

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

**O PROCESSO DE CONTINUIDADE DO TRABALHO EM REDE:
ANÁLISE DO CUIDADO INTEGRAL EM UMA SITUAÇÃO DE
CATÁSTROFE**

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

Liziane da Silva Moreira

Santa Maria, RS, Brasil.

2014

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

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

O PROCESSO DE CONTINUIDADE DO TRABALHO EM REDE:
ANÁLISE DO CUIDADO INTEGRAL EM UMA SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE

Elaborado por

Liziane da Silva Moreira

Orientado por

Prof^ª. Dr^ª. Vânia Maria Fighera Olivo

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

Comissão Examinadora:

Ms. Lionara de Cássia
Paim Marinho
(SMS – Santa Maria)

Enf^ª. Lucia Amabile
Camillo
(SMS – Santa Maria)

Santa Maria, 17 de março de 2014.

O PROCESSO DE CONTINUIDADE DO TRABALHO EM REDE: ANÁLISE DO CUIDADO INTEGRAL EM UMA SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE*

Liziane da Silva Moreira¹

Juliane Caeran²

Amábile Augusta Minato³

Vânia Maria Fighera Olivo⁴

¹ Enfermeira e Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

² Psicóloga e Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

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

⁴ Enfermeira, Doutora em Administração (UFRGS), docente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

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

RESUMO:

A busca por um novo modelo de atenção à saúde requer avaliações constantes referente à integralidade das ações entre os diferentes serviços de uma rede. Neste contexto, faz-se necessário analisar a continuidade do cuidado, considerando as ações integradas e articuladas que ocorreram na rede de Santa Maria/RS, após uma catástrofe por incêndio que vitimou 242 jovens. A PNH se refere às redes de atenção à saúde como indispensáveis para que haja a continuidade do cuidado, considerando os seus dispositivos como essenciais para a efetivação da integralidade. Tal artigo teve por objetivo analisar, junto aos profissionais, a importância das redes de atenção à saúde e do cuidado integral no pós-tragédia. Foi realizado um grupo focal com profissionais de diversos serviços que prestaram atendimento na situação emergencial e praticaram ações intersetoriais. Os relatos foram analisados com base na Análise de Conteúdo, resultando na construção de quatro categorias. Enfatizamos que os diferentes olhares dos profissionais da rede explicitaram a importância e a necessidade da comunicação e da continuidade das ações integradas, visto que, passado a situação emergencial, ficou evidente a redução das práticas intersetoriais, demonstrando a fragilidade desta rede de atenção que deve promover o cuidado integral como preconizado pelo SUS.

Palavras-chave: Integralidade; redes de atenção; intersetorialidade; continuidade do cuidado

ABSTRACT:

The pursuit for a new model of attention to health requires constant evaluations concerning the integrality of the actions between different services in a network. In this context, it is necessary to analyze the continuity of care, considering integrated and articulated actions that occurred on the network of Santa Maria/RS, after a fire disaster that killed 242 young. The PNH refers to health attention networks as indispensable for the continuity of care, considering their devices as essential to the effectuation of the entirety. This article aimed to analyze, among the professionals, the importance of health care networks and integral care post-tragedy. It was conducted a focus group with professionals of various services that provided assistance in emergency situation and practiced intersectoral actions. The reports were analyzed based on Content Analysis, resulting in the construction of four categories. We emphasize that the different views of the professional's network explained the importance and the necessity of communication and continuity of integrated actions, since past the emergency situation, it became apparent the reduction of intersectoral practices, demonstrating the fragility of this attention network that should promote integral care as advocated by SUS.

Keywords: Integrality; attention networks; Intersectorality; continuity of the care.

INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, provocou mudanças importantes em relação ao modo de produzir saúde no Brasil. A partir dessas mudanças, no modelo assistencial público, a rede de atenção à saúde passa ter a finalidade de trazer respostas às necessidades de saúde da população¹, considerando a integralidade do cuidado, princípio assegurado pela Lei 8.080/90². É importante ressaltar que a realidade dos serviços de saúde apresenta sérias dificuldades, como, por exemplo, a fragmentação da atenção, o que compromete o cuidado integral. Para Mendes³, a fragmentação do cuidado está associada à falta de comunicação entre os diferentes serviços da rede, pois atuam de modo isolado, em níveis de complexidade, configurando, assim, uma estrutura hierárquica que não se relaciona entre si. Nesse sentido, o autor traz como alternativa, para a fragmentação da atenção, a construção de redes de atenção à saúde através de sistemas integrados que atuem de modo articulado.

Nesse contexto, é preciso identificar e analisar concepções sobre integralidade em saúde voltadas aos processos de trabalho e a sua articulação nos diferentes níveis de complexidade do sistema público, visto que, a integralidade como eixo de discussão, busca contribuir para a construção do SUS e para a consolidação de seus princípios³. Além disso, a integralidade preconiza a construção de vínculos, a corresponsabilização e o trabalho em rede. Tais dispositivos possibilitam a continuidade das ações em saúde para que se concretize a promoção do cuidado integral à saúde da população³.

Para Silva e Ramos⁴, a integralidade é analisada em uma dimensão sistêmica referente a uma atuação contínua e com ações articuladas em redes. Tais ações são focadas na integração e na reorganização dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde. Os serviços de saúde não conseguem, individualizados, dar conta da atenção integral aos indivíduos, essa tarefa depende de muitos saberes e práticas contínuas e ampliadas⁵.

Nesse sentido, as propostas de redes de atenção à saúde têm crescido consideravelmente nas últimas décadas e vêm para superar o modelo assistencial hegemônico, fortalecendo, assim, o controle público. Para tanto, as redes necessitam de uma estruturação para atuarem de modo flexível, para promoverem a articulação entre os diferentes serviços e para promover o compartilhamento de ideias e de cuidado integral^{6,7,8}.

Tendo em vista a articulação das ações de rede em saúde, esta assume conotação especial em situações de catástrofe como a ocorrida em Santa Maria, contexto deste estudo. Tal catástrofe, decorrente de um incêndio em Janeiro de 2013, deixou 242 vítimas fatais, na

grande maioria jovens e universitários. Uma situação emergencial como essa exige respostas imediatas em relação à promoção de cuidados em saúde e a sua continuidade. Também, exige urgência na resolutividade das ações, ao considerar o sofrimento das vítimas diretas e indiretas^{9,10}.

“ [...] catástrofes são ocorrências que atingem uma população, na sua grande maioria sã, que passa a vivenciar uma situação repentina desorganizadora, que desestrutura sua vida de forma violenta e traumatizante” (CARTILHA INTERVENÇÃO EM DESASTRES E CATÁSTROFES, 2009, pag.9).

Considerando a continuidade do trabalho em rede e o cuidado integral em uma situação de catástrofe, questiona-se: Como se apresentou a rede de atenção à saúde? O que envolveu a promoção do cuidado? Houve continuidade das ações implementadas? Frente ao contexto, justifica-se este estudo pela necessidade de compreender tais questionamentos bem como por não encontrar publicações em torno das temáticas relacionadas à continuidade do cuidado e do trabalho em rede, associadas a situações de catástrofes. Também, é importante destacar que a produção de tais conhecimentos se faz necessária para que os trabalhadores de saúde possam avaliar os diferentes elementos associados à estruturação de sua rede de serviços e como ela responde e deve responder a tais eventos emergenciais.

Outro aspecto que justifica este estudo diz respeito ao fato de que as pesquisadoras são residentes que vivenciaram e atuaram no período emergencial, considerando como relevante compreender os diferentes aspectos em torno do vivido, bem como produzir conhecimentos que venham impactar na formação profissional. Desse modo, este estudo teve como objetivo analisar, junto aos profissionais, a importância das redes de atenção à saúde e do cuidado integral no pós-tragédia.

MÉTODO

A metodologia utilizada neste estudo consiste na abordagem qualitativa, descritivo-exploratória. A pesquisa qualitativa promove um conhecimento aprofundado da realidade a ser investigada, das comunicações e das relações humanas cuja complexidade, muitas vezes, não é contemplada somente por variáveis numéricas^{11,12}.

Por conseguinte, uma pesquisa descritiva visa descrever de modo aprofundado as características de uma população, fenômeno ou de uma experiência podendo resultar novas visões sobre uma realidade conhecida¹³. Já os estudos exploratórios requerem a familiarização com um determinado problema e objetiva conhecer mais sobre o mesmo.

Habitualmente, utilizam-se entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, além de levantamento bibliográfico¹³.

A coleta de dados ocorreu em alguns serviços que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) do Município de Santa Maria, localizado no interior do Estado do Rio Grande do Sul, e que se envolveram diretamente no atendimento às vítimas, mediante apoio do GTABR.

Fizeram parte do estudo sete profissionais de diferentes serviços da rede, em sua totalidade do sexo feminino, com idade média de 41 anos. Quanto aos núcleos profissionais, contou-se com a colaboração de enfermeira, psicóloga, assistente social, técnica de enfermagem e agente comunitária de saúde. Quanto aos serviços, foram participantes dois profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS); dois das Estratégias Saúde da Família (ESF); um dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); um do Serviço de Acolhimento 24 horas (SA) e um dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

O instrumento utilizado para a pesquisa foi o grupo focal, que tem sido amplamente empregado em pesquisas com serviços de saúde buscando, entre outros aspectos, acessar os pontos de vista e favorecer insights para planejar intervenções apropriadas e efetivas¹⁴. Em sua metodologia, o grupo focal é planejado por encontros ou por temas podendo ser o único instrumento de pesquisa¹². Essa técnica contou com um encontro, com duração aproximada de duas horas, agendado conforme a disponibilidade dos profissionais convidados. Assim, foi proposta uma roda de discussão sobre os temas: *continuidade do trabalho em rede e cuidado integral*, buscando construir resignificações sobre esses temas na prática em saúde a partir da situação de catástrofe.

A análise qualitativa dos dados obtidos no grupo focal foi realizada por meio da Análise de Conteúdo, pois é considerada adequada para as pesquisas qualitativas em saúde¹¹. Visto que esse tipo de análise permite a descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto das falas e busca uma interpretação aprofundada¹¹.

Este estudo é oriundo de um projeto guarda-chuva, intitulado “*O Sentido do Compartilhamento do Cuidado em Saúde numa Situação de Atendimento às Vítimas de Desastre por Incêndio*”, que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, recebendo aprovação sob o parecer nº 338.798, em 22 de julho de 2013. O trabalho considerou a resolução nº 196/96¹⁵ versão 2012 do Conselho Nacional de Saúde e observou as normas éticas de coleta, análise e divulgação dos dados.

DISCUSSÃO E RESULTADOS:

A análise do material obtido resultou na elaboração de quatro categorias, relevantes ao objetivo do estudo, a saber: a identificação da fragilidade da rede de atenção a saúde; a articulação entre atenção e gestão: diretriz para o fortalecimento de redes; a comunicação na construção de redes: determinante ao cuidado integral; a continuidade do cuidado integral no pós-tragédia. A discussão dessas categorias será apresentada a seguir.

A identificação da fragilidade da rede de atenção à saúde

O Ministério da Saúde¹⁶ define a rede de atenção à saúde como arranjos organizativos de ações e serviços que, integradas por meio de diversos sistemas e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado³. Ainda, para a Política Nacional de Humanização⁵ (PNH) a construção de redes tornou-se uma estratégia indispensável que permite criar múltiplas respostas para a produção de saúde, de modo a qualificar a atenção e a gestão do SUS.

Nos serviços de saúde, as iniciativas de ações integradas vêm com o objetivo de superar as fragilidades da rede. Nesse sentido, o principal problema do SUS reside na fragmentação desse sistema, que somente será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde³.

Ainda sobre a fragilidade da rede, Mendes³ traz que um sistema de saúde fragmentado, fortemente hegemônico não se articula, mantendo-se organizando através de pontos isolados e incomunicáveis uns com os outros e, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em situações de catástrofes tais fragilidades se tornam ainda mais relevantes, pois exigem respostas humanas organizadas diante da complexidade da situação e da necessidade de abordá-la na maior quantidade de aspectos possíveis¹⁷. Desse modo, a análise dos dados permitiu observar que a catástrofe vivenciada exigiu intervenções imediatas através da articulação entre gestores, profissionais de saúde, profissionais de outras áreas, universidades, Ministério da Saúde (MS) e população.

(...) as ações em conjunto foram mais necessárias, não sei se pela questão da tragédia que era um pouco mais urgente esta questão da resolutividade, por estar mais intenso esse sofrimento. Existia uma urgência ali na hora (...) porque estava tudo mais aflorado por ser uma tragédia (P2.SA).

(...) é importante não centralizar as informações dos serviços. Porque lá no meu serviço todo mundo me perguntava (...) eu disse: Gente! Como vou dar conta de tudo? vamos trocar! somos uma equipe! E hoje as pessoas já se autorizam a fazer. Tem mais é que fazer, responder, dar conta, buscar, ou sei lá, se comprometer

com quem está buscando. Não temos todas as informações à mão, a gente pode trocar, pedir pra outra pessoa ligar depois, não precisa ser necessariamente a gente, mas temos que nos envolver, também. Isso já começa a acontecer, pelo menos na equipe que eu trabalho as pessoas já estão se autorizando a fazer (P5.CAPS).

A observação dos relatos nos permite evidenciar a necessidade de mobilização para desenvolver ações integradas e resolutivas, considerando a urgência da situação e o sofrimento explicitado pelas pessoas envolvidas direta e indiretamente com as vítimas da catástrofe. Para tanto, percebe-se que as intervenções ocorridas estavam alicerçadas nos dispositivos de compartilhamento do cuidado e da construção da rede de atenção à saúde^{18, 19}, bem como no princípio da integralidade e nas diretrizes da intersectorialidade² e da clínica ampliada¹⁹.

Apesar das tentativas de respostas das equipes, identificou-se que a lógica de estruturação setorializada dos serviços impactou no momento, exigindo a agilidade do processo de respostas à tragédia. É pertinente destacar que quando existe um sistema de saúde organizado e articulado tem-se melhor estrutura para lidar com eventos adversos, inerentes a toda e qualquer tragédia¹⁰. Também, para Wan *et al.*²⁰ os sistemas mais integrados apresentam maior potencial de prover um contínuo de cuidados, considerando a integração de processos e serviços, a estrutura de gestão, a coordenação do cuidado, entre outros. Nesses termos, conforme os profissionais pesquisados, a rede pública de saúde municipal se apresentou muito frágil e os profissionais dos diferentes serviços, na grande maioria, não conheciam a rede de comunicação entre serviços, retratando a dificuldade de trabalhar de maneira integrada e com ações articuladas que promovam cuidado integral.

Eu preciso do serviço, mas eu não sei qual é, quem é, e de quem eu preciso. Não existe uma rede, a rede é só no papel, (...) então tu tem que correr muito, tu te desgasta muito (P7.ESF2).

Acho que conhecer os serviços e essa questão de conhecer os profissionais dos serviços, por mais que a intenção não é deixar pessoalizar as relações entre os serviços, mas essa questão do afeto ajuda muito a estabelecer a rede (P2.SA).

Esses fragmentos permitem observar que a fragilidade da rede de atenção à saúde tornou-se mais evidente em função da catástrofe, isto é, seu modo de organização cotidiana foi objeto de análise entre todos os envolvidos que, espontaneamente, elaboraram um diagnóstico do modelo de atenção vigente. Tais fragilidades do SUS somente serão sanadas quando mudanças significativas no sistema permitirem a superação da fragmentação vigente, através da comunicação e da construção de redes, que, uma vez organizadas, ofertarão uma atenção contínua e integral³. Em vista disso, compreende-se que a articulação entre a atenção

e a gestão é fundamental para a construção de redes, estratégia essa, analisada na categoria seguinte.

A articulação entre atenção e gestão: diretriz para o fortalecimento de redes

No contexto da atenção e da gestão, a Política Nacional de Humanização²¹ traz como uma das suas diretrizes a estimulação de práticas resolutivas que envolvam articulações entre todos os níveis de atenção e gestão, melhorias na promoção da saúde e na relação entre os diferentes profissionais. Para tanto, o Ministério da Saúde tem reafirmado que a PNH⁵ atravessa diferentes ações e instâncias do SUS, apostando na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, de maneira a integrá-los.

Vale dizer que essa dimensão da PNH promove o fortalecimento das equipes de atenção a saúde, uma vez que propõe o desafio de superar os limites e de experimentar novas formas de organizar os serviços para produção de saúde. Ressalta, também, a importância da relação com os diferentes níveis de atenção e da gestão⁵. Com base na análise dos dados, pode-se compreender que ações isoladas não são capazes de promover mudanças. Sabe-se que para construir novas práticas em saúde é essencial haver e identificar a gestão da articulação entre serviços e considerar as esferas municipal, estadual e federal.

(...) por ser uma tragédia a gente tinha essas parcerias externas, também, de gestores de outras instâncias maiores do que o município. É aquela coisa, a gente vê que uma rede boa, mais organizada é aquela rede que se permite negociar (P2.SA).

E a gente viu os nossos gestores juntos, eles estavam lá, acreditando no nosso trabalho de alguma forma que a gente não tinha antes. Isso era motivo para irmos além do nosso cansaço das nossas possibilidades (P5.CAPS).

A apreciação dessas falas permite observar que somente é possível desencadear a construção de uma rede efetiva quando existe a possibilidade de negociação entre as diferentes esferas de poder público, e não somente da implicação dos diferentes profissionais. Essa articulação é decisiva para o enfrentamento de situações emergenciais e para a concretização de um novo modelo de atenção à saúde. Para o MS, existe um grande esforço na construção de modelos de atenção que priorizem ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e dos coletivos¹⁶.

(...) eu venho de uma formação que eu não consigo trabalhar sozinha, não só por uma questão multi, mas por atuar em equipe mesmo, formar vínculo acionando outros serviços e outros setores. Eu tenho sempre que acionar algum serviço da rede, às vezes nem é da rede pública (P2.SA).

(...) é a tríplice inclusão que a Humanização fala. Tem sempre que considerar usuário, trabalhador e a gestão. Um tem que apoiar o outro pra que o trabalho dê certo. (...) Então, acho que todos nós temos que estar realmente envolvidos. A gente sempre tem que tentar fazer nossa parte pra que isso aconteça (P6.ESF1).

Os fragmentos evidenciam a importância da atuação intersetorial, quando os diferentes serviços da rede de saúde são acionados para a promoção de um cuidado integrado. Essa articulação da rede necessita ser estabelecida, considerando que os gestores devem proporcionar dispositivos para que se formem estas pontes de contato entre os profissionais. Para tanto, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e a interação entre a rede de saúde local e, também, com as diferentes instâncias de governo, considerando sua capacidade de lidar com os conflitos e a necessidade de mediar os interesses dos trabalhadores⁵. Essa articulação da gestão tende a aproximá-la dos profissionais e, assim, fortalecer vínculos para estabelecer rede de cuidado.

Nesse sentido, ao refletir sobre a necessidade de se estabelecer redes de cuidado, deve-se atentar para as ações que serão realizadas de modo integrado entre os diferentes serviços. Tais ações possibilitarão a construção das redes de atenção à saúde, assim como o fortalecimento das mesmas, mediante uma nova forma de organizar o sistema de maneira integrada, permitindo responder, com efetividade, eficiência e qualidade às condições de saúde da população³.

Todavia, essa articulação e negociação entre atenção e gestão dependem de um fator primordial: a comunicação. Sem esse dispositivo não é possível trabalhar em redes e tampouco construir um cuidado integral. Assim, tratar-se-á desse importante dispositivo na categoria a seguir.

A comunicação na construção de redes: determinante ao cuidado integral

A construção de redes, conforme a Política Nacional de Humanização⁵ se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo, entre outros aspectos, a qualificação para os encontros entre os diferentes serviços, especialidades e saberes. Ou seja, ter mais serviços à disposição da população não basta: é preciso, também, garantir que a cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços da rede. Ainda, segundo a PNH, essa comunicação tende a resultar em processos de atenção e gestão mais eficientes e

eficazes, efetivando a integralidade do cuidado. Desse modo, podemos compreender que a comunicação poderá garantir os processos de interação dentro do sistema de saúde, fortalecendo a articulação entre os profissionais na rede de atenção para que as ações de cuidados sejam resolutivas.

Tendo em vista que a noção de rede implica observar as interligações entre os diferentes setores e as negociações que precisarão ser feitas⁵ entende-se como fundamental o papel da comunicação para que a rede se concretize. Nesse aspecto, o Ministério da Saúde²¹ salienta a necessidade de ampliação do diálogo entre os profissionais da toda a rede, permitindo as trocas de saberes e estimulando as práticas resolutivas. Tais estratégias e ações articuladas podem, efetivamente, potencializar a garantia da atenção integral. Com base na interpretação dos relatos dos profissionais, podemos afirmar que ainda existem poucos espaços, nos serviços de saúde, para discussões referentes às ações de cuidado.

(...) depois da tragédia houve alguns trabalhos conjuntos, mas antes era muito vago a gente sair do Caps para discutir (...) essa vivência, essa troca, esse compartilhamento já está abrindo algumas portas, timidamente, mas está (P5-CAPS).

(...) é necessário que a comunicação e o apoio intersetorial continuem não somente com a saúde, mas com todos os setores. (...) as pessoas precisam querer ouvir, querer trocar informações, pois isso constrói a rede e o cuidado integral (P2.SA).

Uma vez considerados os relatos, compreendemos que a existência do cuidado integral e do trabalho em rede necessita de trocas, discussões e trabalho conjunto, e para isso, investir em comunicação é essencial. Contudo, de acordo com as falas, a comunicação entre os profissionais dos diferentes setores se mostra frágil, o que dificulta o trabalho em saúde tornando-se mais evidente, ainda, em situação de tragédia. Ao encontro dessa constatação, o Ministério da Saúde^{5,21} destaca que a comunicação possibilita que o trabalho entre os diferentes serviços se desenvolva por meio de relações democráticas e participativas e leva em conta os diferentes saberes.

(...) eu acho que a gente, primeiro, tem que se permitir conhecer os diferentes serviços, saber que eles existem. Tem um conselho nesse bairro, tem um CRAS. Tem! mas as pessoas não se apropriaram do fazer (P5.CAPS).

(...) achamos que é muito importante que haja trocas entre nós. O nosso dia-a-dia na unidade muitas vezes é uma rotina, (...) com essa tragédia mudou um pouco porque diversificou os nossos cuidados (P1.UBS1).

Em vista disso, a observação das falas indica que estreitar os laços profissionais e compartilhar as experiências resultarão em intervenções qualificadas que valorizam os saberes

e as experiências resultantes das vivências de cada profissional e reforçam a significação da integralidade.

Nesse sentido, a comunicação entre os profissionais da rede, considerando seus respectivos saberes, evidencia a existência de inúmeras possibilidades de articulação entre os serviços, gerando diferentes configurações de redes²². Além disso, não há como promover um cuidado integral sem o intermédio da comunicação, que remete diretamente ao sentido de integração entre os serviços de saúde por meio de uma rede assistencial que reconhece a importância das relações entre os diferentes profissionais, considerando que de modo isolado nenhum serviço dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a resolutividade das ações em saúde³.

Assim sendo, o autor ainda complementa que as ações integradas necessitam ser asseguradas por um processo de continuidade do cuidado na rede de atenção, onde as equipes interdisciplinares devem permanecer articuladas para a manutenção desta rede. Tal continuidade do cuidado em rede será evidenciada na unidade a seguir.

A continuidade do cuidado integral no pós-tragédia

A continuidade do cuidado numa perspectiva da Integralidade da atenção é um princípio norteador da PNH⁵. Mas para que isso aconteça é necessário que os profissionais da rede se comuniquem e discutam conjuntamente os modos de sua operacionalização, conforme salientado na categoria anterior. No caso da tragédia, a continuidade do cuidado é essencial, ao ponto de estar prevista, como garantia interinstitucional, no Termo de Compromisso²³ assumido e devidamente assinado entre o Ministério da Saúde, Secretaria do Estado do Rio Grande do Sul, Secretarias de Saúde e de Gestão Administrativa do Município de Santa Maria e Universidade Federal de Santa Maria/Hospital Universitário de Santa Maria.

Conforme traz o Termo na cláusula primeira, do objeto: tem como finalidade estabelecer a cooperação entre os entes signatários com vistas à realização dos procedimentos técnicos e operacionais para continuidade da atenção à saúde das vítimas, dos familiares e dos profissionais. Além disso, envolve ações de vigilância em saúde, atenção básica, especializada e psicossocial.

Ainda, considerando a importância e a necessidade de ações integradas entre os diferentes serviços da rede, o referido Termo, na cláusula segunda - dos compromissos, enfatiza que os signatários assumem, reciprocamente, compromissos de atuar de maneira articulada e em parceria, propiciando as condições necessárias para a implementação de

ações. Dentre elas, recebem destaque: a continuidade da atenção longitudinal aos sobreviventes e aos profissionais envolvidos e a ampliação e qualificação de ações e serviços da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica no Município de Santa Maria.

Nesse contexto, analisar os elementos envolvidos na continuidade do cuidado mostra-se como essencial no sentido de compreender o modo de organizar as práticas, superando a fragmentação das ações entre os diferentes serviços e equipes e possibilitando que efetivas ações de promoção, proteção e prevenção em saúde sejam realizadas^{18, 19}.

(...) a gente teve uma articulação grande com os serviços da rede, principalmente pela questão do tipo de demanda dos usuários com o HUSM, tanto na questão da psiquiatria, quanto das especialidades do CIAVA – Centro Integrado de Atenção a Vítimas de Acidente. Quanto aos CAPS, aos CRAS também. (...) O CREAS, o CEREST, a gente tem uma integração bem próxima. As clínicas escolas, as universidades também, porque tem pessoas que já faziam algum acompanhamento lá e começaram acessar o nosso serviço. O ambulatório de saúde mental, também aconteceu um contato mais próximo. Ainda, nessa articulação, tem os hospitais e a UPA. Também teve articulação com serviços fora da rede SUS, serviços privados (P2.SA).

As equipes vão se permitindo sair do comum, do seu mundo, do seu núcleo. Várias pessoas começaram a fazer visitas, o que não passava na ideia de que se pudesse fazer, se sentiram mais solidárias pelos seus colegas de trabalho, começaram a se conhecer melhor, não se conheciam, essas ações são muito importantes (P5.CAPS).

Os fragmentos evidenciam que o evento, em seu período emergencial, provocou uma articulação entre esses profissionais dos diferentes serviços, exigindo um novo modo de fazer, pois eles se permitiram participar das discussões para além dos seus núcleos, compartilhando experiências e ampliando a sua visão de cuidado. Ou seja, houve aproximação e troca de saberes, embora mais intensas no período emergencial, ainda permanecem na rotina das equipes, o que evidenciou o início de um processo de institucionalização desse novo modo de fazer e pensar em saúde.

Para Merhy *et al*²⁴ é importante discutir o modo de produzir saúde, e assumir que os modelos assistenciais incorporam uma dimensão articulada de saberes que disputam dada forma de organizar assistência. Assim, a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, onde é possível experimentar uma infinidade de fazeres, não existe apenas um único formato possível.

É relevante destacar que o contexto da tragédia, possibilitou a compreensão de que a continuidade de ações integrais depende de um planejamento sistemático que fomenta e subsidie o processo de novas práticas. Nesse sentido, para dar conta das demandas e buscar a continuidade deste cuidado, faz-se necessária a utilização de dispositivos preconizados pela PNH²¹, com destaque ao da Função Apoio²⁵. Esse dispositivo, além de ser um recurso metodológico voltado para lidar com as relações entre os sujeitos de outro modo, consiste

num modo interativo, um modo que reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre estes distintos atores²⁵. É possível dizer que a implementação dessa função apoio, não é uma prática habitual no contexto deste estudo e que sua vivência gerou um importante significado entre os sujeitos entrevistados,

(...) quando a gente recebe apoio há uma mudança de comportamento (...) eram situações novas que demandavam outros cuidados, o que implicou na organização do nosso trabalho. (...) a gente estava com o Ministério da Saúde, com técnicos habilitados formados em toda uma linha de cuidado. Era o momento de se organizar, eles deram sugestões muito práticas que a gente não conseguia ver (P5.CAPS).

Em vista disso, a análise da fala permite observar o papel fundamental que tem a função apoio, bem como a necessidade de mudança nas práticas em resposta às demandas da tragédia. Desse modo, a compreensão dos dados evidenciou que a continuidade do cuidado implicou repensar o modelo de atenção, justificando a organização de um grupo de apoio especializado em Atenção Básica e Redes (GTABR) que pudesse auxiliar as diferentes equipes no desenvolvimento da integralidade. Identificou-se ainda que a criação desse grupo teve respaldo nas orientações dos Médicos Sem Fronteiras²⁶, que assessoraram as equipes no momento imediato pós desastre: *“ainda que passada a situação de emergência em casos de grandes catástrofes, a necessidade de apoio continua presente a médio e longo prazo”*. Os resultados da instituição desse grupo podem ser identificados nos fragmentos a seguir.

(...) acho que a composição do GT e a permanência dele, pelo menos por enquanto, seja um pouco desse perfil de que exista o apoio e que se faça rede. É uma construção a partir da tragédia e que está sendo inserida na rotina dos serviços (P2. AS).

(...) enquanto equipe, a gente não estava tão apropriado pra sair do serviço e poder estar acessando mais a rede. Então, o GT era visto como uma importância bem maior de poder estar trazendo essas informações da atenção básica, principalmente dessas famílias que não estavam acessando o serviço. Então era muito importante poder obter essas informações do território, da atenção básica, mediante as visitas que o GT fazia. Daí se pensava junto, se planejava ações, se discutia com a equipe. (...) Depois essas ações se transformaram em processos do dia-a-dia mesmo (P2.SA).

Observa-se, ao considerar os fragmentos, que os profissionais se referem ao GTABR como importante na rede de cuidado, pois a consolidação do Grupo possibilitou ações conjuntas e momentos de discussão entre os diferentes profissionais da rede. Assim, essas ações necessitam de continuidade, valorizando todo o trabalho de uma equipe interdisciplinar promovido ao longo do ano que não pode se perder. Em relação a isso, a Política Nacional de Humanização¹⁶ considera que os grupos de trabalho estão envolvidos na transformação das

práticas em saúde e buscam construir vínculos e ampliar a capacidade de análise crítica. Além disso, esses grupos pretendem enfrentar coletivamente os desafios e construir soluções a partir da realidade concreta da rede.

(...) os profissionais que frequentam as reuniões do GT participam das atividades e podem trocar informações, podendo enxergar mais ampliado esse cuidado (...) é importante estar acessando ou discutindo (...) contaminar a equipe com esse olhar, podendo ser um multiplicador mesmo do que o GT faz e qual é a lógica do cuidado, pra que ele existe (P2.SA).

Ao levar em conta o recorte, observou-se que há uma valorização em relação a existência de um grupo de trabalho e sua atuação em rede. Dessa forma, para que isso aconteça é fundamental buscar novas estratégias para superar as dificuldades a fim de produzir efeitos significativos e resolutivos nas redes de serviços²⁷.

(...) as pessoas, dos serviços, que participaram de qualquer forma de envolvimento no período do desastre, já são outras pessoas, elas estão mais abertas (...). Essa experiência de estar frente ao desafio de sair não precisa ser na crise, mas em qualquer momento. A crise foi o detonador, esperamos que isso continue de alguma forma, enquanto tiver alguém fazendo este movimento, ele vai estar presente lá, vivo. (P5-CAPS).

Apesar de constatada a relevância das ações, acima descritas, no período pós-emergencial, elas apresentaram fragilidades no processo de institucionalização como novas modalidades de atenção em saúde. Desse modo, podemos perceber, também, através dos relatos dos profissionais que a reestruturação da rede de atenção não se estabeleceu de fato.

(...) Para ter essa continuidade, o que nós observamos é que foi muito falado no início, muito trabalhado no início da crise com esses pacientes e depois, como eles foram encaminhados pra outros serviços, nós perdemos o contato e o acompanhamento desses pacientes (P1.UBS1).

(...) no início, eu acho que a articulação foi um pouco maior, na época do voluntariado, do que de agora. Mas os profissionais continuam em contato, talvez não seja com tanta frequência como foi no período da tragédia (P2.SA).

Dessa forma, a interpretação dos relatos permite observar que as mudanças não foram de fato concretizadas como práticas diárias dos serviços. Ou seja, a rede de atenção à saúde e a comunicação entre os profissionais e os diferentes serviços ainda é frágil e não sustenta o cuidado integral. Considerando o modelo de atenção a saúde que buscamos, o Ministério da Saúde⁵ reforça que o fortalecimento do trabalho em equipe deve caminhar em direção a outras equipes, ampliando e qualificando suas ações à medida que consolidam uma rede integrada e cooperativa.

Nesse sentido podemos entender que não é possível haver um cuidado integral sem que haja mudanças de práticas, trabalho interdisciplinar e construção de redes. Tais ações integradas não podem ocorrer somente em situações de tragédia, assim como essas ações não podem deixar de acontecer com o passar do período emergencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo, que objetivou analisar junto aos profissionais, a importância das redes de atenção à saúde e do cuidado integral no pós-tragédia, foi possível observar que muitas ações foram desencadeadas, com destaque para a implementação de um grupo de especialistas que tinha o apoio como objetivo de atuação, de modo a realizar o cuidado imediato em saúde para os envolvidos direta ou indiretamente na tragédia. Porém, tais ações não se sustentaram como práticas instituídas, evidenciando a fragilidade da rede municipal de saúde em relação à continuidade do trabalho em rede e do cuidado integral diante de uma catástrofe.

Além disso, os profissionais apontaram a importância da comunicação e do diálogo entre os serviços e os diferentes órgãos gestores, pois a comunicação é determinante para a construção de um trabalho em rede e do cuidado integral. Entretanto, observou-se que a comunicação ainda é muito restrita e que a maioria dos profissionais da rede não se conhecem o suficiente para efetivar as práticas de continuidade do cuidado.

Desse modo, foi possível constatar que a rede Municipal de Santa Maria se mostrou fragilizada em relação à articulação intersetorial, evidenciaram-se dificuldades devido à fragmentação do sistema. Nesse sentido, os profissionais entrevistados salientam que esse trabalho integrado não se reduz aos serviços, mas envolve a participação da gestão para que de fato se construa um trabalho em rede e um cuidado integral.

Por fim, junto às pesquisadoras e residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde que integraram ações de fortalecimento de redes de atenção à saúde pelo GTABR, este estudo permitiu, em termos gerais, apreender a relevância da formação profissional para uma atuação concreta na mudança dos processos de trabalho nas práticas dos serviços de saúde, orientados por uma abordagem de trabalho em rede, de comunicação e de cuidado integral. Dessa forma, pode-se dizer que os programas de residência multiprofissional são essenciais para a implementação de um novo modelo de atenção à saúde baseado nos princípios e diretrizes do SUS.

Compreendeu-se, também, ser importante a elaboração de estudos e pesquisas que auxiliem na atuação profissional mediante situações de catástrofes, considerando que existe uma quantidade muito pequena de estudos nessa área. Desse modo, é interessante perceber que o ato de pesquisar em si produz resultados no meio em que houve a intervenção, como identificado no fragmento a seguir:

“(...) parabéns pela pesquisa. Já é possível perceber que está gerando muitos frutos por aí, vai modificar algumas práticas nos serviços, na rede. Então, depois que vocês concluírem todas as etapas, com certeza, vai repercutir mais. (...) o que fica, digamos, para futuros trabalhos é a sugestão de que a gente tem que construir essa cultura mostrando que saúde mental não está somente nos CAPS, ou seja, a Atenção Básica pode abraçar esta demanda. Também, existem muitas outras ferramentas além dos serviços de atenção secundária que podem dar conta da saúde mental. É por isso que se investe em NASF, em NAAB, em Centros de Convivência. São serviços que estão previstos nas Políticas Públicas”(P2.SA).

Além disso, destaca-se a função social de uma Universidade, na qual somos integrantes enquanto residentes, percebe-se, nesse sentido, a importância de se produzir conhecimentos para contribuir na qualificação dos serviços. Considerando que é preciso se permitir atuar no “novo” para nos tornarmos fortes e capazes de enfrentar as adversidades da nossa vida profissional e pessoal.

BIBLIOGRAFIA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. 1ª Edição. Brasília; 2007.
2. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
3. Mendes EV. Redes de atenção à saúde. Organização Mundial de Saúde. Brasília/DF; 2011.
4. Silva RVGO DA, Ramos FRS. Integralidade em Saúde: Revisão de literatura. *Ciencia, Cuidado e Saúde* 2010; 9(3):593-601.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS – Redes de produção de saúde. 1ªEd. Brasília; 2012.
6. Capra F. As conexões ocultas. São Paulo: Cultrix; 2002.
7. Inojosa RM. Revisitando as redes. *Divulgação em Saúde para o Debate* 2008; 42: 36-46.

8. Ouverney AM. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate* 2008; 42: 12-22.
9. 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.
10. Iasc. Comitê Permanente entre Organismos. Guíadel Iasc sobre Salud Mental y ApoyoPsicosocialenEmergenciasHumanitarias y Catástrofes. Versión Resumida. Ginebra: Iasc; 2009. Disponível em: <<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>>. Acesso em 27 de abril de 2013.
11. Minayo MC DE S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª Ed, São Paulo: Hucitec; 2007.
12. Flick U. O desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
13. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
14. Barbour R. Grupos Focais. Coleção pesquisa Qualitativa em Saúde (coord. Uwe Flick). Porto Alegre: Artmed; 2009.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução CNS 196/96. Dispões sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos 1996/versão 2012.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS – Trabalho e redes de saúde. 1ªEd. Brasília; 2010.
17. Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Intervenção em desastres e catástrofes no contexto da saúde mental. Cartilha. Florianópolis/SC; 2009.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília: MS; 2009.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: MS; 2009.
20. Van DHA *et al.* Dietary patterns and risk for type 2 diabetes mellitus in U.S.: men. *AnnalsofInternal Medicine* 2002; 136: 201–209.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. A Humanização como eixo norteador das práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS. Serie B, 1ªEd. Brasília; 2004.
22. Zambenedetti G, Perrone CM. O Processo de construção de uma Rede de Atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2008; 18(2): 277-293.
23. Termo de Compromisso. [celebrado entre Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Secretarias de Saúde e de Gestão e Modernização Administrativa do Município de Santa Maria e a Universidade Federal de Santa Maria/Hospital Universitário de Santa Maria]. *Diário Oficial da União*. Porto Alegre 2013. 22 Fev.
24. Merhy EE, Malta DC; and Santos FP. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potencia transformadora da gestão; 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>>. Acesso em 27 de Janeiro de 2014.
25. Campos RO. O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec; 2003.
26. Médicos Sem Fronteiras (MSF), s/d. Web sit: <<http://www.msf.org.br/>>. Acesso 27 de abril de 2013.
27. Correa MVC. Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Ex. Colaboradores

Moreira LS participou da elaboração da pesquisa, da coleta, análise e interpretação dos dados; da redação e revisão do manuscrito. Caeran J participou da elaboração da pesquisa; da coleta e análise dos dados. Minato AA participou da elaboração da pesquisa; da coleta e análise dos dados. Olivo VMF trabalhou na orientação da pesquisa e do artigo final.