(E1)

“Nós continuamos monitorando aqueles casos que vieram do CAPS que nós fomos atrás da área e fizemos a busca ativa. Quem não precisou mais atendimento, certo, mas os que foram atingidos estão sendo acompanhados e monitorados também”(E6)

Como foi possível perceber nas entrevistas, o acompanhamento contínuo da população se faz relevante já que existe a necessidade de comprometimento e ações duradouras, buscando prevenir e, quando imprescindível for, oferecer tratamento em Saúde Mental, para as pessoas afetadas direta e indiretamente pelo incêndio<sup>19</sup>. Sendo assim, se justifica a preocupação manifestada pelos trabalhadores entrevistados acerca de novos arranjos de trabalho, a partir da tragédia, que englobariam ações em saúde mental a serem desenvolvidas neste processo de acompanhamento qualificado.

“Eu pedi para trabalhar no Acolhimento porque eu precisava de um intensivão em saúde mental, então esta foi a maneira que eu achei de ajudar as pessoas forma competente, pois assim eu observava como eles executavam o trabalho e vi neles uma forma de eu fazer bem o meu trabalho aqui(E7)

“O que nós fizemos foi escutar, chegávamos nas casas e as pessoas te contavam toda a vida daquela outra pessoa que tu nunca ouviste falar, contavam todos os sonhos (...) Nós emprestamos o nosso ouvido, essa foi a ação.”(E8)

“Entre uma consulta e outra já escutei, fiquei e me dispus a escutar... a equipe está lá de portas abertas pra conversar”(E9)

Como fica evidenciado pelos fragmentos acima descritos, o emprego da escuta qualificada como principal ferramenta para atender as demandas da tragédia além de possibilitar um alívio do sofrimento, permitiu que os trabalhadores pudessem identificar quais casos necessitariam de um suporte especializado. Neste sentido, a técnica da escuta vem ao encontro da concepção de humanização da assistência que pode ocorrer por meio do vínculo, acolhimento entre outros, que são conceitos que se constituem como base teórica para a construção do conhecimento sobre saúde mental<sup>21</sup>.

Sendo assim, práticas como o acolhimento, a empatia e encaminhamentos adequados, além de minimizar o sentimento de angústia e impotência das pessoas afetadas pelas tragédias, as ajudam a encarar a realidade experienciada<sup>34</sup>. Indo ao encontro desta ideia, no que diz respeito ao atendimento destas demandas específicas, os entrevistados mencionaram empregar o acolhimento para avaliá-las e, quando necessário, realizar encaminhamentos para uma melhor resolutividade.

“Quando tu tens alguma prioridade tu procura fazer um acompanhamento, embora não seja o hipertenso com AVC que a equipe está acostumada, são as prioridades que surgiram. Então, nós estamos procurando realizar o acolhimento”(E1)

“Mas quando nós percebemos que o sofrimento daquela pessoa é grande ao ponto de necessitar de um profissional de psicologia, temos que ser humildes e referenciar esta pessoa para o profissional correto”(E7)

“Se elas (ACS) detectam na comunidade que tem alguma pessoa que precise de auxílio, elas encaminham para nós e então, fazemos o acolhimento. Conforme for, também já indicamos um tratamento ou prescrição que seja necessária, e encaminhamos”(E2)

Considerando que os trabalhadores valeram-se do emprego da escuta para o acolhimento, avaliação e acompanhamento das demandas, estes têm nas Políticas Públicas seu eixo orientador para embasar o modo de organização e funcionamento dos serviços, preconizando a utilização de tecnologias relacionais como princípio orientador das ações<sup>6</sup>. Neste contexto cabe destaque ao papel dos cuidadores visto que todas as diferentes instâncias que interatuam nestas situações desorganizadoras são classificadas como grupo de cuidadores<sup>31,20</sup>. Incluem-se neste grupo a importante vinculação dos ACS com a comunidade na continuidade do cuidado, que pode estar relacionada ao fato destes profissionais constituírem-se como figuras fundamentais na saúde da família, já que possibilitam que as necessidades da população cheguem à equipe do serviço de saúde. Ademais, os ACS podem através de visitas domiciliares (VD) ampliar o acesso aos cuidados e facilitar o uso adequado dos recursos da saúde<sup>35</sup>. Sendo assim, sobre a atuação das equipes, os entrevistados mencionaram que neste contexto pós-evento a

continuidade do atendimento às demandas vem sendo realizada principalmente através do acompanhamento dos casos por meio de VD, sobretudo, na pessoa dos ACS.

“Está se realizando um bom acompanhamento das agentes comunitárias com as famílias envolvidas. (...) Então até hoje elas fazem o acompanhamento mensal desses usuários”(E2)

Entretanto, apesar do acompanhamento dos casos ser desenvolvido principalmente pelos ACS, devido a vinculação que estes profissionais estabelecem com os usuários já que seu trabalho é desenvolvido essencialmente nos territórios, é importante considerar a capacidade dos profissionais da equipe de referência em acolher o sofrimento, especialmente o advindo de situações como o evento ocorrido. Este, por sua vez, depende essencialmente da disponibilidade do profissional, do seu perfil e formação, de maneira que é perceptível a angústia dos trabalhadores ao entrar em contato com o sofrimento<sup>22</sup>. Considerando a dificuldade que é o trabalho envolvendo a saúde mental e/ou o sofrimento, de acordo com os entrevistados seu modo de atuação sofreu modificações após o período da tragédia.

“Eu penso que o modo de olhar para os usuários e seus problemas de repente ficou diferente mesmo” (E6)

“Eu acredito que depois da Kiss eu consegui desenvolver algo em mim que faltava como profissional. Eu penso que eu pude voltar esse olhar mais humanizado, pessoal e emocional para as necessidades que os pacientes têm, não só com os da Kiss, mas com os pacientes no geral”(E5)

Os trabalhadores evidenciaram a transformação no seu modo de atentar para as demandas dos usuários no contexto do evento, de modo que esta mudança permanece em suas práticas após este período, estendendo-se ainda para aqueles usuários que não apresentam relação direta com o incêndio. Com relação a este aspecto, é importante compreender que acolher diz sobre dar atenção ao usuário em todas as suas dimensões, conseguir escutá-lo, valorizando suas queixas e identificando suas necessidades. Desta maneira, é possível criar vínculo com o paciente, de modo a construir uma relação mais humanizada<sup>18</sup>. Seguindo nesta perspectiva, de acordo com a Política Nacional de

Humanização (PNH), o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, atendendo a todos que buscam os serviços, escutando-os e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, significando realizar um atendimento resolutivo e responsável<sup>36</sup>.

Deste modo, o que se pode perceber pela fala dos entrevistados, foi que após a tragédia e o desafio de acompanhar as demandas dele surgidas e que apesar do sentimento de despreparo narrado pelos trabalhadores durante o período inicial do evento, estes perceberam ao longo do contexto pós-tragédia a capacidade de desenvolver um olhar e conseqüentemente, um trato mais humanizado para com os usuários e suas demandas.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo da pesquisa visava avaliar os desafios vivenciados pelas equipes de Atenção Básica em saúde no enfrentamento a uma situação de tragédia. Foi possível averiguar, inicialmente, um sentimento de insegurança frente ao despreparo para responder a uma situação considerada inesperada, principalmente no que se refere ao atendimento destas demandas que tinham na saúde mental seu eixo orientador, dos entrevistados. Em contrapartida, constatou-se uma mobilização imediata por parte dos trabalhadores, que disponibilizaram-se plenamente para realizar ações de enfrentamento, que exigiram uma rápida reorganização dos serviços além da seleção de prioridades para que fosse possível para os serviços conciliar as demandas cotidianas àquelas originadas a partir do evento.

Ademais, foi possível verificar a necessidade de mudança no foco da atenção, priorizando a prevenção em Saúde Mental frente ao quadro que se estabeleceu após a tragédia. Entretanto, isto se deu com a introdução da Função Apoio prestada por

diferentes grupos tais como o Grupo de Trabalho de Apoio à Atenção Básica e Redes (GTABR), da Força-Tarefa, CRAS e CEREST.

No tocante à vivência desta função apoio no contexto pós-tragédia foi possível constatar que o trabalho dos apoiadores provocou mudanças nos serviços e na rede, salientando-se o reconhecimento do valor da construção de redes intersetoriais bem como permitiu o desenvolvimento de maior autonomia dos serviços para gerenciarem suas práticas.

Deste modo, foi possível verificar que a intervenção dos apoiadores durante e após o período da catástrofe se efetivou e foi capaz de sensibilizar as equipes da atenção básica a buscar a autonomia das suas ações, que constitui uma das diretrizes do apoio institucional. Havendo ainda a facilitação na construção das redes intersetoriais, que se caracteriza como uma relevante ação para amenizar as conseqüências das tragédias.

Em relação à última categoria, sobre o acompanhamento dos casos pelas equipes das ESF, foi possível notar que os trabalhadores empregaram o acolhimento para avaliar as demandas surgidas no contexto da tragédia e, quando necessário, realizavam encaminhamentos para uma melhor resolutividade. Verificou-se ainda a importância do ACS na continuidade do acompanhamento dos casos através das visitas domiciliares. Percebeu-se ainda que o acompanhamento mencionado pelos trabalhadores tem como base fundamental escuta e o olhar, que segundo estes, depois da situação de tragédia, tornaram-se mais humanizados, o que acaba por ir ao encontro da definição de acolhimento que está preconizada na Política Nacional de Humanização.

Como residente em um programa no sistema público de saúde, foi possível constatar a importância do papel dos profissionais desta rede de serviços para que a condução destes esteja alinhada às políticas preconizadas, atendendo às demandas conforme os princípios e diretrizes do SUS. Desta forma, espera-se que os



trabalhadores, especialmente das ESF, assumam a responsabilidade e o desafio de desencadear a reorganização dos serviços, não dependendo da ocorrência de uma tragédia para iniciá-la, pois, se estas práticas não estiverem instituídas, corre-se o risco de que o acompanhamento dos usuários não tenha continuidade necessária com o passar do tempo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jornal O Alvoradense. Alvorada, 12 fev. 2014. Maior tragédia do RS completa um ano: Vigília lembrou os 242 mortos do incêndio da boate Kiss em Santa Maria. Disponível em: <http://oalvoradense.com.br/noticias/geral/23913>. Acesso em: 12/02/2014
2. BANDEIRA, R. Medicina de Catástrofe - Da Exemplificação Histórica à Iatroética. Porto: Editora da Universidade do Porto, 2008.
3. PUEL, E. **Desastre natural e saúde mental:** o vale do Itajaí. In: PUEL, E.; THOMÉ, J. T.; FEUSER, Z. (Orgs.). **2008 depois das chuvas:** o olhar de cuidado sobre o vale do Itajaí: Florianópolis, SC: Gerência de Coordenação da Atenção Básica, 2012.
4. THOMÉ, J. T. A dinâmica da catástrofe. In: THOMÉ, J. T.; BENYAKAR, M. (Orgs.). **Intervenção em situações limite desestabilizadoras:** crises e traumas. RJ: ABP, 2009.
5. FRANCO, M. H. P. **Atendimento Psicológico para emergências em aviação:** a teoria revista na prática, 2009.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS na Atenção Básica.** Brasília, 2012.
7. GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R.; BARROS, M. E. B. **O apoio institucional na Política Nacional de Humanização:** uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. Cad. Saúde Colet., RJ: 2012.
8. MINAYO, M.C.S et al. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.
9. GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa, 4 ed. São Paulo: Atlas, 2009.
10. TRIVIÑOS, A. A. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. SP: Atlas, 1987.

11. BARDIN, L. Análise de conteúdo. 4. Ed. Lisboa- Portugal: Edições 70, 2010.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa nacional de vigilância em saúde ambiental dos riscos decorrentes dos desastres naturais** – vigidesastres. Brasília: Ministério da Saúde; 2007  
Acessado em 11 jan. 2014.  
Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/programa\\_vigidesastres.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/programa_vigidesastres.pdf)
13. SÁ, SD; WERLANG, BSG; PARANHOS, ME. Intervenção em crise. REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, V. 4, 2008.
14. SIENA, M.; VALENCIO, N. Gênero e desastres: uma perspectiva brasileira sobre o tema. In: Sociologia dos desastres: construção, interfaces e perspectivas no Brasil. São Carlos: Rima, 2009.
15. THOMÉ, JT; PALADINO, E. Psicologia em tempos de tragédia. Revista Mente e Cérebro, Ed 221- jun 2011.
16. COUTINHO, ESF; FIGUEIRA, I. Atendimento psicológico às vítimas de catástrofes: estamos fazendo bem? Cad. Saúde Pública vol.29 no.8 RJ: Aug. 2013.
17. MARINHO, S. M. Respondendo ao chamado em uma ação solidária. In: : PUEL, E.; THOMÉ, J. T.; FEUSER, Z. (Orgs.). **2008 depois das chuvas: o olhar de cuidado sobre o vale do Itajaí**: Florianópolis, SC: Gerência de Coordenação da Atenção Básica, 2012.
18. JUNQUEIRA, S. R. Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe. 2011. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Apostila).
19. THOMÉ, JT. Impacto emocional e tratamento após tragédias: **A realidade e o apoio que precisa ser oferecido à população de Santa Maria**. 2013  
Disponível em: <http://www.ecobioetica.com.br/?p=443> . Acesso em: 13/01/2014
20. THOMÉ, JT. Programa de intervenção emergencial e suporte à população atingida pela catástrofe de Santa Catarina/2008. In: PUEL, E.; THOMÉ, J. T.; FEUSER, Z. (Orgs.). **2008 depois das chuvas: o olhar de cuidado sobre o vale do Itajaí**: Florianópolis, SC: Gerência de Coordenação da Atenção Básica, 2012.
21. MUNARI DB; MELO, TS; PAGOTTO, V; ROCHA, BS; SOARES, CB; MEDEIROS, M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. Rev. Eletr. Enf. 2008;10(3):784-95. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>.

22. FIGUEIREDO, MD; CAMPOS, RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):129-138, 2009.
23. FERNANDES, FD. (IN)VENTANDO MULTIPLICIDADES: A FUNÇÃO APOIO ENQUANTO DISPOSITIVO DE PRODUÇÃO DE SAÚDE NO SUS. Dissertação (Programa de Aprimoramento Multiprofissional e Especialização em Saúde Coletiva) – FACULDADE DE MEDICINA DA Universidade de São Paulo, USP.- SP, 2012.
24. CAMPOS, G. W de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* vol.23 no.2 RJ, Feb. 2007
25. OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. Devir Apoiador: Uma Cartografia da Função Apoio. Campinas, SP: [s.n.], 2011. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
26. COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: (Orgs.): CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004
28. OLIVEIRA, AC; OLIVEIRA, AAC; RODRIGUES, SJ; ESPÍNDULA, BM. Riscos psicossociais que acometem a saúde dos trabalhadores da equipe multiprofissional da atenção básica de saúde: uma revisão de literatura. *Rev. Eletrônica do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*. 2009 [acesso em: 2014 Janeiro 11]. Disponível em: <http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/.../SAUDE/29-pdf>.
29. ZIESE, LLA. A tragédia de 2008 em Blumenau/SC e seu impacto na saúde mental dos cuidadores. IN: PUEL, E.; THOMÉ, J. T.; FEUSER, Z. (Orgs.). **2008 depois das chuvas: o olhar de cuidado sobre o vale do Itajaí**: Florianópolis, SC: Gerência de Coordenação da Atenção Básica, 2012.
30. THOMÉ, JT. *Intervenção em desastres e catástrofes no contexto da saúde mental: cartilha de capacitação do estado de Santa Catarina em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP*. Florianópolis, 2009.
31. THOMÉ, JT. “Efeitos colaterais” da Prática Médica em seus Profissionais. AGO/2012. Disponível em: <http://www.ecobioetica.com.br/?p=443> . Acesso em: 06/02/2014.

32. OLIVEIRA, G.N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G.W.S; GERREIRO, A.V.P. (Orgs.). Manual de práticas da Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. SP: Hucitec, 2008. p.263-72.
33. CAMPOS, GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 12. Nov. 2007.
34. WOLTER, J; HILLE, J. Ações realizadas no município de Pomerode/ SC frente aos desastres de origem natural ocorridos em Novembro de 2008 e em Janeiro de 2010. In: : PUEL, E.; THOMÉ, J. T.; FEUSER, Z. (Orgs.). **2008 depois das chuvas: o olhar de cuidado sobre o vale do Itajaí**: Florianópolis, SC: Gerência de Coordenação da Atenção Básica, 2012.
35. COSTA, SM; ARAÚJO, FF; MARTINS, LV; NOBRE, LLR; ARAÚJO, FM; RODRIGUES, CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.7 RJ: July 2013
36. ABBÊS, C; MASSARO, A. ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM PARADIGMA ÉTICO-ESTÉTICO NO FAZER EM SAÚDE. In: Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - material de apoio – 3. Ed. Brasília: 2006.